

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

FECHA DD MM AA

--	--	--

NOMBRE DEL TRABAJADOR _____ CC _____

TENGA EN CUENTA QUE LOS DATOS REQUERIDOS A CONTINUACIÓN SON DE LA PERSONA QUE COBRA LA CUOTA MONETARIA.

* Lea detenidamente y diligencie todas las casillas en forma clara

NOMBRE _____	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC <input type="radio"/> PT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> Nro. _____
SEXO	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ CIUDAD _____	
TELÉFONO _____	CELULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____	
PUNTO DE PAGO	DROGUERÍA COMFENALCO <input type="radio"/> DAVIPLATA <input type="radio"/>

* Recuerde que, si selecciono la modalidad de pago DAVIPLATA, debe activar la aplicación en el dispositivo móvil reportado.

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 Comfenalco Quindío, identificada con el NIT. 890.000.381-0, como responsable de la información, para las siguientes finalidades: gestionar la actualización de datos para el respectivo reconocimiento y pago de la cuota monetaria, generar la evidencia del trámite, contactarlo para la efectiva prestación del servicio.

Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificación y/o suprimir sus datos personales o solicitar la revocatoria de la autorización otorgada, lo cual podrá 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.

La Política de Tratamiento de Datos se encuentra disponible en: www.comfenalcoquindio.com

Si No

FIRMA
C.C.