

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 _____ de estado civil _____ 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 esposo(a) (si no labora)

Nombres y apellidos completos	Tipo y No. De documento de identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____
 número _____ de _____ quien (Si No) es mi compañero(a) y/o esposo(a) permanente y
 (Si No) convivimos desde hace _____ años meses

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.

_____ Firma del declarante	Opcional: _____ Firma del declarante	Espacio reservado para Caja de Compensación
Doc. Identidad De	Doc. Identidad De	