FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA COMANDO GENERAL	FORMATO DEPENDENCIA ECONOMICA	**CODIGO:** CGFM-PROSAMIL-R-97.3
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	**FECHA EMISIÓN:** 26-07-2013
		VERSIÓN : 2
		PÁGINA: 1 de 1

Diligencie el presente formato de dependencia económica correctamente, no se admiten tachones ni enmendaduras.

Yo _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía No_____, expedida en _____, de estado civil, soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ separado ☐ , con unión Marital de hecho vigente, Sí ☐ No ☐, Con hijo (a) Si ☐ No ☐ , Grado _____, Fuerza _____, Unidad donde labora _____.

En pleno uso de mis facultades mentales y bajo gravedad de juramento, certifico y declaro que:

Para afiliar y /o renovar Esposa (o) diligenciar los siguientes espacios:

El (la) Señor (a) _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, cuyo parentesco conmigo es esposo (a), depende económicamente y en un 100% de mi trabajo, no goza de ninguna pensión de invalidez, vejez o muerte ni se encuentra afiliada a ninguna Entidad promotora de Salud ni al SISBEN.

Para afiliar y /o renovar compañera (o) permanente diligenciar los siguientes espacios:

El (la) Señor (a) _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía No_____, expedida en _____ de estado civil soltero ☐ viudo ☐ separado ☐ Vive en Unión Libre conmigo desde hace _____años, depende económicamente y en un 100% de mi trabajo, no goza de ninguna pensión de invalidez, vejez o muerte ni se encuentra afiliada a ninguna Entidad promotora de Salud ni al SISBEN.

Para afiliar y/o renovar hijastros, que hagan parte del núcleo familiar diligenciar los siguientes espacios

El (la) Señor (a) _____, identificado (a) con documento de identidad C.C No _____, expedida en _____, cuyo parentesco conmigo es hijastro (a), depende económicamente y en un 100% de mi trabajo, no goza de ninguna pensión de invalidez, vejez o muerte ni se encuentra afiliado (a) a ninguna Entidad promotora de Salud ni al SISBEN.

Para afiliar y/o renovar padres diligenciar los siguientes espacios

El Señor _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, cuyo parentesco conmigo es padre, depende económicamente y en un 100% de mi trabajo, no goza de ninguna pensión de invalidez, vejez o muerte ni se encuentra afiliado a ninguna Entidad promotora de Salud ni al SISBEN

La señora _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía No _____, expedida en _____, cuyo parentesco conmigo es madre, depende económicamente y en un 100% de mi trabajo, no goza de ninguna pensión de invalidez, vejez o muerte ni se encuentra afiliada a ninguna Entidad promotora de Salud ni al SISBEN

Para lo anterior, firmo en la ciudad de _____el día _____del mes de _____, de 20 ____, para ser presentado al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

_____ _____

Apellidos y Nombres **Firma y Cédula de Ciudadanía**