



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA AFILIACIÓN DE HIJASTROS

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

Yo _____ identificado con _____ Número _____ de _____, manifiesto libre y voluntariamente que las personas relacionadas a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y total dependencia económica:

Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con _____ Número _____ de _____, quien convive conmigo hace _____ años _____ meses y los menores en lista:

NOMBRE DEL MENOR	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO

No reciben subsidio familiar por otro trabajador, (por el padre o madre biológico(a) están afiliados a salud por mí como trabajador que los tiene a cargo, no están afiliados por otra Caja Compensación ni se benefician de los programas de Familias en Acción.

Declaro que toda la información aquí suministrada es verídica; autorizo para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de Falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR DECLARANTE
_____ C.C. _____

FIRMA DEL COMPAÑERO PERMANENTE
_____ C.C. _____

NIT: 891.500.182-0 | Popayán: Cl. 2 Nte. # 6A-54 | PBX: 8231868 FAX: 8231057 | Línea gratuita 018000 912222

Santander de Quilichao: Cr. 10 # 5-22 PBX: 8292183 | Puerto Tejada: Cr. 20 # 16-25 PBX: 8282189 | El Bordo: Cr. 7 # 4-33 PBX: 8262111

www.comfacauca.com

