



## CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO

### FORMATO DE 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  PA  CE  TI  Nro. \_\_\_\_\_

SEXO F  M  FECHA DE NACIMIENTO

DD

MM

AA

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

PUNTO DE PAGO DROGUERÍA COMFENALCO  DAVIPLATA

### 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 y/o notificaciones 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.

Si  No

FIRMA  
C.C.