



DECLARACIÓN JURAMENTADA



FECHA DE ELABORACIÓN

/ /

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

Yo, _____ identificado (a) con C.C. ☐ C.E. ☐ número _____

de _____ Dirección _____ 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 y N° de Documento de Identificación	Dependencia Económica		Convivencia		Discapacidad		Parentesco
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐ número _____

de _____ es mi compañero(a) permanente SI ☐ NO ☐ convivimos desde el día _____ mes _____ año _____

3. Declaro que mi(s) padre madre (s), relacionado (a) (s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra caja de compensación familiar. Declaro y doy fe de la existencia de mis beneficios que presentan discapacidad.

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.

NOTA 1: En caso de afiliar HIJASTROS: Adjuntar custodia por los menores. **NOTA 2:** Entregar formato declaración juramentada firmado por el trabajador, conyuge y/o compañero permanente el cual debe ser actualizado antes del 31 de Marzo de cada año. **NOTA 3:** En caso de afiliar PADRES: Entregar formato declaración juramentada firmado por padre(s) y trabajador.

Firma del declarante

Doc. Identidad: _____ de _____

Firma Conyuge / Firma Padres

Doc. Identidad: _____ de _____

Espacio reservado para Caja de Compensación

