Medellín, {{ fecha\_dia }} del mes número {{ fecha\_mes }} de {{ fecha\_año }}

Señores

**IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS SA.S.**

Medellín

Asunto: Autorización descuento exámenes médicos.

Respetados señores:

Yo, {{ nombre\_completo }}

Identificado como aparezco al pie de mi firma, autorizo a la **IPS TERAPIAS INTEGRALES** **DOMICILIARIAS** para deducir del pago, el valor de $75.000 en una cuota, correspondiente al costo de los Exámenes médicos.

Cordialmente,

{{ firma }}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. {{ cedula\_ciudadania }}