

Macroproceso: Seguridad Social
Proceso: Seguridad Social en Salud
Título: Formato declaración de dependencia económica y de estudios



_____, _____
 [CIUDAD], [FECHA]

Señores
Área de
Afiliaciones

Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD -de la Universidad Nacional de Colombia

Yo, _____, identificado(a) con el tipo de documento de identificación CC CE número _____ de _____ en mi condición de afiliado cotizante a Unisalud, declaro bajo la gravedad de juramento que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica por: Estudios (E), Condición de Discapacidad (D) o Beneficiario Adicional (A), y me comprometo a suministrar los soportes documentales requeridos para acreditar dicha condición.

| NOMBRES | APELLIDOS | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | PARENTESCO | DEPENDENCIA | | | ESTUDIANTE DE LA U.N. | |
|---------|-----------|------|-----------------------------|--------|------------|-------------|---|---|-----------------------|----|
| | | | TIPO | NÚMERO | | E | D | A | SI | NO |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Manifiesto mi intención de informar a Unisalud sobre cambios que constituyan causal de extinción del derecho de cualquiera de mis beneficiarios inscritos¹.

 [FIRMA]

¹ Aplican las normas relativas a los beneficiarios descritas en el Acuerdo 024 de 2008 del C.S.U y la Resolución 3 de 2010 de la JDN de Unisalud