

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

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

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

| 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 C.C.  C.E.  PSP.   
 número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

a) Es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años ( )

b) Declaro que no convivo con mi cónyuge ( )

3. Declaro que mi cónyuge no labora actualmente con ninguna empresa ( )

4. 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 está(n) afiliado(a)(s) a otra caja de Compensación Familiar ( )

5. 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 uso de la información

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministré en documentos anteriores para afiliarme, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema del Subsidio Familiar, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar del Magdalena.

SI:  NO:

FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_  
C.C.

FIRMA DEL PADRE  
DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_  
C.C.

FIRMA DE LA MADRE  
DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_  
C.C.

Fecha de recibido: DÍA  MES  AÑO

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario de CAJAMAG