

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCION TÉCNICA Y DE GESTIÓN GRUPO AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS	Formato Declaración de Dependencia Económica DGSM Código: MDN-CGFM-PROASFI-DGSM-FU.95.1-3 V2 Proceso: Afiliaciones

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

ANTES DE DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMATO, LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN AL FINAL DEL DOCUMENTO

Yo, _____ identificado con CC CE TI RC PA
 _____ expedida en _____ de estado civil Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)
 en Unión Marital de Hecho vigente SI NO con hijos(as) SI NO Grado _____ pertenezco al Subsistema Salud FFMM
 a través de Fuerza EJC ARC FAC HMC Unidad _____

MANIFIESTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES Y BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

La(s) personas relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica como parte de mi núcleo familiar, no goza(n) de salario, renta o pensión de invalidez, vejez o muerte de otra entidad pública o privada, ni está(n) afiliado(a)(s) a ninguna entidad promotora de salud del régimen contributivo y/o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni a otro régimen especial o exceptuado:

1. HIJOS E HIJASTROS DEL AFILIADO, MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 25 E HIJASTROS MENORES DE 18 AÑOS

	Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Edad	Parentesco	Soporte Estudios
		Tipo	Número			
1.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>
2.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>
3.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>
4.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>
5.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>
6.						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>

Nota: Para Hijos(as) e hijastros mayores de 18 años y menores de 25 años sin discapacidad deberá adjuntar el soporte de estudios actualizado.

2. CÓNYUGE

Nombres y Apellidos	
Tipo Documento	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Número :
Fecha Matrimonio:	

3. COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Nombres y Apellidos	
Tipo Documento	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Número :
Tiempo de Convivencia	_____ años

4. PADRES DEL TRABAJADOR

	Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Edad	Parentesco	Marque Motivo de Declaración
		Tipo	Número			
						Afiliación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>
						Afiliación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>

Declaro bajo GRAVEDAD DE JURAMENTO que toda la información aquí consignada y/o 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.

Nombres y Apellidos del Declarante

Firma y C.C. del Declarante

Ciudad y Fecha

Instrucciones Generales de Diligenciamiento

La información que registre en este formulario es muy importante para el SSFM, por favor, para su diligenciamiento utilice únicamente tinta negra, escriba en letra imprenta, sin tachones, ni enmendaduras y siga las instrucciones generales:

Toda declaración juramentada respecto del proceso de afiliaciones debe ser rendida por el titular cotizante o afiliado cotizante quien diligencia sus datos al principio de este documento.

1. Hijos e Hijastros del Trabajador Mayores de 18 años y Menores de 25 años e Hijastros Menores de 18 Años

En las casillas correspondientes diligencie Apellidos y Nombres, Tipo y Número de Documento, Parentesco de(l)(la) beneficiario(a) cuyo parentesco sea hijo(a) o hijastro(a) mayor de 18 años y menor de 25 años, así como de(l)(la) hijastro(a) menor de 18 años en caso de actualización y/o renovación de carné.

En SOPORTE DE ESTUDIOS, marque con una equis (X) si anexa el documento en caso de beneficiarios mayores de 18 años o No Aplica en caso de hijastros menores de 18 años

2. Cónyuge

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento) de la misma forma indique la fecha exacta de celebración del matrimonio (civil, religioso), esto a efectos de verificación ante la RNEC.

3. Compañero(a) permanente

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento) de la misma forma indique el tiempo de convivencia en años y/o meses si es del caso.

4. Padres del trabajador

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, edad y parentesco) de la misma forma indique si es para afiliación por primera vez o renovación.