



Comfenalco
Quindío

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO
FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE LA EMPRESA

FECHA

DD

MM

AA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT CC PA CE Nro. _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA _____ CIUDAD _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL _____

CÉDULA _____ ACTIVIDAD ECONÓMICA, CIU _____

PERSONA CONTACTO DE RECURSOS HUMANOS _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Al firmar el presente documento, el titular de la información autoriza de manera previa, libre e informada, el tratamiento de sus datos personales, a la Caja de Compensación Familiar de Fenalco COMFENALCO QUINDÍO como responsable de la información, para las siguientes finalidades: 1) Actualizar sus datos personales de la empresa en el Sistema de Subsidio Familiar 2) Validación de la información y documentos legales requeridos para la afiliación 3) Actualización de datos 4) Efectiva prestación del servicio.

Declaro que la Caja de Compensación Familiar de Fenalco COMFENALCO QUINDÍO ha puesto en mi conocimiento, el carácter facultativo a preguntas que versen sobre datos sensibles, y datos de menores de edad, así como el derecho que poseo como titular de la información entregada, de recibir en cualquier momento información acerca del tratamiento dado a los datos entregados y/o de solicitar la actualización, rectificación y/o supresión de los datos personales recolectados, así como la revocatoria de la autorización otorgada, lo cual podré solicitar en los siguientes canales de atención: correo electrónico habeasdata@comfenalcoquindio.co mediante comunicación escrita dirigida a la oficina de atención al usuario, ubicada en la Calle 16 Nro. 15 - 22 Edificio sede Comfenalco. Armenia, Quindío. En la página web oficial www.comfenalcoquindio.com vínculo contáctenos, donde también podrán encontrar publicada nuestra Política de Protección de Datos personales en el vínculo Protección de Datos.

Sí No

NOTA: Diligencie todas las casillas en forma clara y lea detenidamente los requisitos.

Firma del representante legal y/o persona autorizada para el manejo de la información C.C.