

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA Y
CONDICIÓN DE ESTUDIANTE PARA BENEFICIARIOS HIJOS ENTRE 18 Y 25
AÑOS.**

Ciudad

Señores:

SALUD TOTAL EPS

Entidad Promotora de Salud

Ciudad

Yo _____, identificado con el documento de identidad número _____, declaro bajo la gravedad de juramento que el (los) beneficiario (s) que relaciono a continuación dependen económicamente de mí y su condición es de estudiante con dedicación exclusiva a esta actividad.

| Tipo de Doc | No Documento | Institución donde estudia | Programa que cursa | Periodo cursado |
|--------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cordialmente,

Nombre Completo

Firma

Número de Identificación