



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Quien suscribe, _____ portador (a) de la Cédula de Identidad N° _____ autorizo por medio de la presente a la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales "Ezequiel Zamora", donde presto servicios como: _____ para que me descuente de mi sueldo la cantidad mensual de (Bs. _____) hasta completar el monto de Bs. _____ repartido en () cuotas a partir del mes de _____ del año: _____ por concepto del **(15%) del monto total por el Servicio Odontológico**, el cual me corresponde cancelar según lo establecido en la V Convención Colectiva.

Se expide en Barinas a los días _____ del mes _____ del Año _____

FIRMA DEL EMPLEADO: _____

CI.Nº _____

Dr. (a) Tratante: _____

Monto total del Presupuesto Bs: _____ $\times 15\% =$ Bs. _____ \div ()

Cuotas mensuales de Bs. _____

Paciente: _____ C.I. _____

Parentesco: _____

Observación: _____

**ÁREA DE ODONTOLOGÍA
SIPROMA**