

## FORMATO DATOS AFILIACIÓN BENEFICIARIO

Fecha de Diligenciamiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datos Beneficiarios (uno por cada beneficiario)

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: RC  TI  NUIP  CC  CE  PASAPORTE

Número de Identificación sin guión: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de expedición: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexo M  F

Edad Cumplida \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Cotizante: 1  2  3

**1 Cónyuge o compañero(a) permanente**

**2 Hijo (a)**

**3 Padre o madre**

Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Zona de Residencia: Rural  Urbana

Sitio de Atención: \_\_\_\_\_

**\*En caso de que el beneficiario desee su servicio en otra región, el cotizante deberá diligenciar el formato de afiliación indicando Ciudad y Departamento de residencia con la respectiva firma.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cotizante

\_\_\_\_\_  
Entidad Elegida (En la región diferente a la del cotizante)

-----  
Nombre Cotizante

Región:

1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**fomag**  
fuente de protección against old age

{fiduprevisora}

Declaro que la información consignada es real y bajo la gravedad de juramento que se entenderá prestado en concordancia con el decreto 0019 de enero 10 de 2012 con la firma del presente documento. Que conozco y acepto que, es posible afiliar como beneficiarios del grupo familiar al cónyuge o compañero permanente, padres, hijos siempre y cuando **exista dependencia económica**, se encuentren dentro de las situaciones legales descritas en los términos de referencia de fiduprevisora. Que mi beneficiario no es pensionado de Entidad Privada o Pública. No está inscrito en ningún Régimen de Seguridad Social en Salud, ni general ni especial. Conozco además la importancia moral y legal de esta declaración bajo juramento y las sanciones civiles y penales establecidas contra los que declaren falsamente, tales como terminación unilateral de la afiliación, indemnización de perjuicios, demanda civil, denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación, reporte al Registro Único de Aportantes como afiliado fraudulento, investigación administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

Rindo la presente declaración, a los ( ) días, del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.