

	NOMBRE		CÓDIGO
	<b>AUTORIZACIÓN PARA DESCONTAR EXTRA PRIMA DE SEGURO</b>		<b>13-FT-079</b>
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 001
	<b>FORMATO</b>	<b>APOYO</b>	

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actualmente vinculado(a) a **SOCIMÉDICOS S.A.S.**, a través de contrato individual de trabajo, en el cargo de \_\_\_\_\_, devengando un salario mensual de \$ \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades intelectuales, libre de todo apremio y con el criterio suficiente para juzgar los riesgos y consecuencias de mi decisión; manifiesto que se me ha informado de manera clara y suficiente acerca de la póliza de seguro de vida integral de Positiva Compañía de Seguros y una vez declarada mi voluntad para ser beneficiario de la misma, entiendo que se encuentra a mi cargo asumir el valor de la extra prima establecida por Positiva Compañía de Seguros.

Por lo tanto, autorizo a **SOCIMÉDICOS S.A.S.** a descontar de mi salario la suma mensual de \$ \_\_\_\_\_, por concepto del valor de la extra prima de la póliza de seguro de vida integral de Positiva Compañía de Seguros.

En igual sentido manifiesto que, el descuento que autorizo realizar en el presente documento no afecta el salario mínimo legal, ni mis derechos fundamentales al mínimo vital y a una vida digna, ni los de mi núcleo familiar.

La presente autorización tendrá efectos hasta tanto no revoque mi voluntad de ser beneficiario de la póliza de seguro de vida integral de Positiva Compañía de Seguros, o no se modifique el valor de la extra prima de la misma.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

\_\_\_\_\_

**Trabajador (a)**

C.C. No: