



Sindicato Nacional de Empleados del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Personería Jurídica 2840 de Julio de 1992

FORMULARIO DE AFILIACION

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ **De** _____

REGIONAL _____ **SECCIONAL** _____

SUELDO MENSUAL _____

TELEFONO CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO _____

CIUDAD Y FECHA DE SOLICITUD _____

FIRMA _____

*Autorizo al señor pagador del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES,
para que descuente de mi sueldo básico mensual, el 1% con destino a esta Organización,
hasta que la misma autorice la suspensión de este descuento.*

APROBADA REUNION: **DIA** _____ **MES** _____ **AÑO** _____

PRESIDENTE

SECRETARIO



Bogotá D.C. Calle 7A #12 A-51 Piso 5
Teléfonos 406-99-77 - 406-99-44 - Ext. 1702
Telefax 4 83-86-52 Celular 316-691-38-10
Sindemedilegalbogota@gmail.com
www.sindemedilegal.org