



Organización Sindical Unión de Profesores de  
Tiempo Completo Universidad de Pamplona  
UNDEPTCUP  
NIT 900794095-0

Autorización de descuento por nomina para afiliación

Yo.

\_\_\_\_\_

Nombres

\_\_\_\_\_

1er Apellido

\_\_\_\_\_

2do Apellido

C.C: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Universidad de Pamplona, para que se me descuenta de la nómina en que figuro, el cinco por ciento (5%) de un salario mínimo mensual legal vigente por concepto de afiliación, por una única vez y el cero punto veinticinco por ciento (0,25%) del valor del salario que devengo, mensualmente a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, con destino al Fondo de Sostenimiento de la Asociación. Este descuento lo autorizo mientras sea miembro de dicha Asociación.

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de solicitud

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante

C.C.



Organización Sindical Unión de Profesores de  
Tiempo Completo Universidad de Pamplona  
**UNDEPTCUP**  
NIT 900794095-0

**Solicitud de Afiliación**

Por medio de la presente solicito a la Junta Directiva de UNDEPTCUP, acepte mi ingreso como afiliado(a) de la Asociación: Unión de Profesores de Tiempo Completo Universidad de Pamplona – UNDEPTCUP

\_\_\_\_\_  
Nombres

\_\_\_\_\_  
1er Apellido

\_\_\_\_\_  
2do Apellido

\_\_\_\_\_  
C.C:

De: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Manifiesto que acepto los Estatutos que la rigen y me comprometo a participar en actividades que se programen.

**Datos Personales**

\_\_\_\_\_  
Año de Ingreso a Unipamplona

\_\_\_\_\_  
Facultad

\_\_\_\_\_  
Departamento

\_\_\_\_\_  
Afiliación en Salud

\_\_\_\_\_  
Afiliación en Pensión

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Celular

\_\_\_\_\_  
Correo(s) Electrónico

**Cargos diferentes a la docencia desempeñados en la Universidad de Pamplona**

Cargo	Año de inicio	Año de Fin

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
C.C

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de solicitud