

DECLARACIÓN JURAMENTADA AFILIACION EN SALUD

Yo _____
identificado(a) con tipo de Documento _____ No _____
de _____ declaro que mi afiliación a la EPS _____
me encuentro en régimen _____
en estado _____ por el siguiente
motivo _____
y manifiesto que estoy en condición de desempleado, carezco de capacidad de
pago y no dispongo de ingreso económico alguno.

Observaciones: _____

FIRMA _____
CC _____
CORREO ELECTRONICO _____