

SINDICATO NACIONAL DEL SECTOR FIDUCIARIO SINTRAFID

SINDICATO DE INDUSTRIA – PRIMER GRADO

DOMICILIO PRINCIPAL: BOGOTÁ D.C.

FORMATO DE AFILIACIÓN

Ciudad y fecha: _____

Señores:

SINDICATO NACIONAL DEL SECTOR FIDUCIARIO – SINTRAFID

Bogotá D.C.

Apreciados Señores:

Me permito solicitar mi admisión a la organización sindical SINTRAFID, comprometiéndome a cumplir los estatutos, reglamentos y principios que rigen la organización sindical.

Así mismo, autorizo el descuento de la cuota sindical correspondiente, de conformidad con la normatividad laboral vigente y las disposiciones estatutarias de la organización sindical. En caso de no ser posible efectuar el descuento por nómina, me comprometo a realizar oportunamente el aporte sindical correspondiente.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Nombres: _____

Documento de identidad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Cargo que desempeña: _____

Área / Dependencia: _____

Empresa de Servicios Temporales: _____

Entidad usuaria: Fiduprevisora S.A.

Tipo de vinculación:

☐ Trabajador en misión

☐ Contrato laboral

☐ Otro: _____

Fecha de ingreso: _____

Correo electrónico personal: _____

Correo institucional: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____

Firma del afiliado: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y CONSULTA DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER SINDICAL

De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, la Ley 1266 de 2008 y demás normas concordantes, de manera previa, expresa, informada y voluntaria, autorizo al SINDICATO NACIONAL DEL SECTOR FIDUCIARIO – SINTRAFID para recolectar, almacenar, consultar, actualizar y tratar la información suministrada en el presente formato, exclusivamente para fines relacionados con el desarrollo de la actividad sindical, representación de afiliados, procesos administrativos internos, integración de órganos directivos, gestión de aportes sindicales, actuaciones ante autoridades administrativas y judiciales, y demás actividades propias de la organización sindical.

Así mismo, autorizo a SINTRAFID para solicitar ante las entidades correspondientes información relacionada con mi vinculación laboral, aportes sindicales y demás datos necesarios para el ejercicio de la representación sindical y la defensa de mis derechos laborales y colectivos.

Autorizo: SI ☐ NO ☐

Firma: _____

ESPACIO RESERVADO PARA SINTRAFID

Fecha de aprobación de afiliación: _____

Fecha de registro interno: _____

Observaciones: _____

“POR LA DEFENSA DE LOS DERECHOS LABORALES, LA ESTABILIDAD Y LA DIGNIDAD DE LOS
TRABAJADORES DEL SECTOR FIDUCIARIO”

Correo electrónico: sintrafid@outlook.com