

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.

1. DATOS DEL CESANTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Documento de Identificación del Cesante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> | C.E. <input type="checkbox"/>                                 | T.I. <input type="checkbox"/> | Número                                                       | 1er. Apellido | 2o. Apellido                                         | 1er. Nombre | 2o. Nombre                                                                          |
| Dirección Residencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                               |                                                               |                               | Barrio:                                                      |               | Ciudad:                                              |             | Departamento:                                                                       |
| Área geográfica: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Teléfono:                     |                                                               |                               | Celular:                                                     |               | Correo electrónico:                                  |             | Profesión:                                                                          |
| Factor de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (no desplazado) <input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| Étnia: Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Comunidad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> Room gitano <input type="checkbox"/> No se auto reconoce en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| Poblaciones: Víctimas del conflicto armado <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> Víctimas conflicto armado y condición de desplazamiento <input type="checkbox"/> Víctimas conflicto armado y condición de discapacidad física <input type="checkbox"/>                                                  |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| Víctimas conflicto armado, condición desplazamiento y discapacidad <input type="checkbox"/> En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| Factor de vulnerabilidad: Damnificado desastre natural <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Hijo(as) de madres cabeza de familia <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Población migrante <input type="checkbox"/> Población zonas de frontera (Nacionales) <input type="checkbox"/>                                                     |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| Ejercicio del trabajo sexual <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| ¿Cuál fue el último salario devengado? Hasta 2 SMMLV (Categoría A) <input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 SMMLV (Categoría B) <input type="checkbox"/> Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/> ¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?: Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>                                                                        |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| ¿Ha recibido beneficios del MPC* en los últimos tres años? Si <input type="checkbox"/> Hace cuántos meses? ____ No <input type="checkbox"/> ¿Cual fue la última Caja a la cual estuvo afiliado? ¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| ¿A qué E.P.S está afiliado actualmente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                               | ¿A qué Administradora de pensiones está afiliado actualmente? |                               |                                                              |               | ¿A qué fondo de cesantías está afiliado actualmente? |             |                                                                                     |
| ¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Recibía cuota monetaria de subsidio familiar por las personas a cargo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por cuántas personas a cargo?                                                                                                              |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| * ¿Ha cambiado el número de personas a cargo con respecto a su condición de trabajador? Si <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2 NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                          |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| ¿Autorizo que me depositen a través de Daviplata la transferencia económica enunciada en el decreto 488 del 2020 y los valores de las cuota monetarias a que tengo derecho? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |  |                               |                                                               |                               | *Si su respuesta es NO, diligencie la siguiente información: |               | Entidad bancaria:                                    |             | N° Cuenta:                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             | Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> |
| Caja de Compensación a la que perteneció en los últimos cinco (5) años:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                               |                                                               |                               |                                                              |               |                                                      |             |                                                                                     |
| CCF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                               |                                                               |                               | DESDE:                                                       |               | HASTA:                                               |             | CCF:                                                                                |
| CCF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                               |                                                               |                               | DESDE:                                                       |               | HASTA:                                               |             | CCF:                                                                                |

2. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE GRUPO FAMILIAR

| Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted |               |            |             | Novedad              | Fecha Nacimiento |     |     | Sexo |   | Parentesco |       |         |      | Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.) |        | Discapacidad | Estudia S: Si N:No | N: Ning P:Prim S:Sec T:Téc. Sp:Sup |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|-------------|----------------------|------------------|-----|-----|------|---|------------|-------|---------|------|-------------------------------------------------------------------|--------|--------------|--------------------|------------------------------------|
| 1er.Apellido                                                                   | 2do. Apellido | 1er.Nombre | 2do. Nombre | A: Adición R: Retiro | Año              | Mes | Día | M    | F | Hijo       | Padre | Hermano | Otro | Tipo                                                              | Numero |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |
|                                                                                |               |            |             |                      |                  |     |     |      |   |            |       |         |      |                                                                   |        |              |                    |                                    |

\*MPC: Mecanismo de Protección al Cesante. \*Si ha cambiado el número de personas a cargo por la cuales recibía cuota monetaria, debe adjuntar con el envío de este formulario copia del documento de identidad, de las nuevas personas a cargo.

\*La cuenta bancaria debe corresponder al postulante del beneficio del decreto 488 del 2020.

**3. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:**

Toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio de protección al cesante en los términos del decreto 488 de 2020 y no estoy incurso en las inhabilidades para solicitarlo. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley. Manifiesto que estoy en condición de desempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inmediata, he estado realizando gestiones para la búsqueda de empleo. Al postularme como independiente al Mecanismo de Protección al Cesante, declaro bajo la gravedad de juramento que carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno. Al postularme como asalariado y no tener certificación de terminación de la relación laboral, declaro bajo la gravedad de juramento que ésta no me fue entregada por parte de mi empleador. Atendiendo lo indicado en la ley 1581 de 2012 y el artículo 5° del Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera expresa para mantener y manejar toda la información contenida en este formulario a las entidades y autoridades relacionadas con el Mecanismo de Protección al Cesante. Lo anterior con el fin de validar y supervisar los requisitos de acceso a los beneficios propios del Mecanismo.

Marque con una (x) la siguiente declaración: \_\_\_\_ Manifiesto bajo la gravedad de juramento que solo me he postulado a la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano ComfaOriente, para acceder al beneficio de Subsidio de emergencia, siendo conocedor que de no ser así sería causa de pérdida del subsidio, tal como lo establece la Resolución 853 de 2020 de Ministerio de Trabajo.

OBSERVACIONES:



El empleo  
es de todos

Mintrabajo

## INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN

Diligencie el formulario con letra imprenta legible y clara, sin tachones y en tinta negra.

### 1. DATOS DEL CESANTE

Deberá llenar los siguientes espacios correspondientes a:

#### DATOS DEL CESANTE.

**Número de identificación del Cesante:** escriba completo el número del documento de identificación.

**Tipo de documento:** marque si es:

CC.: Cédula de Ciudadanía. CE.: Cédula de Extranjería. TI.: Tarjeta de identidad

**Apellidos y Nombres:** escríbalos según el orden establecido, como figuran en el documento de identidad.

**Dirección de residencia,** Barrio, Ciudad y Departamento del solicitante.

**Área Geográfica:** señalar con una X si es Urbana o Rural, Escribir Teléfono Fijo, Celular del solicitante.

**Correo electrónico:** diligencie el correo electrónico que se encuentre activo para recibir respuesta y comunicaciones de la Caja de Compensación Familiar; en caso de no poseer correo electrónico, escriba NP y Profesión del solicitante

**Factor de Vulnerabilidad:** marque con una X si es Desplazado, Víctima del Conflicto Armado (No Desplazado), Desmovilizado o reinsertado, Hijo (a) de Desmovilizados o Reinsertados.

**Etnia:** marque con una X la etnia a la que pertenezca, Afrocolombiano, Comunidad Negra, Indígena, Palanquero, Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Room Gitano, No se Auto reconoce en ninguno de los anteriores, No Disponible.

**Poblaciones:** Marque con una X si es, Víctima del Conflicto Armado, En condición de Desplazamiento, En condición de discapacidad física, Víctima del conflicto armado y condición de desplazamiento, Víctima del conflicto armado y condición de discapacidad física, Víctima del conflicto armado, condición de desplazamiento y discapacidad, en Condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física si no se encuentra en ninguna de las anteriores marque no aplica.

**Factor de Vulnerabilidad:** Marque con una X si tiene alguna de las siguientes vulnerabilidades:

Damnificado desastre natural, Cabeza de familia, Hijo (as) de madres cabeza de familia, En condición de discapacidad, Población migrante, Población zonas de frontera (nacionales), Ejercicio del Trabajo Sexual y si no se encuentra en ninguno de los anteriores marque No aplica o no disponible.

**¿Cuál fue su último salario devengado?:** escriba claramente el rango en el cual se ubicaba su último salario devengado

**¿Tipo de vinculación a su última Caja de Compensación Familiar?:** identifique si su vinculación a la última Caja de Compensación Familiar era como asalariado o como independiente.

**¿Ha recibido subsidio al desempleo?:** señale si ha recibido subsidio al desempleo por parte de alguna Caja de Compensación Familiar. En el apartado hace cuánto, señale hace cuantos meses recibió la última mensualidad.

**Última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado:** señale la última Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado como empleado.

**¿Está inscrito en el Servicio Público de Empleo?:** indique si se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo, a través de una agencia de Empleo de una Caja de Compensación Familiar u otro operador.

**¿A que E.P.S. está afiliado actualmente?** Señale a qué E.P.S. se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte en salud, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

**¿A qué Administradora de Pensiones está afiliado actualmente?:** señale a qué administradora de Pensiones se encuentra afiliado; tenga en cuenta que es a esta entidad a la cual se realizará el pago del aporte a pensiones, si resulta beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante.

**¿A qué Fondo de Cesantías está afiliado actualmente?:** señale a qué Fondo de Cesantías se encuentra afiliado.

**¿Ahorra para el Mecanismo de Protección al Cesante en su fondo de cesantías?:** Indique si ha ahorrado en su fondo de cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante.

**¿Recibía cuota monetaria del subsidio familiar por las personas a cargo?** ¿Por cuántas personas?: indique si recibía subsidio monetario por parte de las Cajas de Compensación Familiar, de ser así, señale por cuántas personas a cargo recibía dicho subsidio.

**¿Ha cambiado el número de personas a cargo, con respecto a su condición de trabajador?:** marque con una X si ha cambiado el número de personas a cargo, desde la época en que era trabajador. Ej. nació un nuevo hijo (a) en su condición de cesante o su hijo(a) cumplió 19 años de edad.

**Quiero que me depositen la cuota monetaria en mi Daviplata:** Marque con una X si desea que le depositen el valor de la cuota monetaria por medio de la aplicación Daviplata.

**Quiere que me depositen la transferencia económica a través de mi Daviplata:** Marque con una X si desea que le transfieran el auxilio a través de su Daviplata. Si su respuesta es no, diligencie la información de entidad bancaria, número de cuenta y tipo de cuenta.

**Caja de Compensación a la que perteneció:** Señale el nombre de las cajas o Caja de compensación a las que perteneció en su último año de vinculación laboral de manera continua o discontinua, señalando la fecha de inicio y fecha de terminación.

### .INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

#### Apellidos y nombres:

Identificación de personas a cargo del cesante (esta sección se debe diligenciar siempre y cuando el número de personas a cargo, haya cambiado con respecto a la condición de empleado del solicitante). Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente de usted.

Novedad: marque A si es una persona a cargo adicional o R si la persona ha perdido su condición de beneficiario.

**Fecha de nacimiento:** escriba la fecha de nacimiento de cada una de las personas a cargo en formato año/mes/día.

**Sexo:** indique el sexo de cada una de las personas a cargo.

**Parentesco:** indique el parentesco de cada una de las personas a cargo (hijo, padre, hermano) es decir aquellas que dependen económicamente de usted.

Documento de identidad de las personas a cargo: escriba completo el tipo y el número de documento de identificación de las personas a su cargo.

CC.: Cédula de Ciudadanía. CE.: Cédula de Extranjería. TI.: Tarjeta de identidad. RC.: Registro civil

Estudia: señale si las personas a cargo estudian o no y a continuación indique el nivel educativo.

Nivel educativo: indique el nivel educativo de cada una de las personas a cargo como se indica a continuación:

N: Ningún nivel educativo

P: Primaria

S: Secundaria

T: Técnico o tecnólogo

Sp: Superior o universitaria

### 3. DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Lea detalladamente las declaraciones y firme en señal de aceptación.

**Importante: Todos los espacios deben ser debidamente diligenciados y no pueden quedar espacio en blanco.**



|                                                                                    |                                                      |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|
|  | FORMATO AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Versión: 01 F-GC-23              |
|                                                                                    | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO | Fecha de Aprobación: 20/Nov/2018 |
|                                                                                    | GESTION DE CALIDAD                                   | Página 1 de 1                    |

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento de identidad \_\_\_\_\_, como titular de mis datos personales, manifiesto que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, me ha informado lo siguiente:

Que tratara mis datos personales suministrados en este formulario, manual o electrónicamente, para los siguientes fines: consultar, compartir, divulgar, reproducir, entregar, suministrar, publicar, cruzar, informar, actualizar, rectificar, recolectar, circular, usar, suprimir datos, tramitar, obtener, almacenar, gestionar, recaudar, legalizar, desembolsar, acceder, vincular, consultar, enviar, postular, difundir, reembolsar, disponer, sistematizar, hacer estudios de mercado, investigaciones estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, comercialización y fidelización de los productos, servicios y/o proyectos, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar, promocionar, verificar y fidelizar; efectuar en general cualquier tratamiento de la información en todo lo relacionado con las diferentes clases de subsidios gestionados y entregados por la Caja de Compensación Familiar; para realizar trámites ante diferentes entes u organizaciones, en relación con el otorgamiento de subsidio y/o habilitación de condiciones para el acceso a subsidio y/o ser beneficiario de proyectos gestionados por la Caja de Compensación; para el cierre de brechas y eliminación de barreras conforme a lo establecido en la Ley 1636 de 2013 – ruta de empleabilidad; remisión a capacitaciones para inserción laboral; para gestión, inscripción, seguimiento de vacantes y seguimiento a contratados, oferta de procesos empresariales, generación de indicadores; información para estadística y caracterización de población; intervención y respuestas de PQRS; envío y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; para validación de beneficios de subsidio; contactar para ampliar información sobre el portafolio de servicios y productos que ofrece la caja; para realizar gestión financiera y de cobro de cartera; identificar impacto y cobertura de la Caja y entregar a los diferentes entes del Estado la información correspondiente; validar y consultar información financiera y crediticia en concordancia con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; seguimiento al proceso de satisfacción del cliente y planes de mejoramiento; entregar y reportar información al DANE; para dar cumplimiento a los fines del Sistema de Subsidio Familiar en Colombia, conforme a lo establecido en la Ley 21 de 1992 y la Ley 789 de 2002; transferencia y transmisión de datos a los distintos entes del Estado por obligación legal o requerimiento expreso; entrega de datos a terceros para la realización de encuestas; para realizar estudios estadísticos directamente o a través de un tercero; enviar información de servicios de la Caja, como son los de Educación, Cultura, Salud, Emprendimiento, Fomento Empresarial, Vivienda, Subsidio, Recreación y Turismo, Crédito Social, Convenios y Descuentos, y los demás que ofrezca; dar cumplimiento a la legislación vigente aplicable en materia de educación y demás servicios que ofrece la Caja de Compensación en el marco del Sistema del Subsidio Familiar en Colombia; cumplir las instrucciones de las autoridades judiciales y administrativas competentes; Acceder, consultar, validar o corroborar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles o reservados) que reposen o estén contenidos en base de datos o archivos de empresas, o cualquier Entidad Pública o Privada ya sea nacional, internacional, ubicado en Colombia o cualquier otro país, a quien autorizo se le suministren mis datos personales o se efectué la transferencia y/o transmisión nacional o internacional necesaria según sea el caso, para que realice el tratamiento en nombre de COMFAORIENTE; suministrar, compartir, enviar o entregar mis datos personales a sus empresas filiales, subsidiarias, vinculadas y ubicadas en Colombia o en cualquier otro país. En este último caso, autorizo explícita e inequívocamente la transmisión y/o transferencia internacional de datos que sea necesaria para dicho efecto; enviar mi información, en caso de que sea necesario o pertinente, a los servicios o centros de datos (Data Centers) de COMFAORIENTE ubicados fuera del país para los fines del tratamiento autorizado o para propósitos de almacenamiento y/o eventuales servicios de hosting o cloud computing (computación en la nube) que COMFAORIENTE contrate o requiera; dar cumplimiento a normas y autoridades locales, extranjeras o internacionales.

Es facultativo responder preguntas que versen sobre información sensible o sobre datos de niñas, niños o adolescentes. Dentro de los datos personales que proporciono a COMFAORIENTE se encuentran huellas dactilares, firmas, fotos y otros datos personales que permiten identificarme o ubicarme, y que son de facultativo suministro. Las huellas dactilares pueden ser tratadas por fines de seguridad, validación de información y como sistema de identificación biométrica. En mi condición de titular de los datos personales propios y de mi núcleo familiar que suministro, manifiesto que tengo los siguientes derechos en adición a los previstos en la Constitución, en la ley y sus normas reglamentarias: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales y de mi familia frente a los Responsables del Tratamiento – COMFAORIENTE – o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer: entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) Revocar mi autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales o en los demás casos previstos en la ley; f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

También ha sido informado que la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE NIT. 890.500.675-6, con domicilio en la Avenida 2 Nro 13-75, barrio la Playa de Cúcuta- Colombia, contacto electrónico: [www.comfaorientecolombiano.com](mailto:www.comfaorientecolombiano.com) o [servicioalcliente@comfaorientecolombiano.com](mailto:servicioalcliente@comfaorientecolombiano.com), Teléfono 5836888 Extensión 1051, es el responsable del tratamiento de los datos personales suministrados para el adecuado desarrollo de sus actividades como Caja de Compensación. Adicionalmente, manifiesto que COMFAORIENTE ha puesto en mi conocimiento su política para la administración de datos personales, y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible en [www.comfaorientecolombiano.com](http://www.comfaorientecolombiano.com)

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera previa, expresada e informada, autorizo a COMFAORIENTE para que recolecte y trate mis datos personales (incluso datos sensibles) para los fines relacionados y en particular para aquello relacionado con cuestiones de orden legal por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministro verbalmente o por escrito.

En caso de ser necesario para cumplir las finalidades autorizadas o para procesos de cloud computing o big data, autorizo que los datos personales suministrados sean transferidos y/o tramitados a cualquier país del mundo que proporcione o no niveles adecuados de protección de datos.

De otra parte, me comprometo a leer, escribir, respetar y aplicar la política de tratamiento de datos personales de COMFAORIENTE disponible en la página web [www.comfaorientecolombiano.com](http://www.comfaorientecolombiano.com)

He leído, he sido informado y autorizo todo lo anterior.

Cordialmente,

HUELLA



FIRMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
TIPO DE DOCUMENTO: CC \_\_\_\_ CE \_\_\_\_ PA \_\_\_\_ PEP \_\_\_\_ NÚMERO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_