



DECLARACIÓN JURADA PARA AFILIACIÓN DE PERSONA NATURAL No. _____

En el distrito () o municipio () de _____, siendo las _____ horas del día ____ del mes _____ del año _____, Ante el suscrito funcionario de esta IPS, _____, comparece el (la) señor(a) _____, identificado(a) con documento de identidad,

C.C(),R.C(),T.I(),PA(),PEP(),S.C(), número _____, expedido en _____, residente en el distrito () municipio () con dirección _____, del barrio (), vereda (), corregimiento () _____, teléfono fijo () móvil () número _____ y correo electrónico _____, quien **BAJO LA GRAVEDAD**

DE JURAMENTO DECLARA: **1)** Que en el momento NO cuenta con la solvencia económica para estar afiliado al SGSSS en el Régimen Contributivo; **2)** Sí () NO () cuenta con encuesta del SISBEN clasificado en el nivel 1 o 2; **3)** No pertenece a alguna Población Especial, que permita el derecho para estar afiliado al SGSSS en el Régimen Subsidiado; **4)** Que los datos presentados en esta Declaración constituyen verazmente la información de su situación socioeconómica; **5)** Que ha sido informado que esta declaración esta sujeta a la verificación por parte de la entidad territorial Distrital o Municipal y si esta determinara que las condiciones para acreditar la pertenencia al régimen subsidiado declaradas no se ajustan a la realidad, podrá realizar la terminación de la inscripción a la EPS de las personas mayores de edad que componen el núcleo familiar; **6)** Que ha sido informado que los Migrantes de la Republica de Venezuela tienen el deber de presentarse cada (4) meses ante la dirección distrital o municipal de salud, del lugar donde se encuentre residiendo actualmente, para actualizar sus datos y que de no hacerlo dicha entidad podrá realizar la terminación de la inscripción en la EPS del régimen subsidiado, de los migrantes venezolanos mayores de edad que componen el núcleo familiar; **7)** Que el funcionario de la IPS le explicó los efectos de la presente declaración.

En garantía del derecho a la libre escogencia, el declarante manifiesta que ha sido informado de las Empresas Promotoras de Salud habilitadas en el distrito o municipio de su residencia, de las cuales, a su libre elección, ha escogido ser afiliado a la EPS-S _____, y quedando asignado a la IPS Primaria _____, la cual le es más favorable según su ubicación, en cercanía a su lugar de residencia.

Dado lo anterior, la IPS _____, acatando lo dispuesto en el Decreto 064 del 20 de enero de 2020, procede a efectuar el registro para la prestación de los Servicios de Salud requeridos por el compareciente,

Dando FE, se firma.

Nombre completo del declarante
C.C. No.

Nombre completo del funcionario de la IPS
C.C. No.



Huella índice derecho.