



COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL ISS

SUBCOMITE DE FRATERNIDAD

REGISTRO DE INSCRIPCION Y AUTORIZACION DE DESCUENTO POR INASISTENCIA INJUSTIFICADA

VIGENCIA : _____

PSOL-F-012
07-VI-2019
VERSIÓN 1

FECHA:	CIUDAD:			
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:				
IDENTIFICACION:				
DIRECCION RESIDENCIA:				
BARRIO:				
TELEFONO:	CELULAR:			
CORREO ELECTRONICO:				
DIRECCION OFICINA:	TELEFONO:			
FECHA NACIMIENTO:	DIA:	MES:	AÑO:	EDAD:
E . P . S . :				

NOTA : La inscripción es personal y se debe cumplir con las normas legales y reglamentos establecidos para todos los eventos.

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 podran descontar de mi salario, mesadas pensionales, primas de servicios, cesantias 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 obligacion. PARAGRAFO SEGUNDO: Esta autorización tambien aplica si quien deja de asistir a la actividad es uno de mis beneficiarios.

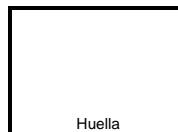
Declaro que se me ha informado de forma suficiente y clara sobre los riesgos de dichas actividades, sobre laa medidas de seguridad que debo adoptar en la realizacion de las mismas, y por tanto asumo en forma total y exclusiva los riesgos que mi participacion pueda eventualmente ocasionar a mi salud, durante y despues de las actividades; así mismo que me encuentro fisicamente apto(a) y que carezco de contraindicación médica alguna que me impida participar, así mismo declaro que mi salud esta protegida por la EPS indicada en los datos e informacion que como Asociado(a) es suministrado. Declaro que conozco y entiendo la normatividad interna aplicable a las actividades y estoy plenamente conforme con las mismas, sometiendome a la potestad de dirección y/o disciplina de Cooptraiss. Asumo voluntariamente los riesgos de la actividad y en consecuencia, eximo a Cooptraiss de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de las actividades.

Autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada a COOPTRAISS Nit No. 860014397-1 y sus instituciones auxiliares del Cooperativismo, quienes en adelante y conjuntamente se denominaran LAS ENTIDADES, para realizar el tratamiento de los datos personales que ya se encuentran en las bases de datos propiedad de aquellas, y los que en adelante se recolecten y almacenen con las finalidades legitimas propias de su objeto social y misional, detalladas en el AVISO DE PRIVACIDAD disponible en la pagina Web WWW.COOPTRAISS.COM y el cual hace parte integrante de la presente autorización y declaro conocer y aceptar. Así mismo autorizo la recoleccion de mi firma y huella, esta ultimo por su caracter de dato sencible en los términos de ley.

FIRMA

Nombre: _____

C.C.: _____



Huella

Nombre funcionario que recibe: _____

Importante:

Una vez finalizada la vigencia de la presente garantía y de no ser necesaria su utilización para el cobro de lo invertido por COOPTRAISS en beneficio del asociado, la oficina de Solidaridad de Cooptraiss, por autorización del subcomité de Fraternidad correspondiente, procedera a destruirlo, informando de ello al asociado por cualquier medio idoneo, esto es, físico o electrónico.