



## FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Señor

**DIRECTOR NACIONAL DE DEFENSORIA PÚBLICA  
TESORERO-PAGADOR  
DEFENSORIA DEL PUEBLO**

**Referencia:** Afiliación al Colegio y al Fondo de Solidaridad.

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Defensor Público, comedidamente le informo por medio de este documento:

1º) Que me **AFILIO** y/o **RATIFICO** mi afiliación al **COLEGIO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS DE COLOMBIA** con Nit 900.023.405-3, y expresamente autorizo a la Pagaduría de la Defensoría del Pueblo para que me descuenta mensualmente el uno punto cinco por ciento (1.5%) correspondiente al pago de cada mes de mi contrato de prestación de servicios profesionales, descuento que se destinará de acuerdo a los nuevos estatutos.

2º) Manifiesto que me afilio al **FONDO DE SOLIDARIDAD** establecido en los estatutos del **COLEGIO NACIONAL DE DEFENSORES PUBLICOS DE COLOMBIA**, Capitulo XII, , Artículos 57, 58 y 59 y expresamente autorizo a la Pagaduría de la Defensoría del Pueblo para que en caso de fallecimiento de un Defensor Público afiliado a un Colegio Regional, me descuenta el dos punto cinco por ciento (2.5%) del valor de mis honorarios profesionales en el mes en que se produzca el deceso, o se notifique el mismo, con la finalidad de que sea consignado en la Cuenta Bancaria del Colegio, y que es mi deseo libre y voluntario, establecer que mis beneficiarios son:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE

3º) Manifiesto que esta afiliación se hace extensiva a todos los contratos, prórrogas, renovaciones o adiciones de servicios profesionales que se realicen a mi nombre por parte de la Defensoría del Pueblo, en mi calidad de Defensor Público, reservándome el derecho de desafilarme de acuerdo con mi voluntad.

Nota: Con esta afiliación revoco cualquier afiliación que tuviese en Asociación o Colegio que no esté afiliado al Colegio Nacional de Defensores Públicos de Colombia.

Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Cordialmente,

Firma \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_

C.C. No. : \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

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

**ANEXO:** Fotocopia de Cédula de Ciudadanía

**AVENIDA 19 N° 4-88 Of.402. EDIFICIO ANDES. Tel: 5612022**

**E-mail:secretariacolegionacional@gmail.com / defensoriapublicacolombia@gmail.com**