CURSO DE COOPERATIVISMO NIVEL V

Apreciado Asociado:

Para el **Consejo de Administración** y el **Comité de Educación**, es grato contar con su participación en el **Curso de Cooperativismo Nivel V** programado para los días **26 y 27 de Julio de 2025** en el **Hotel Tocarema en Girardot.** ***Inscripciones del 24 de Junio al 4 de Julio de 2025***. ***PODRAN PARTICIPAR LOS ASOCIADOS MAYORES DE 14 AÑOS.***

Al usted inscribirse y firmar el presente instructivo, está aceptando las condiciones establecidas para el desarrollo de esta actividad, **queda confirmada su participación y acepta la acomodación hotelera asignada por el Comité**; Únicamente la Cooperativa se comunicará telefónicamente con los asociados que no cumplan con los requisitos. **El cupo máximo de inscritos al curso será de 40 Personas. En consecuencia, si usted no recibe dicha llamada, deberá presentarse el sábado 26 de Julio de 2025 a las 5:15 A.M. frente a KTRONIX SALITRE ubicado en la Calle 26 con Carrera 68B *(Frente a la estación el tiempo de transmilenio)*,** donde se procederá a verificar la asistencia; **saliendo a las 5:30 A.M. sin excepción con los asociados que se encuentren en los buses en ese momento**. Esperamos su puntualidad.

La cancelación de la inscripción solo puede hacerse por escrito **con 8 días hábiles de antelación (16 de Julio de 2025)** a la iniciación del evento. Las excusas debidamente soportadas tendrán un término máximo de **15 días hábiles** para ser radicadas en la cooperativa y ser estudiadas.

Igualmente usted acepta que en caso de no asistir al curso o no participar en la totalidad del mismo sin excusa justificada (debidamente soportada) o que se inscriba sin cumplir con el requisito de haber cursado el nivel anterior de cooperativismo o que participe en un nivel de Cooperativismo ya cursado o que realice más de un nivel de Cooperativismo en el mismo año, usted asumirá el costo del mismo (valores en que incurra la cooperativa), y por medio del presente documento autoriza a COOPMINCOM para efectuar los descuentos que sean del caso. Si usted no asiste al curso no se le aceptará inscripciones para cursos de niveles superiores. **Si el asociado trabaja o estudia el sábado y/o domingo y se inscribe a la actividad no se admitirá excusa por asunto de trabajo o estudio, salvo por fuerza mayor que no sea en el horario regular de trabajo o estudio.**

El asociado certifica que se encuentra en perfecto estado de salud, se compromete a cumplir con los protocolos de bioseguridad establecidos por el Hotel.

El suscrito, por medio del presente documento autoriza a título gratuito a COOPMINCOM, para que utilice las fotografías, grabaciones en video e imágenes tomadas en el desarrollo de esta actividad, en las que aparezco para que sean utilizadas en la página web y redes sociales de esta Cooperativa con fines publicitarios e informativos.

Requisitos: *El Asociado debe estar al día en las obligaciones contraídas con la Cooperativa, tener más de un (1) año de antigüedad, tener más de 14 años de edad, haber cursado los niveles de Cooperativismo anteriores, no haber realizado el mismo nivel, no haber realizado Curso de Cooperativismo en el mismo año y tener firmado el compromiso de este evento.*

En consideración a los antecedentes presentados en anteriores cursos de cooperativismo con algunos asociados, reiteramos al asociado que deberá tener buen comportamiento durante el viaje y en las instalaciones del evento, en caso contrario se tomarán las acciones a que haya lugar.

La inscripción se realizará únicamente mediante el instructivo el cual podrá entregar personalmente en la Cooperativa o remitir por correo electrónico a inscripciones@coopmincom.com.co y se comprometerá a confirmar el recibido del correo electrónico.

Acepto las condiciones de esta actividad**:**

CURSO DE COOPERATIVISMO NIVEL V – 26 y 27 DE JULIO DE 2025

Firma del Asociado: _____

NOMBRES Y APELLIDOS ASOCIADO: _____

C. C. _____ EDAD: _____

Teléfono: _____ Celular:_____ Correo electrónico: _____

EPS Afiliado Asociado: _____ Contacto y teléfono en caso de emergencia: _____

Asociado en qué estado de salud se encuentra: _____ Que medicamentos toma: _____

Tiene familiares inscritos para participar en este evento? SI ☐ NO ☐ Nombre: _____

ESPACIO PARA DILIGENCIAR ÚNICAMENTE POR COOPMINCOM

Funcionario Responsable Inscripción: _____

Fecha de Inscripción **Hora de Inscripción** **Edad:** _____

Antigüedad: ☐ **Mora:** ☐ **Ultimo Nivel de Cooperativismo:** _____

COMITÉ DE EDUCACIÓN 2025