

		Identificado(a) con	Número
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI	
Dirección Residencia		Barrio	Municipio
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	

Autorizo a COMFENALCO Antioquia para que el valor mensual de la Cuota Monetaria de mis personas a cargo:

Nombre(s)	

Se elabore el pago a través del siguiente medio (**Seleccionar una sola opción**):

- Pago a través de Daviplata: Celular No: _____
- Efecty a nivel nacional (Autorizar solo personas mayores de edad).
- Oficinas GANA SERVICIOS del área metropolitana y departamento de Antioquia (Autorizar solo personas mayores de edad).
- Consignación en Cuenta Bancaria No: _____ Entidad financiera: _____
- Tipo de cuenta: Ahorro: Corriente:

En caso de que desee autorizar a otra persona para reclamar el pago, diligenciar los siguientes datos completamente:

Nombre de la persona a quien autorizo o titular de la cuenta bancaria	Identificado(a) con:	Número:
	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> VI	
Parentesco con el trabajador	Teléfono fijo	Teléfono celular

Autorizo el envío gratuito de información relacionada con los servicios o procesos de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia por medio de:
 Mensaje de texto Correo Electrónico

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma del trabajador Número de Identificación	OBSERVACIONES	RECIBIDO COMFENALCO
--	---------------	---------------------

V4- 08 - 2021

VIGILADO SuperSubsidio

COMPROBANTE DE ENTREGA AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA

Nombre del trabajador	Número de Identificación
Nombre de la persona autorizada	Número de Identificación

MODALIDAD DE PAGO ELEGIDA: <input type="checkbox"/> Pago a través de Daviplata <input type="checkbox"/> Efecty <input type="checkbox"/> Oficinas GANA SERVICIOS <input type="checkbox"/> Consignación en Cuenta Bancaria Mayores informes: Contac Center 444 71 10 Opción 1	RECIBIDO COMFENALCO
---	---------------------

V4- 08 - 2021