



Min Trabajo
República de Colombia

DECLARACIÓN JURAMENTADA

CÓDIGO:

VERSIÓN: 3 -noviembre-2018

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 _____ 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	Documento de identidad		Parentesco
	Tipo	Número	

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.

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 esta (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 se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

"AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

C.C.
Firma del declarante

C.C.
Firma Conyuge o
Compañero Permanente

C.C.
Firma del padre 1

C.C.
Firma del padre 2