



SINDICATO NACIONAL DE EMPLEADOS DEL HOSPITAL GENERAL “SAN JUAN DE DIOS” DE GUATEMALA, MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL Y TRABAJADORES DE SALUD DE GUATEMALA
1ra. Avenida 10-50, Zona 1. Interior
Teléfono: 2321-9177
GUATEMALA
sindicatoempleados@gmail.com

“PARA USO EXCLUSIVO DEL SINDICATO”

R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4 ☐ R5 ☐ R6 ☐ R7 ☐ R8 ☐

COMITÉ EJECUTIVO
Sindicato Nacional de Empleados del
Hospital General San Juan de Dios
Ministerio de salud Publica y Asistencia Social

Lugar de Afiliación _____
Departamento _____ Municipio _____ Fecha _____

Yo: _____
Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

No. DPI _____ Extendido en _____

No. NIT _____ Estado Civil: _____

Profesión _____ Nombre nominal de la plaza _____

Servicio donde labora _____ No de Teléfono _____

Nombre Del Centro de Trabajo _____ del
Ministerio de Salud Pública y asistencia Social.

Trabajador de Hospital ☐ Área de Salud ☐ Centro de salud ☐

CAP ☐ CAIMI ☐ Otros ☐

Devengando un salario base de Q. _____

Otros _____

AL Comité Ejecutivo del sindicato Nacional de Empleados del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala Ministerio de salud Publica y Asistencia Social y Trabajadores de salud de Guatemala, SNEHGSJDD, **MI AFILIACION**; convengo regirme a los Estatutos de Esta Organización Sindical en relación a sus afiliados, como también declaro no ser afiliado a otra organización sindical.

Así como **acepto y autorizo** a que atreves del comité Ejecutivo del Sindicato gestione loas tramites legales correspondientes para el descuento del 1% (articulo 41 estatutos y articulo 56 Pacto Colectivo) en concepto de cuota ordinaria mensual y dos cuotas extraordinarias del 0.5%(en los meses de julio y noviembre) al año (articulo 42estatutos y 56 Pacto Colectivo) de mi salario en mi partida presupuestaria en nomina de sueldos ante el Ministerio de finanzas Publicas

Nombre del Afiliado Firma del Afiliado