



Ciudad y fecha _____

Señores
UNISALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Por medio de la presente yo _____ con documento de identificación Tipo _____ Número _____ con residencia en la ciudad de _____ y domicilio en la dirección _____ y número de teléfono _____, manifiesto mi intención de hacer una donación a Unisalud por valor de \$ _____ valor en letras _____.

Así mismo de acuerdo con lo indicado en el artículo 10 de Resolución 1522 de 2010 de Rectoría manifiesto que:

- a. Soy propietario del dinero o título valor con el que se realiza la donación
- b. Que el dinero a donar proviene de fuentes lícitas

FORMA DE PAGO.	
(Marque con una X frente a la casilla que corresponda)	
DÉSCUENTO POR NOMINA (aplica universidad nacional o fondo de pensiones de la UN) Autorizo que se realicen los descuentos por nómina correspondientes a donación voluntaria en el marco de lo aprobado por la Junta Directiva Nacional de Unisalud y previsto en el Acuerdo 01 de 2018 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud. Con descuentos mensuales por valor de \$ _____ valor en letras _____ No. De cuotas _____	<input type="checkbox"/>
PAGO DIRECTO EN CAJA	<input type="checkbox"/>
CONSIGNACION EN CUENTA BANCARIA	<input type="checkbox"/>

SEDE		TIPO DE AFILIADO	
Bogotá	<input type="checkbox"/>	Docente	1 <input type="checkbox"/>
Medellín	<input type="checkbox"/>	Administrativo	2 <input type="checkbox"/>
Manizales	<input type="checkbox"/>	Oficial	3 <input type="checkbox"/>
Palmira	<input type="checkbox"/>	Pensionado	4 <input type="checkbox"/>

Nombre Afiliado: _____

Firma: _____

C.C. No. _____

Tel: _____

Manifiesto que este aporte es voluntario y se realiza a manera de donación y que entiendo que no constituye derechos a servicios adicionales a los ya adquiridos por mi tipo de afiliación
 Me acojo a las normas que para el efecto expida la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia y las de carácter general aplicables a este sistema.