

Yo,		Identificado(a) con		Número	
		CC	CE	PE	VI
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:	
		RC	TI	CC	CE
		PA	PE	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

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:

Pago a través de Daviplata

Efecty

Oficinas GANA SERVICIOS

Consignación en Cuenta Bancaria

Mayores informes: Contac Center 444 71 10 Opción 1

RECIBIDO COMFENALCO

V4-08 - 2021