

SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SECTOR FINANCIERO, ASEGURADOR Y DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN COLOMBIA - SINTRAPOSITIVA

FORMATO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN FOR-AFILIARV2	FECHA DE SOLICITUD / /	
--	-------------------------------	---

Seguro de la importancia que tiene la unión y organización de los trabajadores para la defensa efectiva de nuestros derechos laborales, y considerando que SINTRAPOSITIVA es el medio más apropiado para lograrlo, solicito ser admitido como miembro activo de esta organización sindical. En caso de ser aceptada esta solicitud, me comprometo a respetar y cumplir fielmente sus Estatutos, Reglamentos y demás normativas que rigen la vida sindical.

En virtud de lo anterior, al aprobar mi ingreso, otorgo la autorización al pagador correspondiente para que descuenta de mi salario el porcentaje mensual y cuotas establecidas como aportes al sindicato a partir de la fecha. De igual manera, en caso de que se presente mi retiro de la empresa, autorizo al sindicato a gestionar mi respectivo paz y salvo, de acuerdo con los Estatutos de SINTRAPOSITIVA y cualquier Convención Colectiva de Trabajo vigente.

INFORMACIÓN PERSONAL				
Nombres:		Apellidos		
Identificación:	Fecha nacimiento:	Lugar nacimiento:	Sexo:	Estado civil:
Estudios terminados:	Primaria__ Secundaria__ Técn __ Universitario__ Postgrado__ Título(s) obtenido(s):			
Dirección residencia:			Ciudad residencia:	
Celular:		E-mail personal:		
Contacto en caso de emergencia:			Teléfono:	
INFORMACIÓN LABORAL				
Empresa donde labora:		Fecha de ingreso:	Ciudad:	Tipo contrato:
Sucursal/ Dependencia:	Cargo:	Salario Básico:	E-mail corporativo:	
ACLARACIONES				
1. Declaro mi pleno conocimiento acerca de mi responsabilidad de proporcionar la información incluida en el formulario de recolección y actualización de datos, así como de firmar la autorización para el manejo de dicha información.				
2. Manifiesto que es una elección personal y voluntaria unirme a SINTRAPOSITIVA y comprometerme a cumplir con su Estatuto.				
3. Toda la información proporcionada en este formulario es precisa y autorizo a SINTRAPOSITIVA para llevar a cabo las verificaciones correspondientes.				



info@sintrapositiva.org



300 60 90000



[sintrapositiva](https://www.instagram.com/sintrapositiva)

FIRMA TRABAJADOR AFILIADO		
FIRMA		IDENTIFICACIÓN
ESPACIO GESTIONADO POR SINTRAPOSITIVA		
FECHA RECEPCIÓN:	NOMBRE QUIEN RECIBE:	CARGO SINDICAL:

HABEAS DATA

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, la política interna de manejo de información de SINTRAPOSITIVA y demás normativas relacionadas con hábeas data, manifiesto lo siguiente:

- Autorizo de manera libre, voluntaria y explícita a SINTRAPOSITIVA para realizar la recolección, almacenamiento, uso y circulación de los datos personales proporcionados en virtud de la solicitud de afiliación.
- Reconozco que dichos datos serán utilizados exclusivamente para los fines relacionados con la afiliación.
- Declaro estar informado de mis derechos, incluyendo el de conocer, actualizar y rectificar mis datos ante el responsable del tratamiento, así como el derecho a solicitar prueba de autorización y recibir información sobre el uso dado a mis datos.
- Confirmo mi conocimiento de la Política para el Manejo y Control de la Información y Datos Personales de SINTRAPOSITIVA.

