



## DECLARACIÓN JURADA

Por el presente documento que valdrá como requisito para afiliarme al Programa Médico Estudiantil (PROMES), Yo.....

.....con C.I. N°.....extendido en....., RU.....,

Facultad de.....Carrera....., señalo domicilio en calle y/o avenida.....No....., Telf.:.....

Cel: ..... de la ciudad de....., hábil por derecho, en calidad de estudiante de la Universidad Mayor de San Andrés,

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Que, mi persona no se encuentra afiliada y/o asegurada en ninguna Caja de Seguro de Salud.
- Que, mi persona no está afiliado (a) en el Seguro Universal de Salud (SUS).
- Que, mi persona cursa actualmente una Carrera Universitaria en la Universidad Mayor de San Andrés.
- Que, mi persona **no** es titulado (a), en ninguna casa superior de estudios, tanto publica estatal, ni privada.

*El presente documento es firmado de forma voluntaria, sin la mediación de ningún tipo de presión hacia mi persona.*

- ✓ Mediante la firma de esta declaración, se confirma la veracidad y exactitud de las declaraciones que se han formulado, manifestando que nada se ha ocultado u omitido.
- ✓ Asimismo, manifiesto que la persona que maliciosamente haga uso de las prestaciones en Salud del Programa Médico Estudiantil (PROMES), en transgresión a lo precedentemente aceptado, será susceptible de proceso universitario; Asimismo deberá pagar o cubrir el costo correspondiente del servicio médico prestado más costas y multas, daños y/o perjuicios ocasionados. Además, será susceptible a un proceso penal en caso de una posible incursión en el delito de falsedad material, falsedad ideológica y uso de instrumento falsificado de alguno de los documentos requeridos será pasible a las sanciones emanadas en el código penal y procedimiento penal.
- ✓ Por lo que en uso de mis facultades firmo la presente declaración jurada a los ..... días del mes de.....de 2019.

Adjunto Croquis de mi domicilio para conformidad

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERESADO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE FIRMA  
CI:..... EXP:.....