



# DECLARACIÓN JURAMENTADA

**MinTrabajo**  
 República de Colombia  
 FECHA DE ELABORACIÓN  
 DD/MM/AAAA

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C  T.I  C.E  PA  P.E.P  VISA  CARNÉ DIPLOMATICO  CERTIFICADO CABILDO

número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Domiciliado en \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Mpio \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

Nombres y apellidos completos	Tipo de N° de Documento de Identificación	Dependencia Económica		Convivencia		Discapacidad		Parentesco			
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	HIJO	PADRE	HIJASTRO	HERMANOS HUERFANOS DE PADRES

2. Declaro que el (la) señor (a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C  T.I  C.E  PA  P.E.P  VISA  CARNÉ DIPLOMATICO

CERTIFICADO CABILDO  número \_\_\_\_\_ Con fecha de nacimiento DD / MM / AAAA de \_\_\_\_\_

es mi compañero(a) permanente SI  NO  convivimos desde el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

3. En caso de afiliar PADRES y que estos tengan la condición de beneficiarios en el sistema de salud relacionar la siguiente información del cotizante:

Nombres y apellidos completos \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C  T.I  C.E  PA  P.E.P  VISA  CARNÉ DIPLOMATICO

CERTIFICADO CABILDO  Numero de Documento de Identificación: \_\_\_\_\_.

4. Declaro que mi(s) padre / madre(s), relacionado (a) (s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es VERÍDICA. 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.

**NOTA 1:** En caso de afiliar **HIJASTROS:** Adjuntar custodia por los menores y entregar formato de declaración juramentada firmado por el trabajador, cónyuge y/o compañero permanente el cual debe ser actualizado antes del 31 de Marzo de cada año. **NOTA 2:** En caso de afiliar **PADRES:** Entregar certificado de afiliación a EPS y el formato declaración juramentada firmado por padre(s) y trabajador el cual debe ser actualizado antes del 31 de Marzo de cada año. **NOTA 3: EN CASO DE DÍSCAPACIDAD:** Entregar certificado de afiliación a EPS y el formato declaración juramentada firmado por padre(s) y trabajador el cual debe ser actualizado antes del 31 de Marzo de cada año y si el beneficiario es mayor de 6 ó 18 años, debe actualizar el certificado de discapacidad para el pago de cuota doble. Si el beneficiario ya no presenta discapacidad marcar NO y la Caja pagará cuota sencilla.

Firma del declarante

Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma Cónyuge / Firma padre (s)

Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Espacio reservado para la Caja de Compesación

