



## AFILIACIÓN PLAN COMPLEMENTARIO EPS

FECHA		
DD	MM	AA

DATOS DEL ASOCIADO			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
NÚMERO DE DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CELULAR	

En mi calidad de Asociado(a) a FEIS, Fondo de Empleados de Fortox, por medio del presente documento, autorizo de manera voluntaria a **Fortox S.A.**  **Fortox Security Tecnología Limitada**  **Feis**  para que, a partir de la fecha de firma, me sean realizados los descuentos de nómina correspondientes al Plan complementario adquirido.

MI EPS ES:

CANTIDAD DE PERSONAS QUE VAS A AFILIAR AL PLAN COMPLEMENTARIO:

EL PLAN COMPLEMENTARIO ES:

Solo para mi

Para mis beneficiarios

Para mi y mis beneficiarios

VALOR A PAGAR:

### INFORMACIÓN BENEFICIARIOS DEL PLAN COMPLEMENTARIO

NOMBRE Y APELLIDO	N° DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	PARENTESCO

Por constancia de aceptación, firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica\* o firma manuscrita en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado  
C.C.:

\*Para procesos virtuales se incrementa el valor de la firma electrónica.

VERSIÓN: 1

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 28/11/2023

CÓDIGO: F-GA-04

\_\_\_\_\_  
Huella

(Aplica para firma manuscrita)