

Intención de realización del Aporte Especial Extraordinario Mensual al Fondo PROUNISALUD



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Fecha: DD/MM/AAAA

Señores

AFILIADOS COTIZANTES Y PENSIONADOS

Fondos privados, Colpensiones y otros fondos

Unisalud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Va a realizar el aporte especial extraordinario mensual al Fondo PROUNISALUD:

Yo, _____, identificado(a) con ___ número _____, me comprometo a realizar el aporte especial extraordinario mensual al Fondo PROUNISALUD, en marco de los Acuerdos 03 de 2023, 06 de 2023 y 09 de 2023 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud. desde el mes de _____ de 2023 hasta el mes de **abril de 2025**

Seleccione con una **(X)** la siguiente opción según corresponda:

1.5%	El 1.5 % del valor de la asignación básica más gastos de representación de los afiliados a Unisalud en calidad de cotizantes activos.
0.5%	El 0.5% del valor de la mesada pensional de los afiliados en calidad de cotizantes pensionados.

En caso de querer aportar un porcentaje superior al 1.5% para activos y 0.5% para pensionados, informe el porcentaje a aportar ____%.

Manifiesto que este aporte es voluntario y constituye un apoyo para la sostenibilidad financiera de la Unidad de Servicios de Salud Unisalud de la Universidad Nacional de Colombia.

Este aporte será realizado por medio de _____ dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes.

Cordialmente,

[Firma]¹

Sede: _____ Tipo de vinculación: Pensionado

Teléfono: _____