

## 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 \_\_\_\_\_