

**CELEBRACIÓN DÍA DEL
ASOCIADO MAYOR DE 75
AÑOS – Año 2025**



Sello y Firma de Radicado

Nombre del Asociado

Apreciado Asociado:

Para el Consejo de Administración y el Comité de Bienestar, Recreación y Deportes, es muy grato contar con su participación en la **CELEBRACIÓN DÍA DEL ASOCIADO MAYOR DE 75 AÑOS** programada para el **Viernes 15 de Agosto de 2025** a las **12:00 M**, que se realizará en el **Asadero Cimarrón del Llano** ubicado en la **Avenida el Dorado No. 73-06** barrio Normandía. **Inscripciones del 14 al 25 de Julio de 2025**. Podrán participar asociados mayores de 75 años con 1 acompañante adulto sin costo (quien será responsable de su cuidado durante el evento y se compromete a que el Asociado participante tomará los medicamentos que necesita según el caso).

De acuerdo con lo aprobado por el Consejo de Administración el cupo máximo para inscripciones es de **50 asociados (lo que primero se cumpla el cupo o la fecha)**. Al usted inscribirse y firmar el presente instructivo, está aceptando las condiciones establecidas para el desarrollo de esta actividad y **queda confirmada su participación**. Únicamente la Cooperativa se comunicará telefónicamente con los asociados que no cumplan con los requisitos. **En consecuencia, si usted no recibe dicha llamada, deberá presentarse el Viernes 15 de Agosto de 2025 a las 12:00 M** en el **Asadero Cimarrón del Llano** ubicado en la **Avenida el Dorado No. 73-06** barrio Normandía. Esperamos su puntualidad.

La cancelación de la inscripción solo puede hacerse por escrito **con 7 días hábiles de antelación (5 de Agosto de 2025)** a la iniciación del evento. Las excusas debidamente soportadas tendrán un término máximo de **15 días calendario** para ser radicadas en la Cooperativa y ser estudiadas. **Igualmente usted acepta que en caso de no asistir al evento sin excusa justificada y soportada asumirá el costo del mismo y por medio del presente documento autoriza a la Cooperativa para efectuar los descuentos que sean del caso.**

En esta Celebración la Cooperativa les invitará un delicioso **Almuerzo de 12:30 a 2:00 p.m.**, a cada Asociado y su acompañante, el cual consta de: **Plato Mixto al horno con tres carnes, papa, maduro, arepa y guacamole, 2 bebidas y postre**. Durante el evento los asociados y sus acompañantes disfrutarán de un variado y ameno programa **hasta las 5:00 p.m.** **Por restricción del código de policía debido a que se suministrarán bebidas alcohólicas por ningún motivo se permitirá el ingreso de menores de edad.**

Nota: Se prohíbe el ingreso de licor que no sea suministrado por el Restaurante, en caso de incurrir en esta falta el restaurante cobrará al asociado el valor equivalente al producto.

El asociado certifica que se encuentra en perfecto estado de salud, se compromete a cumplir con los protocolos de bioseguridad establecidos por el Restaurante. 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 y permanecer al día con las obligaciones contraídas con la Cooperativa, el asociado debe ser mayor de 75 años, tener más de 1 año de antigüedad, haber realizado el Nivel I de Cooperativismo y tener firmado el instructivo del evento.

Acepto las condiciones de esta actividad e igualmente me comprometo a diligenciar una encuesta para evaluar el servicio prestado, la cual será entregada el día de la actividad. **La inscripción se realizará únicamente mediante el instructivo el cual podrá entregar personalmente en la Cooperativa ó remitir por correo electrónico a inscripciones@coopmincom.com.co y se compromete a confirmar el recibido del correo electrónico.**

Acepto las condiciones de esta actividad:

CELEBRACIÓN DÍA DEL ASOCIADO MAYOR DE 75 AÑOS – 15 de Agosto 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: _____

ACOMPÑANTE: SI NO NOMBRE: _____ C.C. _____

Parentesco _____ EPS Afiliado Acompañante: _____ EDAD Acompañante: _____

Opción Bebidas: 1. Cerveza águila, póker o andina (2) 2. Gaseosa, agua o cola & pola (2)

NOTA: La opción escogida de Bebidas no podrá ser cambiada en el restaurante.

ESPACIO PARA DILIGENCIAR ÚNICAMENTE POR COOPMINCOM

Funcionario Responsable Inscripción: _____

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

Curso de Cooperativismo Nivel I Si No **Observaciones:** _____