



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO
FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL TRABAJADOR

		FECHA		
		DD	MM	AA
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA _____		NIT _____		
NOMBRE DEL TRABAJADOR _____				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NIT <input type="radio"/>	CC <input type="radio"/>	PA <input type="radio"/>	CE <input type="radio"/> Nro. _____
SEXO	F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO	
		DD	MM	AA
DIRECCIÓN RESIDENCIA _____		CIUDAD _____		
TELÉFONO _____		CELULAR _____		
CORREO ELECTRÓNICO _____				

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Comfenalco Quindío, identificada con el NIT. 890.000.381-0 para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y, en especial, para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente, conforme a la ley 1581 de 2012.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis anteriores datos de contacto, entre otros: número de teléfono móvil, correo electrónico, twitter, facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Sí No

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

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C.