



**ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES Y
SERVIDORES PUBLICOS DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD
SOCIAL DE NORTE DE SANTANDER**
“ASINTRASERSALUDNORTE”

San José de Cúcuta, _____ de 20 ____

Señores

JUNTA DIRECTIVA ASINTRASERSALUDNORTE

E. S. D.

Atentamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitarles mi admisión como Afiliado (a) a esa Organización Sindical.

De antemano me comprometo al cumplimiento de las normas estatutarias, mandatos de la Asamblea Seccional y/o Municipal y de sus estamentos directivos. Para tal fin mis datos personales:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPRESA DONDE LABORA: _____

CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA _____

CORREO ELECTRONICO _____

TELEFONO: _____

De ustedes,

C.C.



**ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES Y
SERVIDORES PUBLICOS DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD
SOCIAL DE NORTE DE SANTANDER
“ASINTRASERSALUDNORTE”**

Señor
Pagador
E.S.E _____

En consecuencia, con mi solicitud y aprobación de afiliación a la Organización sindical **ASINTRASERSALUDNORTE**, en concordancia con lo establecido en los estatutos vigentes del sindicato, autorizo se me descuenta mensualmente el 1% de mi salario Básico como cuota ordinaria a favor de la Tesorería de **ASINTRASERSALUDNORTE**, así mismo las cuotas extraordinarias establecidas en los estatutos, acuerdos Laborales, Convención Colectiva de Trabajo, y/o las ordenadas por la Asamblea, mientras subsista mi afiliación.

Sin otro particular me suscribo.

De usted,

Nombre: _____

Firma: _____

CC: _____



**ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES Y
SERVIDORES PUBLICOS DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD
SOCIAL DE NORTE DE SANTANDER
“ASINTRASERSALUDNORTE”**
