

## AUTORIZACIÓN DESCUENTO

Yo, \_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, autorizo a la Corporación de Desarrollo Social de Providencia, a descontar de mi remuneración, el monto de \_\_\_\_\_ Unidades de Fomento mensuales, por concepto de Pago de seguro complementario de salud por la incorporación de \_\_\_\_\_ cargas familiares a dicho seguro.

El descuento se realizará desde el mes de noviembre de 2022 y hasta el termino de la vigencia del actual Seguro vigente con SURA..

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Providencia, octubre de 2022