



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

Fecha: _____

Yo _____ Identificado con documento de identidad
_____ No. admitido al Programa de Medicina en el periodo académico
_____, mediante el presente documento certifico que he sido notificado del requerimiento de
estar afiliado en calidad de cotizante o beneficiario a una E.P.S. (entidad prestadora de salud),
mientras me encuentre como estudiante de la Universidad El Bosque.

Conozco que es de mi entera obligación o del cotizante que me tenga a su cargo, realizar los
aportes al Sistema General de Seguridad en Salud, de manera oportuna e interrumpida, en
cumplimiento al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

Documento No. _____

Por una Cultura de la Vida, su Calidad y su Sentido

Transversal 9A Bis No. 132 - 55 PBX (571)648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia