

Fecha:

Número de afiliación:

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos:

Tipo de Documento:

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ Otro:

Número de Documento:

Fecha de Nacimiento:

Ciudad de Nacimiento:

Dirección de Residencia:

Ciudad / Municipio:

Teléfono / Celular:

Correo Electrónico:

2. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa:

COOSALUD EPS S.A.

Cargo:

Área o Dependencia:

Sede o Lugar de Trabajo:

Fecha de Ingreso:

Tipo de Contrato:

☐ Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor

Jornada Laboral:

Salario Mensual (Opcional):

\$

3. SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Yo, , identificado(a) con documento No. , manifiesto de manera libre, expresa y voluntaria mi decisión de solicitar mi afiliación a **SINTRACOOSALUD**, en mi calidad de trabajador(a) de **COOSALUD EPS**.

Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos y disposiciones legítimamente adoptadas por SINTRACOOSALUD, y me comprometo a cumplir los derechos, deberes y obligaciones que correspondan a los afiliados. La información suministrada es verdadera.

4. AUTORIZACIÓN PARA EL DESCUENTO DE LA CUOTA SINDICAL

Autorizo expresamente a COOSALUD EPS para que efectúe mensualmente, por nómina, el descuento correspondiente a la cuota sindical de SINTRACOOSALUD, equivalente al uno por ciento (1%) de mi salario mensual, y realice su transferencia al sindicato en los términos legalmente establecidos.

CUOTA SINDICAL: 1% DEL SALARIO MENSUAL | PERIODICIDAD: MENSUAL

Firma del afiliado

5. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SINTRACOOSALUD para recolectar, almacenar, actualizar, organizar y utilizar mis datos personales para gestionar mi afiliación, mantener el registro de afiliados, comunicar información sindical, administrar cuotas y obligaciones sindicales, gestionar reuniones y actividades sindicales, y cumplir las obligaciones legales y estatutarias.

Declaro que he sido informado(a) sobre el tratamiento de mis datos personales y sobre los derechos que como titular de la información me corresponden conforme a la legislación colombiana.

Firma

6. AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIONES SINDICALES

Autorizo a SINTRACOOSALUD para utilizar los datos de contacto suministrados para comunicar información relacionada con la actividad sindical.

Medio Preferido:

☐ WhatsApp ☐ Llamada ☐ Correo electrónico ☐ Escrito ☐ Otro:

Número WhatsApp:

Correo:

☐ Autorizo ☐ No autorizo

7. CONTACTO DE EMERGENCIA (OPCIONAL)

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

8. DECLARACIÓN FINAL DEL AFILIADO

Declaro que mi decisión de pertenecer a SINTRACOOSALUD ha sido tomada de manera libre y voluntaria, sin presión, coacción o condicionamiento alguno, y que conozco que mi afiliación implica derechos y deberes establecidos en los estatutos y en la legislación colombiana.

Firma del afiliado

C.C. No.

Huella

PARA USO EXCLUSIVO DE SINTRACOOSALUD

Fecha de Recepción:

Verificación de Requisitos:

Fecha de Aprobación:

☐ Cumple ☐ Pendiente ☐ No cumple

Responsable y Firma:

Acta No.:

Observaciones:

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO Formulario de Afiliación Sindical

1. OBJETIVO

Orientar al trabajador en el correcto diligenciamiento del Formulario de Afiliación a SINTRACOOSALUD, procurando que la información sea completa, clara, veraz y verificable.

2. RECOMENDACIONES GENERALES

- Lea cuidadosamente todo el formulario antes de diligenciarlo.
- Utilice información verídica, completa y actualizada.
- Diligencie todos los campos aplicables.
- Verifique que los datos coincidan con los documentos que serán anexados.
- Si lo diligencia físicamente, evite tachones y enmendaduras y utilice letra clara.
- Firme en los espacios correspondientes y verifique que la firma sea legible.

3. DILIGENCIAMIENTO POR SECCIONES

3.1 Datos del trabajador

Registre nombres y apellidos completos, tipo y número de documento, fecha y ciudad de nacimiento, dirección, ciudad o municipio, teléfono/celular y correo electrónico. Utilice datos de contacto activos.

3.2 Información laboral

Diligencie la información correspondiente a su relación laboral con COOSALUD EPS: cargo, área o dependencia, sede, fecha de ingreso, tipo de contrato, jornada y demás datos solicitados.

3.3 Solicitud de afiliación

Lea la declaración de afiliación. La solicitud debe ser realizada de manera libre y voluntaria. Firme en el espacio establecido.

3.4 Cuota sindical

La cuota sindical establecida en el formulario corresponde al uno por ciento (1%) del salario mensual, con periodicidad mensual. Lea y firme expresamente la autorización para el descuento por nómina a través de COOSALUD EPS, conforme a las disposiciones aplicables.

3.5 Tratamiento de datos personales

Lea la autorización de tratamiento de datos personales y diligencie la firma correspondiente.

3.6 Comunicaciones sindicales

Seleccione los medios de comunicación preferidos y verifique que el número de celular y correo electrónico estén correctos.

3.7 Contacto de emergencia

Este campo es opcional. Si decide diligenciarlo, registre una persona de confianza y un número de contacto actualizado.

3.8 Firma y huella

Antes de entregar o cargar el formulario, compruebe que esté completo, firmado y con la huella cuando corresponda.

4. DOCUMENTOS ANEXOS OBLIGATORIOS

Para completar el proceso de afiliación a SINTRACOOSALUD, el trabajador deberá adjuntar: Copia de la cédula de ciudadanía. Certificado laboral vigente. Fotografía reciente. Formulario de afiliación completamente diligenciado y firmado.

5. NOTA IMPORTANTE – CARGUE DE DOCUMENTOS

Una vez diligenciado y firmado el Formulario de Afiliación, el trabajador deberá cargarlo en el sitio web de SINTRACOOSALUD:

www.sintracoosalud.com

El formulario deberá cargarse junto con TODOS los respectivos anexos:

- Copia de cédula de ciudadanía
- Certificado laboral vigente
- Foto reciente
- Formulario de afiliación completamente diligenciado y firmado

Antes de enviar la documentación, verifique que los cuatro documentos estén adjuntos, sean legibles y correspondan al mismo solicitante.

6. VERIFICACIÓN FINAL

- Formulario completamente diligenciado.
- Formulario firmado.
- Huella incluida, cuando corresponda.
- Copia de cédula adjunta.
- Certificado laboral vigente adjunto.
- Fotografía adjunta.
- Formulario y anexos cargados en www.sintracoosalud.com.
- Todos los archivos son legibles y corresponden al solicitante.

7. IMPORTANTE

La recepción o cargue de la documentación no implica por sí sola la aprobación automática de la afiliación. La solicitud estará sujeta al proceso de verificación y aprobación establecido por SINTRACOOSALUD, de conformidad con sus estatutos y la legislación aplicable.

SINTRACOOSALUD

Sindicato de Trabajadores