

ACTUALIZA TUS DATOS

Apreciado afiliado, solicitamos el diligenciamiento completo de los siguientes datos de forma legible.

FECHA AAAA MM DD

I. DATOS DEL CLIENTE

Tipo de identificación: CC TI CE RC PT Otro, ¿Cuál? Número documento de identidad:

Fecha de expedición documento de identidad: AAAA MM DD Departamento de expedición documento de identidad:

Municipio de expedición documento de identidad: Nacionalidad:

Primer apellido: Segundo apellido:

Primer nombre: Segundo nombre:

Estado civil: Fecha de nacimiento: AAAA MM DD Género: M F I

Dirección residencia:

Departamento: Municipio: Barrio/corregimiento vereda

Teléfono fijo: Celular: Correo electrónico (personal):

Profesión u oficio:

II. SELECCIÓN MEDIO DE PAGO SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO (MARQUE LA OPCIÓN CON UNA X)

1. Déposito electrónico a través de celular:

Kupi

Daviplata

2. Transferencia electrónica a cuenta:

Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Banco:

Número de cuenta:

(adjunte certificado bancario)

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LEY 1581 DE 2012

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación ÚNICAMENTE a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas (602)8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos del menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma
Nombre completo:
Número de identificación:

Firma y sello de recibido por
Comfenalco Valle Delagente