



MINTRABAJO

DECLARACIÓN JURAMENTADA  
CODIGO: \_\_\_\_\_  
Versión: 07/07/2021

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

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con el tipo de documento de identificación \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto libre y voluntariamente que:

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

Nombre(s) y apellido(s) completos	Tipo y número de identificación	Parentesco

2. **UNION MARITAL:** Declaro que el(la) señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años.

3. **NO CONVIVENCIA:** Declaro que el(la) señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no es mi compañero(a) permanente y no convivimos desde hace \_\_\_\_\_ año(s).

4. **NO RECEPCIÓN DE BENEFICIOS:** Declaro que mi(s) padre/madre, 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.

5. **CONDICIÓN LABORAL CÓNYUGE/COMPAÑERO(A):** Declaro que el(la) señor(a) \_\_\_\_\_ no labora, por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificado laboral.

6. **CAMBIO DE IDENTIFICACION MADRE BIOLÓGICA.** Declaro que anteriormente me identifiqué con la T.I. número \_\_\_\_\_, soy padre/madre biológico(a) del menor \_\_\_\_\_, tal como consta en el registro civil que anexo.

7. **NO CONVIVENCIA PADRES.** En calidad de padre/madre del trabajador \_\_\_\_\_, identificado con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, declaro que no convivo, desde hace más de \_\_\_\_\_ años con el(la) señor(a) \_\_\_\_\_, identificada con tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, quien es el(la) padre/madre del trabajador.

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

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

De: \_\_\_\_\_

Espacio reservado para la Caja de  
Compensación