**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

**DOCENTE HORA CÁTEDRA**

**FECHA DE ELABORACIÓN**

**(dd-mm-aa)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del presente escrito, en vista de que tengo un vínculo contractual de prestación de servicios profesionales de docencia por **HORA CÁTEDRA**, autorizo a la **Fundación Universitaria San Mateo** para que de mis acreencias por dicho concepto descuente la suma de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**M/CTE ($\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),** por concepto de pago de curso de formación docente denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el cual tendrá lugar del [dia] \_\_\_\_\_\_ de [mes] \_\_\_\_\_\_ de [Año] \_\_\_\_\_\_ al [dia] \_\_\_\_\_ de [mes] \_\_\_\_\_ de [Año] \_\_\_\_\_\_.

En constancia firma:

NOMBRE y FIRMA

**(Colocar nombres completos como figura en su documento de identidad y firmar)**

Unidad o Programa al que se encuentra adscrito:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_