



FORMULARIO DE AFILIACION

Fecha _____

Señores
JUNTA DIRECTIVA

Sírvase darle el trámite estatutario a la presente solicitud de afiliación a SINDODIC

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

C.C. No. _____ DE _____

DIRECCION RESIDENCIA _____

TELEFONO CASA _____ CELULAR _____

EMAIL _____ FAX _____

PERTENECE DECRETO 2277 _____ DECRETO 1278 _____

INSTITUCION EDUCATIVA _____

CARGO _____ JORNADA _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ FAX _____

EMAIL _____ LOCALIDAD _____

FIRMA _____

C.C. No.



Señores
NOMINAS Y LIQUIDACIONES
Secretaria de Educación

REF. AUTORIZACION DESCUENTO DE SALARIO

Cordial saludo.

Yo _____
identificad@ con la C.C. No. _____ de _____
en mi condición de Docente Directivo, perteneciendo al servicio del Estado, por
medio de la presente expreso mi autorización para que a partir del mes
_____ de _____, se descuente de mi salario
mensual, el equivalente al 3% del Salario Mínimo Legal Vigente, con destino al
fondo de SINDODIC

Cordialmente,

C.C. No. _____ de _____

Fecha _____