

Señor

JUEZ PROMISCOU MUNICIPAL DE ARACATACA – MAGDALENA

Aff, Dr. MARIO ALBERTO NOGUERA MIRANDA

E. S. D.

ASUNTO: **CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

RADICACIÓN: 470534089001-**2021-00017**- 00

PROCESO: **ALIMENTOS DE MENORES**

DEMANDANTE: **LAURA CRISTINA REYES MERCADO**

DEMANDADO: **ANYERSON ARIZA VELASCO**

ANYERSON ARIZA VELASCO, persona mayor de edad, identificada civilmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en nombre propio, como quiera que el presente asunto versa sobre un asunto Verbal Sumario sin cuantía determinada, consagrado en el Código General del Proceso, me permito dar contestación a la demanda de fijación de cuota alimentaria, instaurada ante esta agencia judicial, por la señora LAURA CRISTINA REYES MERCADO quien ejerce la representación de la menor NATALIA ARIZA VELASCO, en mi contra, con base en los argumentos que expondré en mi defensa:

I. RESPECTO DE LA FUNDAMENTACIÓN FÁCTICA SUSTENTADA EN EL ESCRITO DE LA DEMANDA:

AL HECHO PRIMERO. Es parcialmente cierto. De manera incorrecta la señora LAURA CRISTINA REYES MERCADO, aduce que existió una convivencia extramatrimonial entre ella y yo, situación que carece de toda verdad material y formal, pues, el contacto con la aquí demandante solo surgió de manera ocasional en dos (02) momentos en la ciudad de Bogotá, toda vez que ella sostenía una relación formal con el padre de su hija mayor, lo que demerita en la extensión del concepto de *convivencia* manifestado por la

señora REYES MERCADO, siendo uno de los ápices para considerar la mala fe de la parte actora.

En esta misma relacion de hechos, manifiesta la señora que nació la menor NATALIA ARIZA REYES, situación que es cierta, como quiera que lo demuestra el registro civil de nacimiento aportado identificado con NUIP 1025330949 Indicativo Serial 56085280 de la ciudad de Bogotá, no obstante su Señoría, es mi deber indicar que si bien, en el Registro Civil de Nacimiento, figura reconocimiento como padre de la menor, el mismo obedeció a presiones ejercidas por la señora REYES MERCADO, como quiera que la niña debió ser internada en el Hospital Simón Bolívar de la ciudad de Bogotá, al obtener la salida del instituto de salud, se lo impidieron, en razón a que la menor se encontraba sin registro ante las entidades del Estado, vulnerando sus derechos, al no permitir su nacimiento a la vida jurídica así como a la protección estatal de su cargo, acto ordenado mediante el Decreto 1260 de 1970; por tal motivo, ante la exigencia de la Trabajadora Social del Instituto de Salud, accedí a registrar a la menor, ante el desamparo de las dos, empero, existía un compromiso con la señora LAURA CRISTINA REYES y era el de realizarnos la prueba de paternidad – ADN, para constatar la veracidad pues la señora REYES MERCADO convivía con el padre de la hija mayor en el momento de concebir a la niña NATALIA, además al hacer las cuentas exactas del periodo de embarazo, ha sido inmediato al parto de la hija mayor, situación a la que ella accedió inicialmente, por la gravedad de la situación, la amenaza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de efectuar el restablecimiento de derechos de la menor por la no comparecencia a la Registraduría Nacional.

Debo manifestar su Señoría, que en el estado de gravidez correspondiente a la menor NATALIA ARIZA REYES, la señora LAURA, jamás se comunicó conmigo, y al momento de indicarme que la menor correspondía a mi paternidad, al ser indagada, manifestó que nunca se dio cuenta del embarazo, porque físicamente su cuerpo continuó ovulando, y su abdomen nunca creció, argumentos que dejan mucho que pensar respecto del comportamiento confuso e irracional de la señora aquí demandante.

En referencia a que la menor se encuentra bajo la custodia de la señora REYES MERCADO, se presume como quiera que es la madre de la niña.

AL HECHO SEGUNDO: No es cierto. En principio, debo manifestar que si bien, la señora REYES MERCADO no ha cumplido con el compromiso de realizar la

prueba de paternidad correspondiente, así como también el hecho de que no exista un documento formal de fijación de cuota alimentaria, he dispuesto de recursos económicos, conforme han sido solicitados verbalmente por ella, para la atención de las necesidades de la menor.

Si bien, la demandante arrima con la proposición del escrito introductorio ACTA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN de la Comisaría de Familia de Magdalena Historia No. 00052 de 30 -12-2020-0061, es mi oportunidad manifestar que a efectos de agotar de manera fraudulenta el requisito de procedibilidad para esta clase de procesos, la señora REYES MERCADO dispuso de unas direcciones que no correspondían a la realidad, en razón a que hasta el año 2019 ejercí funciones en el Cantón de Artillería, en el batallón de transportes de la ciudad de Bogotá, posteriormente fui trasladado desde el mes de enero de 2020 al departamento de Cauca, situación que genera una nulidad en razón de la presunta citación a comparecer en el proceso de conciliación, pues de mala fe, la señora REYES MERCADO, pretendía acudir inmediatamente a la jurisdicción, sin hacerme el correspondiente llamado de precedencia en legal forma.

AL HECHO TERCERO. No es cierto. Como se antedijo, si bien, la señora REYES MERCADO no ha cumplido con el compromiso de realizar la prueba de paternidad correspondiente, así como también el hecho de que no exista un documento formal de fijación de cuota alimentaria, he dispuesto de recursos económicos, conforme han sido solicitados verbalmente por ella, para la atención de las necesidades de la menor.

Aunado a esto, la demandante alude que la menor NATALIA ARIZA REYES, es mi *única hija*, situación que demerita toda realidad, pues, en el año 2019, inicié una relación formal de convivencia UNIÓN MARITAL DE HECHO, con mi compañera CLAUDIA PATRICIA MARÍN BELEÑO, convivencia marital de la cual ha sido concebida la menor MARIA FERNANDA ARIZA MARÍN, conforme se prueba en Registro Civil de Nacimiento identificado con NUIP 1097216056 Indicativo Serial 58479814 de la ciudad de BARRANCABERMEJA Notaría Segunda cuya fecha de nacimiento corresponde al 08 de noviembre de 2020.

Por lo anterior, su señoría, a continuación formularé mis argumentos de defensa de fondo a fin de que sean tenidos en cuenta, dentro del presente proceso, pues si bien, la normatividad internacional, así como la nacional

prevén la prevalencia de los derechos de los menores, situación que no desconozco formando parte de una de las instituciones que busca la protección de los bienes jurídicos tutelados por el Estado Colombiano, es menester manifestar la relevancia en la valoración de la conducta de la aquí demandada, así como la ponderación de mis derechos, y de las personas que se encuentran bajo mi protección y dependencia.

I. IMPUGNACIÓN DE LA PATERNIDAD

Sobre el particular, ha dicho la Honorable Corte Constitucional:

"El proceso de impugnación de la paternidad es el escenario judicial que le permite a una persona controvertir la relación filial que se encuentra reconocida. La impugnación del estado de hijo legítimo se efectúa destruyendo todos o cada uno de los elementos de la legitimidad, esto es, la paternidad, la maternidad, el matrimonio o la concepción dentro del matrimonio. De conformidad con la jurisprudencia constitucional la impugnación de la paternidad es un proceso reglado y es deber de los jueces actuar con diligencia y proactividad en la investigación, así como el manejo de las pruebas antropoheredobiológicas, las cuales son determinantes para proferir una decisión de fondo."

La normatividad colombiana, establecen que el reconocimiento, es susceptible de impugnación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 248 y 335 del Código Civil, así las cosas, como quiera que la señora REYES MERCADO, no ha cumplido con el compromiso de realización de la prueba de paternidad, aunado al hecho de que en el momento de los encuentros íntimos casuales, la misma, ostentaba una relación formal con el padre de su mayor hija, se generan graves dudas respecto a la paternidad que ostento según el documento de Registro Civil de Nacimiento, así pues de conformidad con lo estipulado en el artículo 248 del Código Civil, numeral 1 [*Que el hijo no ha podido tener por padre al que pasa por tal.*] alegando como interés que se me ha refutado ser padre de una menor de edad, así como el hecho de que se me exigen acreencias alimentarias a su favor, cuando desconozco tal hecho, conociendo que la señora REYES MERCADO sostenía otro tipo de relación sentimental, lo que conlleva una grave afectación a mi vida familiar y laboral, solicito se tenga como tal esta proposición y en su defecto se ampare a la menor, reconociendo con exactitud quién es su padre tutelando su derecho a tener una familia constitucionalmente protegido.

Por tanto su Señoría, me permito solicitar en este proceso se lleve a cabo la práctica de la correspondiente PRUEBA DE PATERNIDAD – ADN, para mayor seguridad en la providencia que emita su despacho, máxime cuando soy padre de familia de otra menor que se verá afectada en sus derechos, lo que conllevará a la ruptura del vínculo filial y legal que presuntamente origina la obligación.

II. NECESIDAD DEL ALIMENTARIO

Considerado uno de los elementos estructurales para que el Juez del caso, fije la correspondiente cuota de alimentos, es imprescindible que se determine cuál es la real necesidad del alimentario, toda vez que no se halla soportada en la demanda, es decir que se sometan las pruebas sobre la calidad de vida de la menor NATALIA ARIZA REYES, a fin de que se halle un equilibrio prestacional con las cargas asumidas en relación de la menor MARIA FERNANDA ARIZA, que no genere un menoscabo en su necesidad congrua de alimentos.

Es decir que la fijación, debe responder a la atención de las necesidades congruas de la persona. Tales necesidades pueden ser variables y responder a distintos criterios. Por lo mismo, se trata de un asunto que el juez competente tiene que valorar en su oportunidad.

III. CAPACIDAD DEL ALIMENTANTE

Otro de los factores a tener en cuenta por parte de su Señoría, es establecer la capacidad de este demandado, pues como antedije he formado un hogar, el mismo que reconozco con la señora CLAUDIA PATRICIA MARÍN BELEÑO, siendo el proveedor de alimentos, como quiera que mi menor hija MARIA FERNANDA ARIZA nació hace '6 meses, asumiendo una calidad de vida en la ciudad de Bogotá, viviendo en arrendamiento, así como asumiendo los gastos de instituciones médicas, como quiera que mi hija ha nacido prematura, así mismo, a mi cargo, se halla la responsabilidad propia con mis señores padres como se prueba en documento adjunto correspondiente a CLELIA ISABEL VELASCO y HERNAN GUSTAVO ARIZA LUENGAS, considerando que soy el proveedor de sus gastos económicos, en razón a su que son personas de la tercera edad son dificultades de salud, aún más en la terrible crisis mundial que aqueja la existencia del virus COVID-19, que impide que mis señores padres puedan ejercer alguna labor de trabajo.

Aunado a esto, he asumido obligaciones por descuento de libranza que disminuyen mi capacidad de pago, como lo es el crédito de vivienda asumido con el BANCO POPULAR situación que puede ser corroborada con el área de talento humano correspondiente.

Así pues su Señoría, de manera respetuosa, me permito solicitar se tenga en cuenta el análisis de los elementos, que convergen para la fijación de la cuota alimentaria, de una manera sensata, en razón a que la cuota debe ser justa y no puede estar orientada hacia el enriquecimiento de quien tiene la custodia de la menor.

Al respecto la Honorable Corte Constitucional ha manifestado:

“El Estado, sea al momento de imponer las cuotas o cuando avala los acuerdos entre particulares, tiene la obligación de asegurar que las cuotas alimentarias cumplan su propósito –satisfacer necesidades congruas o necesarias- y que sean equitativas para los acreedores de las mismas. Ello implica que no es posible realizar una distribución que conduzca al desconocimiento de los derechos de otros acreedores –por ejemplo, otros hermanos- o a una reducción de los recursos que se pueden dirigir a otro núcleo familiar que impida su sustento. El juez, o la autoridad competente, tiene la obligación de prever esta situación e impedir que se presente¹.”

IV. PETICION ESPECIAL

Vistas las medidas cautelares decretadas por el despacho, me permito solicitar respetuosamente sean estudiadas las mismas, en razón a que vulneran gravemente las obligaciones adquiridas con mi hija menor MARIA FERNANDA y su situación de salud, de alto cuidado, por lo tanto, elevo petición para que las medidas provisionales sean reducidas por lo ya expuesto.

V. PRUEBAS

Su señoría a efectos de constatar lo aquí manifestado me permito solicitar se decreten y tengan como tales a fin de obtener una valoración desde la sana crítica, las siguientes:

¹ Sentencia T-492 2003

DOCUMENTALES

- Registro Civil de Nacimiento de MARIA FERNANDA ARIZA
- Documento Afiliación CLELIA ISABEL – HERNÁN GUSTAVO ARIZA
- Constancias descuento libranza BANCO POPULAR
- Gastos menor MARIA FERNANDA ARIZA
- Certificación afiliación seguridad social.

DE OFICIO:

- Su señoría, respetuosamente solicito se practique la PRUEBA DE PATERNIDAD - ADN, para obtener certeza en su fallo conforme a lo expuesto anteriormente.
- Su señoría respetuosamente solicito se decrete interrogatorio de parte de la demandante, a fin de constatar los hechos referidos.
-

Para efectos de notificaciones, estaré atento al correo electrónico del cual remito la presente contestación de la demanda.

Sin otro particular,

Cordialmente,


ANYERSON ARIZA
C.C. No. 1.032.356.510



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58479814

NUIP 1097216036

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaria ☒	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 0 5 H
--	---	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA - NOTARIA 2 BARRANCABERMEJA ***

Datos del inscrito

Primer Apellido ARIZA	Segundo Apellido MARIN
Nombre(s) MARIA FERNANDA	
Fecha de nacimiento Año 2 0 2 0 Mes NOV Día 0 8	Sexo (en letras) FEMENINO
Grupo sanguíneo O	Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
163783621

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
MARIN BELEÑO CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)
CC No. 1098623875

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
ARIZA VELASCO ANYERSON

Documento de identificación (Clase y número)
CC No. 1032356510

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
ARIZA VELASCO ANYERSON

Documento de identificación (Clase y número)
CC No. 1032356510

Firma

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción
Año 2 0 2 0 Mes DIC Día 1 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JOSE LAMIER RODRIGUEZ LUNA

Nombre y firma

ANGELA PATRICIA LEON DIAZ



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades Subsistema de Salud
	COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES	Fuerzas Militares DIGSA
	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	Código: MDN-COGFM-FROASFI-DIGSA-FU.95.1-10 V1
	SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN	Proceso: Afiliaciones
GRUPO AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS		

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES SUBSISTEMA DE SALUD FUERZAS MILITARES DGSM - FORMULARIO GRATUITO

ANTES DE DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS

Cotiza con otros empleadores o es independiente			Su esposo(a) o compañero(a) es Cotizante del SGSSS			Fecha de Diligenciamiento			Fecha de Radicación		
SI	NO		SI	NO		AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD
	☒			☒		2020	07	15	2020	07	17

1. INFORMACIÓN DATOS PERSONALES AFILIADO COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos		
Ariza			Velasco			Anderson		
No. Identificación			Tipo Documento			Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)		
1032356510			CC			1986-02-10		
Fecha Expedición Documento (AAAA-MM-DD)			Lugar de Expedición					
2004-02-20			Bogotá					
Rh	Sexo	M	F	Estatura	Edad	Estado Civil		
O+	☒	☐	☐	1.83	34	Soltero		
Dirección de Residencia			Barrio			Localidad		
Calle 110 # 7C-25			Santa Ana			Usaquén		
Ciudad / Municipio			Departamento			Teléfono Residencia		
Bogotá			D.C.					
Teléfono Celular			Zona de Residencia			Tipo de Vivienda		
3204696742			R ☐ U ☒			Apto.		
Estrato Socioeconómico (Ciclo para el hogar)			Discapacidad			Grupo Étnico		
3			10%					
Profesión			Correo electrónico					
Militar			ariesmic1032@hotmail.com					
Nombre de la Unidad			Cargo Actual					
Comando Operativo Apolo			Oficial Acción Integral					
Fuerza	Grado	Código Grado	Fecha Ascenso (AAAA-MM-DD)					
Ejército	Captán	1032356510	2008-12-05					
Subsidio Familiar			Grado de Escolaridad			Estado Afiliación		
NO			Universitario					
Atención E.S.M.								
HOMIL								

2. INFORMACIÓN DATOS PERSONALES PARA AFILIACIÓN / RENOVACIÓN DE BENEFICIARIOS

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos		
Velasco						Celia Isabel		
No. Identificación			Tipo Documento			Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)		
35487744			CC			1959-10-01		
Rh	Sexo	M	F	Parentesco	Edad	Discapacidad		
	☐	☒	☐	Madre	61	NO		
Dirección de Residencia			Barrio			Localidad		
Km 21 Vda. Pedregales								
Ciudad / Municipio			Departamento			Teléfono Residencia		
Llanetauri			Santander					
Teléfono Celular			Correo electrónico					
3115897430								
Grupo Étnico			Estado Afiliación			Inactivo		

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos		
Ariza			Luegao			Hernán Gustavo		
No. Identificación			Tipo Documento			Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)		
5792205			CC			1944-6-20		
Rh	Sexo	M	F	Parentesco	Edad	Discapacidad		
	☒	☐	☐	Padre	76			
Dirección de Residencia			Barrio			Localidad		
Km 21 Vda. Pedregales								
Ciudad / Municipio			Departamento			Teléfono Residencia		
Llanetauri			Santander					
Teléfono Celular			Correo electrónico					
3204173846								
Grupo Étnico			Estado Afiliación			Inactivo		

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos		
No. Identificación			Tipo Documento			Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)		
Rh	Sexo	M	F	Parentesco	Edad	Discapacidad		
	☐	☐	☐					
Dirección de Residencia			Barrio			Localidad		
Ciudad / Municipio			Departamento			Teléfono Residencia		
Teléfono Celular			Correo electrónico					
Grupo Étnico			Estado Afiliación					

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres Completos		
No. Identificación			Tipo Documento			Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)		
Rh	Sexo	M	F	Parentesco	Edad	Discapacidad		
	☐	☐	☐					
Dirección de Residencia			Barrio			Localidad		
Ciudad / Municipio			Departamento			Teléfono Residencia		
Teléfono Celular			Correo electrónico					
Grupo Étnico			Estado Afiliación					

DECLARACIÓN JURAMENTADA:

Con la firma del presente Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades, declaro por conocidas las condiciones generales y coberturas de la relación contractual que estoy asumiendo con la Dirección General de Sanidad Militar. Bajo la gravedad de juramento declaro que el Cotizante y Beneficiario(s) reportado(s) no están afiliado(s) al SGSSS.

Firma y C.C. del Cotizante
1032356510

Firma y Post-Firma Director de Personal
Entidad Empleadora

Firma y Fecha
Ciudad y Fecha

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN GRUPO AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS	Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades Subsistema de Salud Fuerzas Militares DIGSA Código: MDN-COGFM-PROASFI-DIGSA-FU.95.1-10 V1 Proceso: Afiliaciones
--	---	---

3. REPORTE DE NOVEDADES

TIPO DE NOVEDADES	
1. Modificación de Datos Básicos de Identificación	☐
2. Corrección de Datos Básicos de Identificación	☐
3. Actualización del Documento de Identidad (RC a TI y de TI a CC)	☐
4. Actualización o Corrección de Datos Complementarios	☐
5. Inactivación al SSFM por vínculo al SGSSS	☐
7. Inclusión Primera Vez de Beneficiarios (Padres y/o Exesposa) por pago PPCD	☐
8. Actualización de Beneficiarios (Padres y/o Exesposa) por pago PPCD	☐
9. Reporte por fallecimiento del Cotizante	☐
10. Reporte por fallecimiento del Beneficiario	☐
11. Cambio de Beneficiario a Titular	☐
12. Cambio de Titular a Beneficiario	☐
13. Afiliación Primera Vez por Medicina Laboral	☐
14. Renovación por Medicina Laboral	☐
15. Afiliación Primera Vez por Orden Judicial	☐
16. Renovación por Orden Judicial	☐

DATOS PARA EL REPORTE DE NOVEDADES					
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	☐ F ☐ M	FECHA NOVEDAD	FECHA DE NACIMIENTO

DOCUMENTOS ANEXOS								
1. Anexa Copia Documento de Identificación		RC	TI	CC	CE	CN	PA	
	CANTIDAD							TOTAL 2
2. Formulario de Afiliación	☒							
3. Formato Declaración Estado de Salud	☐							
4. Formato Dependencia Económica	☒							
5. Denuncio por Pérdida	☐							
6. Registro Civil de Matrimonio (Aplica Sólo Cónyuge)	☐							
7. Constitución de Unión Marital de Hecho	☐							
8. Registro Civil de Defunción	☐							
9. Carta de Retiro EPS	☐							
10. Certificado de Estudio y/o Recibo de Pago Institución	☐							
11. Copia Sentencia de Divorcio	☐							
12. Copia Disolución de la Unión Marital de Hecho	☐							
13. Copia Documento Orden Judicial	☐							
14. Notificación por Multifiliación	☐							
15. Copia Fallo de Tutela	☐							
16. Copia Junta Médico Laboral (Cotizante)	☐							
17. Copia Certificado Pérdida Capacidad Laboral (Beneficiarios Mayores 18 Años)	☐							
18. Certificado Médico de Discapacidad (Beneficiarios Menores de 18 años)	☐							
19. Copia Resolución Reconocimiento Pensión / Asignación Retiro	☐							
20. Copia Resolución Reconocimiento Sustitución Pensión / Asignación Retiro	☐							

AUTORIZACIONES	
1. Autorizo para que el Subsistema de Salud Fuerzas Militares solicite y obtenga datos y copia de la Historia Clínica del Cotizante y sus respectivos Beneficiarios, para el desarrollo de programas de promoción y prevención.	☐
2. Autorizo para que el Subsistema de Salud Fuerzas Militares, reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la Base Datos de Afiliados a las Entidades Públicas y Autoridades que por sus funciones lo requieran.	☐
3. Autorizo para que el Subsistema de Salud Fuerzas Militares, de tratamiento de los datos del Cotizante y sus Beneficiarios de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 en concordancia con la Ley 1712 de 2014.	☐
4. Autorizo para que el Subsistema de Salud Fuerzas Militares envíe información y notificaciones al correo electrónico registrado. (Art. 137 Ley 1437 de 2011)	☐

Observaciones:

Envío documentación para la activación de mis Padres en el SSFM ya que aparecen inactivos y ellos son mis Beneficiarios siempre me descuentan y siempre me los desactivan.

Instrucciones Generales de Diligenciamiento

La información que registre en este formulario es muy importante para el SSFM, por favor, para su diligenciamiento utilice únicamente tinta negra, escriba en letra imprenta, sin tachones, ni enmendaduras y siga las instrucciones generales:

Cotiza con otros empleadores o independiente: Indique con una X si cotiza o no con otro empleador (Únicamente aplica para beneficiarios)

Su esposa(o) o compañera(o) es Cotizante del SGSSS: Indique con una X si su esposa(o) o compañera(o) es cotizante del SGSSS al momento de diligenciar el presente formulario

Fecha de diligenciamiento: Escriba la fecha de diligenciamiento en letra imprenta siguiendo la secuencia año, mes y día.

Fecha de radicación: Esta será diligenciada por el funcionario de la entidad que realiza la afiliación y/o actualización de datos

1. Información datos personales del afiliado cotizante o cabeza de grupo familiar

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, Fecha de Expedición del Documento, Fecha de Nacimiento, Rh, Sexo, Estatura) tal y como aparecen en el documento de identificación correspondiente.

Registre Dirección de Residencia actual, barrio, localidad (sólo si reside en la ciudad de Bogotá DC), ciudad o municipio, departamento, teléfono de residencia (inicie con el indicativo correspondiente), teléfono celular, señale con una X la zona de residencia (Rural o Urbana), tipo de vivienda (casa, apartamento, casa fiscal, etc), estrato socioeconómico en el cual se ubica la vivienda, señale si tiene algún tipo de discapacidad (física, mental, neurológica, etc), grupo étnico al que pertenece (Indígena, gitano, raizal de San Andrés y Providencia, Palenquero, Negro y/o afrocolombiano(a)), profesión (si la tiene) y correo electrónico.

2. Información datos personales para afiliación / renovación de beneficiarios

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, Fecha de Expedición del Documento, Fecha de Nacimiento, Rh, Sexo, Estatura) tal y como aparecen en el documento de identificación correspondiente.

Registre Dirección de Residencia actual, barrio, localidad (sólo si reside en la ciudad de Bogotá DC), ciudad o municipio, departamento, teléfono de residencia (inicie con el indicativo correspondiente), teléfono celular, señale si tiene algún tipo de discapacidad (física, mental, neurológica, etc), grupo étnico al que pertenece (Indígena, gitano, raizal de San Andrés y Providencia, Palenquero, Negro y/o afrocolombiano(a)), profesión (si la tiene) y correo electrónico. La casilla Estado Afiliación será diligenciada por el funcionario encargado de la afiliación y/o actualización de datos.

3. Reporte de Novedades: Señale con una X la novedad correspondiente.

4. Documentos Anexos: Indique con una X en la casilla correspondiente los documentos que aporta para la afiliación y/o actualización de Datos.

5. Autorizaciones: Marque con una X las casillas correspondientes, mediante las cuales autoriza el tratamiento de datos personales y el envío de notificaciones e información de interés del SSFM.

6. Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN GRUPO AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS	Formato Declaración de Dependencia Económica DIGSA	
	Código: MDN-COGFM-PROASFI-DIGSA-FU.85.1-8 V1	
	Proceso: Afiliaciones	

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

ANTES DE DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMATO, LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN AL FINAL DEL DOCUMENTO

Yo, Anyerson Ariza Velasco Identificado con CC ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ PA ☐
1032356510 expedida en Bogotá de estado civil Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐
 en Unión Marital de Hecho vigente SI ☐ NO ☐ con hijos(as) SI ☐ NO ☒ Grado CT pertenezco al Subsistema Salud FFMM
 a través de Fuerza EJC ☒ ARC ☐ FAC ☐ HMC ☐ Unidad Comando operativo Apolo

MANIFIESTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES Y BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

La(s) personas relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica como parte de mi núcleo familiar, no goza(n) de salario, renta o pensión de invalidez, vejez o muerte de otra entidad pública o privada, ni está(n) afiliado(a)(s) a ninguna entidad promotora de salud del régimen contributivo y/o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni a otro régimen especial o exceptuado:

1. HIJOS E HIJASTROS DEL AFILIADO, MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 25 E HIJASTROS MENORES DE 18 AÑOS

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Edad	Parentesco	Soporte Estudios
	Tipo	Número			
1.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐
2.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐
3.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐
4.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐
5.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐
6.					SI ☐ NO ☐ No Aplica ☐

Nota: Para Hijos(as) e hijastros mayores de 18 años y menores de 25 años sin discapacidad deberá adjuntar el soporte de estudios actualizado.

2. CÓNYUGE

Nombres y Apellidos	
Tipo Documento CC ☐ CE ☐ OT ☐ Número:	
Fecha Matrimonio:	

3. COMPAÑERA(O) PERMANENTE

Nombres y Apellidos	
Tipo Documento CC ☐ CE ☐ OT ☐ Número:	
Tiempo de Convivencia	_____ años

4. PADRES DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identificación		Edad	Parentesco	Marque Motivo de Declaración
	Tipo	Número			
<u>Hernan Gustavo Ariza Lengua</u>	<u>CC</u>	<u>5792205</u>	<u>76</u>	<u>Padre</u>	Afiliación ☐ Renovación ☒
<u>Clelia Isabel Velasco</u>	<u>CC</u>	<u>35487749</u>	<u>61</u>	<u>Madre</u>	Afiliación ☐ Renovación ☒

Declaro bajo GRAVEDAD DE JURAMENTO que toda la información aquí consignada y/o suministrada es VERDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

Anyerson Ariza V.
Nombres y Apellidos del Declarante

1032356510
Firma y No. C. del Declarante

Miranda Cauca 16/julio/2020
Ciudad y Fecha

Instrucciones Generales de Diligenciamiento

La información que registre en este formulario es muy importante para el SSFM, por favor, para su diligenciamiento utilice únicamente tinta negra, escriba en letra imprenta, sin tachones, ni enmendaduras y siga las instrucciones generales:

Toda declaración juramentada respecto del proceso de afiliaciones debe ser rendida por el titular cotizante o afiliado cotizante quien diligencia sus datos al principio de este documento.

1. Hijos e Hijastros del Trabajador Mayores de 18 años y Menores de 25 años e Hijastros Menores de 18 Años

En las casillas correspondientes diligencie Apellidos y Nombres, Tipo y Número de Documento, Parentesco de(l)(la) beneficiario(a) cuyo parentesco sea hijo(a) o hijastro(a) mayor de 18 años y menor de 25 años, así como de(l)(la) hijastro(a) menor de 18 años en caso de actualización y/o renovación de carné.

En SOPORTE DE ESTUDIOS, marque con una equis (X) si anexa el documento en caso de beneficiarios mayores de 18 años o No Aplica en caso de hijastros menores de 18 años

2. Cónyuge

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento) de la misma forma indique la fecha exacta de celebración del matrimonio (civil, religioso), esto a efectos de verificación ante la RNEC.

3. Compañero(a) permanente

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento) de la misma forma indique el tiempo de convivencia en años y/o meses si es del caso.

4. Padres del trabajador

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, edad y parentesco) de la misma forma indique si es para afiliación por primera vez o renovación.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 794026

Que el (la) señor(a) CT. ANYERSON ARIZA VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 1032356510 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
HERNAN GUSTAVO ARIZA LUENGAS	CC	5792205	PADRE	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 12 de abril de 2021.

Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALISIS



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 794039

Que el(la) señor(a) CT ANYERSON ARIZA VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 1032356510 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de Abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
HERNAN GUSTAVO ARIZA LUENGAS	5792205	PADRE	Beneficiario	Activo

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1795 del 14 de septiembre de 2000, 'ARTICULO 28.- RECONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE AFILIACIÓN.- A los afiliados y beneficiarios que se retiren del SSMP, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconocerá los tiempos de afiliación al SSMP, para efectos de periodos mínimos de carencia ó de cotización.

Fecha de ingreso (AAAA-MM-DD): 2009-10-06

Fecha final (AAAA-MM-DD):

CON 557 SEMANAS DE AFILIACION.

ESTA CERTIFICACION NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE EL FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 12 de abril de 2021 .

Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS



REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



No CC 35487744

EJC

CT

VELASCO CLELIA ISABEL

AFILIADO:

ARIZA VELASCO ANYERSON
CC 1032356510

USUARIO:

Madre

DISCAPACIDAD:

Ninguna

AFILIACION:

06/10/2009

VENCE:

PERM. GRADO

Identificación Plástica S.A. 140466/0614

A12872950

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios de salud de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1997, Decreto 1795 de 2000 y normas concordantes.

Presentar este carné con el documento de identificación y verificar que el afiliado está **ACTIVO** en la Base de Datos del SSFM.

En caso de pérdida, por favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.

Si éste carné es encontrado, por favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301, 1310 a 1314 y 1460** en Bogotá DC.

Correo electrónico: **afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co**

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 794041

Que el(la) señor(a) CT ANYERSON ARIZA VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 1032356510 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de Abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
CLELIA ISABEL VELASCO	35487744	MADRE	Beneficiario	Activo

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1795 del 14 de septiembre de 2000, 'ARTICULO 28.- RECONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE AFILIACIÓN.- A los afiliados y beneficiarios que se retiren del SSMP, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconocerá los tiempos de afiliación al SSMP, para efectos de periodos mínimos de carencia ó de cotización.

Fecha de ingreso (AAAA-MM-DD): 2009-10-06

Fecha final (AAAA-MM-DD):

CON 557 SEMANAS DE AFILIACION.

ESTA CERTIFICACION NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE EL FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 12 de abril de 2021 .

Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTAL SIS



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 794016

Que el (la) señor(a) CT. ANYERSON ARIZA VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 1032356510 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
CLELIA ISABEL VELASCO	CC	35487744	MADRE	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 12 de abril de 2021.

Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALISIS

