

# FORMATO DECLARACIÓN

**MADRE/ PADRE CABEZA DE HOGAR O DE PERSONAS A CARGO**

En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado(a) con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y profesión u oficio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que actualmente tengo bajo mi responsabilidad y dependencia económica, en forma permanente a la(s) persona (s) relacionada(s) a continuación:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES** | **APELLIDOS** | **TIPO DE****DOCUMENTO** | **NÚMERO DE****DOCUMENTO** | **PARENTESCO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\* Es indispensable incluir en esta declaración las imágenes de los documentos de identificación de los menores de 18 años y/o personas mayores (de 60 años o más) o de personas con discapacidad que tengan a su cargo y que hayan relacionado en el cuadro anterior.**

Que rindo esta declaración para presentarme como candidato(a) para recibir el incentivo de Cuidado de personas del Programa Saber Hacer Vale del Ministerio del Trabajo.

Firma

Documento de identidad: Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

 Huella digital

\* Este documento NO requiere autenticación como tampoco reconocimiento notarial de acuerdo con lo estipulado por el artículo 25 del decreto 19 de 2012.

**Favor incluir en esta declaración las imágenes de los documentos de identificación de los menores de 18 años y/o personas mayores (de 60 años o más) o de personas con discapacidad que tengan a su cargo y que hayan relacionado anteriormente.**