

	Sindicato de Trabajadoras y trabajadores de Ministerio de Igualdad y Equidad SINTRAIGUALDAD	Pag	1
	FORMATO DE AFILIACIÓN	Vigencia	2025

CIUDAD	FECHA

NOMBRE(S)	APELLIDOS
CÉDULA DE CIUDADANÍA	FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO(S) DE CONTACTO	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO	CÓDIGO	GRADO
DEPENDENCIA	SEDE	FECHA DE VINCULACIÓN

Señores Junta Directiva:

De manera libre, consiente y voluntaria, me permito solicitar ingreso como afiliado (a) a esta Organización Sindical. Así mismo, en mi condición de Empleado(a) Público(a) y con base en el derecho fundamental de libre asociación sindical establecido en los Artículos 38 y 39 de la Constitución Nacional, expreso de manera libre, voluntaria y espontánea **MI DESEO DE AFILIARME** comprometiéndome a cumplir todas las Normas y Estatutos que la rigen. De igual manera, autorizo a el Ministerio de Igualdad y Equidad para efectuar los descuentos mensuales correspondientes a la cuota ordinaria, la cual será equivalente al 1% del salario devengado básico mensual decretado por el Gobierno Nacional.

FIRMA SOLICITANTE: _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

**Sindicato de Trabajadoras y trabajadores de Ministerio de Igualdad y Equidad
SINTRAIGUALDAD
sintraigualdad@gmail.com**