



Sindicato de Industria de los Trabajadores Profesionales de las Empresas de Servicios Públicos Domiciliarios,
Complementarios y Conexos
Resoluciones Ministerio de Trabajo N° 2836/20 Nov. De 2002, 993/30 de Jun. 2006 y 713/18 Abril de 2008

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A SINPRO Afiliado (a) en Propiedad

Solicito admisión como afiliado(a) a SINPRO y me comprometo a cumplir con los Estatutos del Sindicato.
Autorizo, conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, la utilización de estos datos para los fines de comunicación y campañas de promoción y fidelización por parte de SINPRO para afiliados (as).

NOMBRES Y APELLIDOS										SEXO				
										M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	
REGISTRO	CÉDULA	EMPRESA				FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA			FECHA DE NACIMIENTO					
						Año	Mes	Día	Día	Mes	Año			
CARGO					E-MAIL EMPRESA									
SEDE				CIUDAD			DEPENDENCIA							
PISO-OFICINA	TELÉFONO OFICINA	TELÉFONO CELULAR			GERENCIA-VICEPRESIDENCIA-DIRECCIÓN									
ESTUDIOS REALIZADOS														
NIVEL	ÚLTIMO GRADO O SEMESTRE CURSADO Marcar (x)										TÍTULO OBTENIDO			
EDUCACIÓN BÁSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TÉCNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TECNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PREGRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ESPECIALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MAESTRÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
								Año	Mes	Día				
FIRMA DEL SOLICITANTE								NÚMERO DE CÉDULA		FECHA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN				

RECIBIDO POR: _____

FECHA DE RECEPCIÓN _____