



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES
DEL GRUPO BANCOLOMBIA
SINTRABANCOL

Resolución No.0002 del 8.1.59 Diario Oficial 29857



TARJETA DE AFILIACIÓN

AFILIACIÓN INICIAL ACTUALIZACIÓN

FECHA DE AFILIACIÓN DÍA MES AÑO

FECHA DE INGRESO AL BANCO DÍA MES AÑO

_____ NOMBRES Y APELLIDOS

_____ SEXO: F M

_____ C.C.No.

_____ CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL _____ CELULAR

_____ SUCURSAL Ó DEPENDENCIA _____ TELÉFONO _____ CIUDAD

_____ FIRMA DEL AFILIADO

Carrera 18 No. 32 A-53 Tlefax: 245 6880 - 239 9118
Correo Electrónico: info@sintrabancol.org



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO SINDICAL

Señores
GRUPO BANCOLOMBIA:
Autorizo al Grupo Bancolombia S.A., para que me descuente de mi sueldo mensual, el equivalente al 1% (uno por ciento) correspondiente a la cuota sindical ordinaria, como afiliado a Sintrabancol.

_____ NOMBRES Y APELLIDOS

_____ C.C.No. DÍA MES AÑO

_____ FIRMA DEL AFILIADO