**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INCAPACIDAD MÉDICA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada(o) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, que mi\_\_\_\_\_\_\_\_ la señorita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con la TI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se encontraba incapacitada por temas de salud durante el periodo comprendido entre el \_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_\_\_\_.

Igualmente, autorizo a que en caso que se establezca la falsedad en esta declaración me sea aplicada una sanción por un valor de $150.000.

Para constancia de lo anterior se firma a los \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Cordialmente,

­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Declarante

Nombre completo

Documento de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_