


NOMBRE ASOCIADO		CUPO	
PROVEEDOR		VALOR	
1		\$	
2		\$	
3		\$	
4		\$	
5		\$	
6		\$	
7		\$	
8		\$	
TOTAL		\$	N° CUOTAS _____
Yo _____, mayor de edad, identificado con cedula N° _____ de _____, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. para que de mis honorarios, me sea descontada de forma directa la suma total de los productos obtenidos en la feria del mes de _____ de 20__ y sea cancelado a favor del Fondo de Empleados de la Subred Sur "Fondessur"			APROBADO
			FIRMA ASOCIADO