

FORMATO DE AFILIACIÓN

Datos personales y laborales

Nombre (s) y apellidos (s):	
Número de identificación:	
Fecha de nacimiento:	
Profesión u oficio:	
Teléfono(s):	
Correo electrónico:	
Dirección de Correspondencia	
Departamento y municipio de residencia:	
Área de la Institución	
Empleo (denominación, código y grado):	
Fecha de Afiliación al Sindicato	

Autorización de descuento de cuota sindical ante el nominador

Yo, _____ identificado (a) con
cédula de ciudadanía número: _____ expedida
en: _____, funcionario de carrera del Hospital Universitario del Valle
“Evaristo García” E.S.E. y titular del empleo (denominación, código y
grado): _____, autorizo al Hospital
Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., para que a partir de la fecha se sirva descontar el 1,0% de mi
asignación básica mensual, destinada exclusivamente como aporte sindical, en favor del Sindicato de
Empleados Públicos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” SINEPUB HUV, identificada con NIT
909.434.349-6, durante el tiempo que permanezca como afiliado(a) a la organización.

Firma afiliado(a)

Huella índice derecho



El Sindicato de Empleados Públicos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” SINEPUB HUV, registro No 1525 del 30 de Octubre de 2020, conforme a su autonomía sindical, se reserva el derecho de admisión y permanencia en la organización, considerando la verificación del cumplimiento de todos los requisitos del afiliado, establecidos en sus Estatutos. Los datos personales que se suministran en el presente formato y en los documentos anexos al mismo, serán tratados mediante el buen uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas y su confidencialidad será garantizada, de conformidad con lo definido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas que las modifiquen o sustituyan.

Anexar copia legible del documento de identidad

F.A. SINEPUB HUV

1 2020