



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN
CIRUGÍA Y MATERNIDAD (H.C.M.)

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, _____, portador (a) de la C.I.
Nº _____, autorizo me sea descontado de la nómina de pago la cantidad de
Bs. _____, mensualmente por el periodo de _____.

Cédula de Identidad: _____

Firma: _____



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN
CIRUGÍA Y MATERNIDAD (H.C.M.)

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, _____, portador (a) de la C.I.
Nº _____, autorizo me sea descontado de la nómina de pago la cantidad de
Bs. _____, mensualmente por el periodo de _____.

Cédula de Identidad: _____

Firma: _____