

 Vía de Pago Cuota Monetaria Departamento de Subsidio		BP
Fecha (aaaa/mm/dd) : _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI Número: _____ Nombres y apellidos del trabajador afiliado: _____ Dirección: _____ Departamento: _____ Ciudad/Municipio: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____		
Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuenta Personal Número de cuenta _____ Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente Entidad financiera _____ <input type="checkbox"/> Celular: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> App Nequi N° _____ <input type="checkbox"/> Daviplata (Davivienda) N° _____ <input type="checkbox"/> Ahorro a la mano (Bancolombia) N° _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación 		
NOTA: Comfama sólo consignará a quienes no tengan el subsidio pignorado o retenido y lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario y en las entidades con las cuales Comfama tiene convenio. Mayores informes en el teléfono 360 70 80 opción 1 - 2. Aviso de privacidad: La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos; para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepto este tratamiento que me ha sido informado ____ No Acepto este tratamiento ____ . La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com . La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co , o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).		
Firma del trabajador: _____		

Caja de Compensación Familiar de Antioquia - Comfama FC652-V4

VIGILADO SuperSubsidio 

 Vía de Pago Cuota Monetaria Departamento de Subsidio		BP
Fecha (aaaa/mm/dd) : _____ Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI Número: _____ Nombres y apellidos del trabajador afiliado: _____ Dirección: _____ Departamento: _____ Ciudad/Municipio: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____		
Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuenta Personal Número de cuenta _____ Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente Entidad financiera _____ <input type="checkbox"/> Celular: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> App Nequi _____ <input type="checkbox"/> Daviplata (Davivienda) N° _____ <input type="checkbox"/> Ahorro a la mano (Bancolombia) N° _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación 		
NOTA: Comfama sólo consignará a quienes no tengan el subsidio pignorado o retenido y lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario y en las entidades con las cuales Comfama tiene convenio. Mayores informes en el teléfono 360 70 80 opción 1 - 2. Aviso de privacidad: La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos; para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepto este tratamiento que me ha sido informado ____ No Acepto este tratamiento ____ . La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com . La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co , o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).		
Firma del trabajador: _____		

Caja de Compensación Familiar de Antioquia - Comfama FC652-V4

VIGILADO SuperSubsidio 