

FORMATO DE INFORMACIÓN EPS
Código: FOR-MIS-GRP-016

Versión: 003
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Yo

Identificado(a) con documento C.C. C.E. Número: de

Autorizo al Fondo de Prestaciones Económicas, Cesantías y Pensiones - FONCEP la revisión de la base de datos del FOSYGA, para que proceda a realizar los descuentos en salud ordenados por Ley y los envíe a la EPS a la cual esté afiliado en dicha base, en caso que no exista el dato correspondiente, enviar mi aporte de salud a la entidad:

También declaro que pertenezco a un régimen exceptuado SI NO Cuál?

Colombiano radicado en el exterior SI No

Atentamente

FIRMA SOLICITANTE
IDENTIFICACIÓN