

 <b>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL</b> <b>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES</b> <b>DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR</b> <b>SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN</b> <b>GRUPO AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS</b>	Formato Declaración de Dependencia Económica DIGSA
	Código: MDN-COGFM-PROASFI-DIGSA-FU.95.1-8 V1
	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, Oscar Sanchez identificado con CC ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PA ☐  
10185698 expedida en La Dorada 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 FMMF  
 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. <u>Michael Alexio Tamayo Q</u>	<u>CC</u>	<u>1.007.465.912</u>	<u>19</u>	<u>Hijastro</u>	SI <input checked="" 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	Nombres y Apellidos
Tipo Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Número :	Tipo Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Número :
Fecha Matrimonio:	Tiempo de Convivencia _____ años

### 3. COMPAÑERA(O) PERMANENTE

### 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 VERDICA. 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.

Oscar Sanchez  
Nombres y Apellidos del Declarante

Sanchez  
Firma y C.C. del Declarante  
10185698

\_\_\_\_\_  
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 diligencie 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 el 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