



PROGRAMA DE EDUCACION FICHA DE INSCRIPCION

Fecha Ciudad

ENCUENTRO EDUCATIVO

Nombres Y apellidos

Número de Cédula Teléfono residencia

Dirección Residencia _____ Barrio _____

Correo Electrónico

Celular Tiempo de afiliación

Conoce los reglamentos que rigen la Cooperativa Sí No

Ha recibido capacitación en Economía Solidaria Sí No

En qué entidad

Afiliación E.P.S. Edad

En caso de emergencia:

Nombre contacto Número telefónico

¿Tiene dieta especial por prescripción médica? Sí No Cuál?

AUTORIZACION DE DESCUENTO POR INASISTENCIA INJUSTIFICADA: El (la) abajo firmante, autorizo a mi empleador, contratante o pagador _____, para que deduzca, retenga y consecuentemente gire a la COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES-COOPTRAISS, identificada con NIT No. : 860,014,397-1, los valores que dicha entidad ordene descontar por concepto de las obligaciones adquiridas con ella, por no utilizar los servicios contratados en la actividad _____, programados para la(s) fecha(s) _____ por causa de inasistencia injustificada, y que ascienden a la suma de : _____ (\$ _____). Dichos valores se podrán descontar de mi salario, mesadas pensionales, primas de servicios, cesantías parciales o definitivas e indemnizaciones, atendiendo la prelación establecida para los descuentos de las Cooperativas en el art. 142 de la ley 79 de 1988. PARÁGRAFO PRIMERO: Autorizo a la COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES-COOPTRAISS para que retenga las sumas correspondientes de auxilios, ahorros, intereses y cualquier otro valor que se encuentre a mi favor con la entidad, a fin de que logre saldar la presente obligación.

ACEPTO LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL I.S.S. Y EL COMITÉ NACIONAL DE EDUCACION.

Firma del Asociado(a)

Cédula de Ciudadanía _____ de _____

Huella

Nombre de quien recibe la inscripción _____

* PRESENTAR CEDULA DE CIUDADANÍA AL MOMENTO DE INICIAR EL EVENTO