Medellín, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

Señores

IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización descuento A.R.L

Respetados señores:

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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,

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_