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

Señores

IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización descuento A.R.L

Respetados señores:

Yo, {{ nombre\_completo }} identificado como aparezco al pie de mi firma. Autorizo a la IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS S.A.S Para retirar del pago, el valor que reporta la empresa mensualmente del pago de mis honorarios de servicios correspondientes a mi afiliación, la cuota de administración y el aporte a la A.R.L.

Cordialmente,

{{ firma }}

Nombre: {{ nombre\_completo }}  
CC: {{ cedula\_ciudadania }}