



**CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES (CATINPSASEL)**

REGISTRO N° 985 DEL SECTOR PÚBLICO EMITIDO EN FECHA 22/07/2011 POR MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS-SUPERINTENDENCIA DE CAJAS DE AHORRO (SUDECA). RIF: J-31606401-8  
 Dirección de Oficina: Av. Ppal. Las Fuentes, Calle 1, Urb. Las fuentes Qta. Sorrento, El Paraíso, Caracas - Venezuela  
 Teléfonos de Contacto: 0212.451.37.77 / 0426.512.98.82 / 0426.514.53.89. Correo Electrónico: catinpsasel@gmail.com  
 Página Web: www.catinpsasel.com.ve



CAI-F-02-001

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE LA CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INPSASEL**



2.

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, desempeñando el cargo de \_\_\_\_\_, adscrito al centro de trabajo \_\_\_\_\_, perteneciente al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), **MANIFIESTO LA VOLUNTAD DE ASOCIARME**, a partir de la presente fecha a la **Caja de Ahorro de los Trabajadores y Trabajadoras del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (CATINPSASEL)**, en consecuencia **AUTORIZO** ampliamente de manera voluntaria y unilateral a INPSASEL, a través de su Oficina de Recursos Humanos, el descuento del porcentaje establecido en la Convención Colectiva, en la Cláusula N° 22, y de acuerdo al grado en que está mi cargo en la escala salarial del organismo antes indicado, equivalente al **DOCE POR CIENTO (12%) DEL SUELDO BÁSICO, EL CUAL SE REALIZARÁ QUINCENALMENTE.**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

3. DATOS DEL ASOCIADO O ASOCIADA			
FIRMA:	N° DE TELÉFONO (OPCIÓN 1):	N° DE TELÉFONO (OPCIÓN 2):	HUELLA DACTILAR:
CORREO ELECTRÓNICO (OPCIÓN 1):		CORREO ELECTRÓNICO (OPCIÓN 2):	

4. RECIBIDO POR (SOLO PARA USO INTERNO DE CATINPSASEL)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARGO:	SELLO:
FECHA:	FIRMA:	

- REQUISITOS**
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD.
  - FOTOCOPIA DEL CARNET POR AMBOS LADOS.
  - ÚLTIMO RECIBO DE PAGO DE LA NÓMINA INPSASEL.
- NOTA:** CONSIGNAR ORIGINAL Y COPIA DE LOS DOCUMENTOS EN CARPETA MARRON TIPO OFICIO CON GANCHO.

**¡CATINPSASEL POR LA EQUIDAD, IGUALDAD Y UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA!**



Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo





# CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES (CATINPSASEL)

REGISTRO N° 985 DEL SECTOR PÚBLICO EMITIDO EN FECHA 22/07/2011 POR MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS-SUPERINTENDENCIA DE CAJAS DE AHORRO (SUDECA). RIF: J-31606401-8  
Dirección de Oficina: Av. Ppal. Las Fuentes, Calle 1, Urb. Las Fuentes Qta. Sorrento, El Paraíso, Caracas - Venezuela  
Teléfonos de Contacto: 0212.451.37.77 / 0426.512.98.82 / 0426.514.53.89. Correo Electrónico: catinpsasel@gmail.com  
Página Web: www.catinpsasel.com.ve



CAI-F-02-001

## INSTRUCTIVO INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE LA CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INPSASEL

### OBJETIVO

Registrar y tramitar el proceso de inscripción de los trabajadores y trabajadoras del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), a través de su Oficina de Recursos Humanos, para que pase a ser asociado o asociada de la Caja de Ahorro de los Trabajadores y Trabajadoras del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (CATINPSASEL).

### ESPECIFICACIONES

- PAPEL:** Original: Bond Blanco Base 16 (Archivo CATINPSASEL).
- TAMAÑO:** Carta.
- PRESENTACIÓN:** En carpeta marrón tipo oficio. El formulario estará ubicado en la Página Web de CATINPSASEL.
- MODO DE LLENADO:** A mano con bolígrafo, sin enmienda.
- REQUISITOS:** Los requisitos exigidos para la solicitud del préstamo son de carácter obligatorio, de lo contrario CATINPSASEL no procesará la solicitud hasta tanto se consigne la documentación de forma completa por el solicitante.

### UTILIZACIÓN DE LAS CASILLAS

- 1. FOTO:** Coloque foto.
- 2.** Indique su nombre y apellido completo, número de cédula de identidad, cargo, centro de trabajo al cual esta adscrito, y fecha del día en que es realizado el formulario.
- 3. DATOS DEL ASOCIADO O ASOCIADA:** Coloque la firma, números de teléfonos, correos electrónicos y huella dactilar del pulgar derecho en conformidad con lo establecido.
- 4. RECIBIDO POR:** Solo para uso interno de CATINPSASEL.

¡CATINPSASEL POR LA EQUIDAD, IGUALDAD Y UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA!



Gobierno Bolivariano  
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular  
para el Proceso Social de Trabajo

