

	PROCESO	Gestión de la Afiliación PROGAFI - Area Afiliación ARAFI
	Formato	Formulario Declaración de Dependencia Económica DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROGAFI-DIGSA-FU.95.1-13
	Vigente	Marzo de 2024

FORMULARIO 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 mí 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 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
	Tipo	Número		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. CÓNYUGE

Nombres y Apellidos			
Tipo Documento	CC ☐ CE ☐ OT ☐	Número :	
Fecha Matrimonio:			

3. COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Nombres y Apellidos			
Tipo Documento	CC ☐ CE ☐ OT ☐	Número :	
Tiempo de Convivencia	_____ años		

4. PADRES DEL COTIZANTE O CABEZA DEL NÚCLEO FAMILIAR

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Edad	Parentesco	Marque Motivo de Declaración
	Tipo	Número			
					Afiliación ☐ Renovación ☐
					Afiliación ☐ Renovación ☐

Declaro bajo GRAVEDAD DE JURAMENTO que toda la información aquí consignada 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 de afiliación.

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.