

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
PAGO MEDICINA PREPAGADA**



Ciudad y fecha: _____

Señores

PAGADURIA EMPRESA

Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, en forma voluntaria, libre y espontánea, AUTORIZO a la **PAGADURIA DE LA EMPRESA** de la que depende mi vínculo laboral, para que mensualmente descuenta de mi salario y valores a mi favor, hasta que permanezca mi vínculo con el servicio de MEDICINA PREPAGADA con _____, o con **FEROLDAN** o hasta nueva orden, la suma de

(\$ _____) y a la vez se traslade este valor a FEROLDAN.

Autorizo realizar estos pagos incluyendo los incrementos anuales que se efectúen, al plan de Medicina Prepagada al que me encuentre vinculado(a).

Me comprometo a verificar que se realice el descuento por la patronal y se traslade a FEROLDAN; en caso de no haberse realizado el descuento lo cancelaré oportuna y directamente en FEROLDAN. Exonero a FEROLDAN de cualquier responsabilidad y la única que tiene es realizar el pago a la empresa de MEDICINA PREPAGADA con quien me encuentro vinculado(a).

Para constancia de estas autorizaciones se rubrica el presente documento.

Atentamente,

Firma _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ De _____

Tel. fijo _____ Cel. _____

Dirección Residencial _____