

	FORMATO CONVIVENCIA HABITACIONAL POSTULACIÓN CON MENORES DE EDAD	CÓDIGO: VI-FOV-F025
		VERSIÓN: N° 04

**DECLARACION CONVIVENCIA HABITACIONAL
POSTULACIÓN CON MENORES DE EDAD**

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del Año _____.

Nosotros:

Afiliado:

_____ cc _____ de _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Declarante (otro padre/madre del menor):

_____ cc _____ de _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Manifestamos:

PRIMERO: Que nuestros nombres son como antes lo indicamos y nuestros generales de ley son los ya expresados. **SEGUNDO:** Declaramos bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, que las afirmaciones y datos consignados en el presente formulario son correctos y fiel expresión de la verdad y que de conformidad con el artículo 299 del C. de P. C. de manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rendimos la presente declaración. **TERCERO:** Que conocemos la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal. **CUARTO:** Que la declaración aquí rendida, versa sobre los hechos de la cual damos plena fe y testimonio en razón de que nos consta personalmente. **QUINTO:** Que este testimonio lo rendimos para ser presentado a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJASAN** con el fin de aportarlo como prueba sumaria, para la postulación al SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA. **SEXTO:** Declaramos que el(los) menor(es) relacionado(s) a continuación depende(n) económicamente de:

_____ Con C.C. _____ de _____
y comparten un mismo espacio habitacional.

Nombres y Apellidos Completos	N° de Registro Civil	Parentesco

Lo anterior con el fin de cumplir con lo estipulado en el artículo 2.1.1.1.1.2 numeral 2.4 del Decreto 1077 de 2015. Manifestamos, que todo lo declarado anteriormente es verdad y para tal efecto suscribimos este documento. Autorizamos que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

"Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN" a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.cajasan.com y/o en CARRERA 27 # 61 – 78 PUERTA DEL SOL. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN" y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos"

AFILIADO		DECLARANTE (otro padre/madre del menor)	
Firma _____	Huella	Firma _____	Huella
CC N° _____		CC N° _____	
Teléfono _____		Teléfono _____	
Dirección _____		Dirección _____	
Ciudad _____		Ciudad _____	
Parentesco _____			

Notas:

1. Firma y Huella de los declarantes (obligatorio)
2. Para personas que no saben o no pueden firmar deberán plasmar huella del índice derecho en el campo indicado