AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA

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

☐ Pago a través de Nequi o Ahorro a la Mano: _____

☐ Consignación en Cuenta Bancaria No: _____ Entidad financiera:_____

Tipo de cuenta: Ahorro: ☐ Corriente: ☐

Nota: para los medios de pagos anteriores es indispensable adjuntar a este formato la certificación bancaria.

☐ 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).

En caso de que desee autorizar a otra persona para reclamar el pago de la cuota a través de EFECTY o GANA SERVICIOS.

diligenciar los siguientes campos con los datos de la personas autorizada:

Nombre de la persona a quien autorizo o titular de la cuenta bancaria		Identificado(a) con: RC TI CC CE PA PE VI Número:
Parentesco con el trabajador	Teléfono fijo	Teléfono celular

Autorizo el envío gratutito 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 fi nalidad 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 virtu d 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

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**
☐ **Pago a través de Nequi o Ahorro a la Mano**
☐ **Consignación en Cuenta Bancaria**
☐ **Efecty**
☐ **Oficinas GANA SERVICIOS**

RECIBIDO COMFENALCO