

## DECLARACION CALIDAD DE ESTUDIANTES HIJOS ENTRE 18 A 25 AÑOS

Por medio de la presente manifiesto voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, identificado(a) con T.I. ☐ C.C ☐) No. \_\_\_\_\_ ostenta la calidad de estudiante con dedicación exclusiva y depende económicamente de mí.

La presente declaración se realiza de manera libre y espontánea, con el fin de que mi hijo (a) sea o continúe afiliado en calidad de beneficiario (a) dentro de mi grupo familiar, de conformidad con lo establecido en los Decretos 806 de 1998, 019 de 2012, 2685 de 2012, 916 de 2013 y 1164 de 2014.

En tal sentido, me comprometo a notificar cualquier cambio de esta condición y tengo pleno conocimiento de que una vez mi hijo (a) cumpla los 25 años de edad será automáticamente retirado del Sistema pues dejaría de tener las condiciones para estar afiliado como beneficiario estudiante.

Igualmente manifiesto que conozco las consecuencias consagradas en el Código Penal y en la normativa vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el suministro de información falsa con el fin de obtener los beneficios de dicho Sistema.

Se rinde la presente declaración a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre Cotizante Padre/Madre: \_\_\_\_\_ CC ☐ CE ☐

Firma Cotizante Padre/Madre: \_\_\_\_\_