



**Gerencia de Prestaciones Económicas
Gestión de Prestaciones**

CONFORMIDAD DEL SUBSIDIO TRANSITORIO POR INCAPACIDAD PARCIAL

....., de.....de 2024.

Nombre completo.....

C.I.....

Domicilio

Teléfono..... Celular.....

Correo electrónico

Por medio de la presente manifiesto conformidad para acceder al Subsidio transitorio por incapacidad parcial informado previamente.

.....

Firma

.....

Aclaración