

	<b>FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS, UBICACIÓN Y CONTACTO</b>		Código: F-SF-03
			Fecha: 30-07-2021
	<b>PROCESO SUBSIDIO FAMILIAR</b>		Versión: 01
			Página 1 de 1
<b>ELABORÓ/ ACTUALIZÓ</b>	<b>REVISÓ</b>		<b>APROBÓ</b>
Analista de Calidad	Líder de proceso Subsidio Familiar		Dirección Administrativa

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

**FECHA:**

DD	MM	AAAA
----	----	------

**1. DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO**

<b>Tipo de Identificación:</b>	CC	TI	CE	RC	Otro, cual?
<b>Número documento de identidad:</b>					<b>De:</b>
<b>Nombres y apellidos completos del trabajador afiliado:</b>					
<b>Correo electrónico:</b>				<b>Número de celular:</b>	
<b>Dirección de residencia:</b>			<b>Ciudad:</b>	<b>Departamento:</b>	

**2. AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Caja de Compensación Familiar de Sucre - COMFASUCRE de lo siguiente:

- Que la Caja de Compensación Familiar de Sucre actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación.
- La Caja de Compensación Familiar de Sucre - Comfasucre garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
- Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Sucre para que, en los términos legalmente establecidos tomen mi huella, realicen la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación.
- La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, consensual y voluntaria.
- Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar a consolidarse un vínculo o éste persista por cualquier circunstancia, con esta Caja de Compensación Familiar y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales fueron inicialmente suministrados

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador afiliado

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

  
Huella