



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
DECLARACION JURAMENTADA**

Código

PAS-SSV-F-7

Versión

2

Fecha de Aprobación

20/09/2018

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo _____ identificado (a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La (s) personas (s) relacionada (s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad, dependencia económica y convivencia bajo el mismo techo

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identidad		Parentesco
	Tipo	Número	

2. Declaro que mis(s) padre (madre)(s), relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no reciben(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

3. Declaro que los Ingresos mensuales de mi grupo familiar son de: _____ Pesos (\$ _____) Moneda corriente. **(Este numeral aplica unicamente para Independientes)**

4. Declaro que soy **MADRE/PADRE** cabeza de hogar y que convivo con las personas arriba descritas

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.



Firma del Declarante Trabajador o Independiente
C.C. _____ de _____

Espacio Reservado para
COMFAMILIAR DE NARIÑO