

En la ciudad de <u>BOGOTA</u> Dpto. de <u>CUNDINAMARCA</u> a los <u>24</u> días del mes <u>FEBRERO</u> del año <u>2022</u>		
Yo <u>FLORICENE BOLAÑOS CAMACHO</u> identificado(a) con el tipo de documento de identificación <u>52936982</u>		
Número <u>3187611987</u> de <u>BOGOTA</u> de estado civil <u>SOLTERA</u> manifiesto libre y voluntariamente que		
1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica: incluir compañero(a) y/o es(esa) (si no labora)		
Nombres y apellidos completos	Tipo y No. De documento de identificación	Parentesco
JUAN SEBASTIAN RAMIREZ BOLAÑOS	T.D. 10 15 394 243	HUJO
2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____ número _____ de _____ quien (Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>) es mi compañero(a) y/o esposo(a) permanente y (Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>) convivimos desde hace _____ años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		
3. Declaro que mi(s) padre (madre)(s), relacionado (a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio monetario, salario, renta o pensión alguna, ni están(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.		
Nota aclaratoria: _____		
Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.		
Floriceni Bolaños Firma del declarante	Opcional: Firma del declarante	Espacio reservado para Caja de Compensación
Doc. Identidad De 52936982 BOGOTA	Doc. Identidad De	