



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

C.C.No. SEXO: F [] M []

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