



FORMATO CONVIVENCIA HABITACIONAL POSTULACIÓN CON MENORES DE EDAD

CÓDIGO: VI-FOV-F025

VERSIÓN: N° 02

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:

_____ 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** _____ 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.

Con mi firma, que aparece en este documento de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN, el tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean reportados, consultados, cedidos o verificados con terceras personas, incluyendo bancos de datos o centrales de riesgo. Igualmente autorizo que los mismos sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado, la que, conteniendo los mecanismos de ejercicio de mis derechos como Titular de datos, se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com y que declaro conocer. En desarrollo de la presente autorización, la Corporación podrá mantener conmigo, contacto de naturaleza comercial por medios físicos o tecnológicos, enviar mensajes a mi correo electrónico o mensajes SMS a mi celular, realizar transferencia internacional de mis datos y en general, ejecutar las actividades necesarias en etapas precontractuales, contractuales o post-contractuales que con CAJASAN llegaren a establecerse.

También declaro que he sido informado que puedo oponerme al tratamiento de datos sensibles o de menores, lo que acepto y en caso de tener alguna consulta, petición, queja o reclamo, sé que podré dirigirme a la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo www.cajasan.com vínculo Contáctenos ó mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

AFILIADO		DECLARANTE	
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
3. El Declarante no podrá ser familiar del solicitante