



MinTrabajo  
República de Colombia

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código: FO-SB-04

Versión: 01

Fecha: Abril 31 de 2012

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

Yo \_\_\_\_\_ tipo de documento de identificación \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto libre y voluntariamente que:

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

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

Ver: Acceso Super Subsidio

2. Declaro que el señor (a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con el tipo de documento de identificación \_\_\_\_\_ número de \_\_\_\_\_ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años y depende económicamente de mi. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Declaro que mi(s) padre(s) (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 bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Doc. Identidad. \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre del trabajador

Doc. Identidad. \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge o Compañero Permanente

Doc. Identidad. \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre del trabajador

Doc. Identidad. \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Espacio reservado para Caja de  
Compensación.