



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-02-002

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

1.

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 REALIZAR EL APOORTE DEL AHORRO VOLUNTARIO**, 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 los estatutos de la caja de ahorro en el **Artículo 5**, Parágrafo primero de acuerdo al grado en que está en mi cargo en la escala salarial del organismo antes indicado, equivalente al **OCHO POR CIENTO (8%) DEL SUELDO BÁSICO, EL CUAL SE REALIZARÁ QUINCENALMENTE.**

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

2. **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):	

3. **RECIBIDO POR (SOLO PARA USO INTERNO DE CATINPSASEL)**

NOMBRES Y APELLIDOS:	FECHA:	SELLO:
CARGO:	FIRMA:	

REQUISITOS

- COPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD.
- ULTIMO RECIBO DE PAGO DE LA NÓMINA INPSASEL.

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



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-02-002

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

OBJETIVO

Registrar y tramitar el aporte de ahorro voluntario de los asociados y asociadas de la Caja de Ahorro de los Trabajadores y Trabajadoras del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (CATINPSASEL), ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), a través de la Oficina de Recursos Humanos.

ESPECIFICACIONES

- PAPEL:** Original: Bond Blanco Base 16 (Archivo CATINPSASEL).
- TAMAÑO:** Carta.
- PRESENTACIÓN:** Hojas Sueltas. 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. Indique su nombre y apellido completo, número de cédula de identidad, cargo, centro de trabajo al cual está adscrito, y fecha del día en que es realizado el formulario.
2. **DATOS DEL ASOCIADO O ASOCIADA:** Coloque la firma, números de teléfonos, correos electrónicos y huella dactilar del pulgar derecho en conformidad con lo establecido.
3. **RECIBIDO POR:** Solo para uso interno de CATINPSASEL.

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