



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO - ANDI
COMFENALCO - CARTAGENA
NIT. 890.480.023-7
CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

Fecha de Generación:	Número Certificado:	Fecha de Certificación IE		
Ciudad:		Día	Mes	Año

DATOS DE LA INSTITUCION

El suscrito Director, Rector o Decano de: _____

Dirección: _____ NIT: _____

Resolución de Aprobación Oficial No.: _____

CERTIFICA

Que:

Adelanta en esta Institución Educativa estudios correspondientes al:

AÑO LECTIVO	NIVEL ESCOLARIDAD	GRADO/SEMESTRE	PERIODO CALENDARIO/SEMESTRE	HORARIO

Nombre del Director, Rector o Decano: _____

Firma y Sello

ACTUALIZACION DE DATOS DE CONTACTO DEL TRABAJADOR

Ciudad o Municipio:	Dirección de Domicilio:	
Teléfono de Contacto:	Celular de Contacto:	Email de Contacto:

DATOS DEL EMPLEADOR

Zona:	Nit:
Razon Social:	
Direccion:	

Declaro bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en este certificado se ajustan a la realidad.

FIRMA DEL TRABAJADOR

Autorizo el tratamiento de mis datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos, tal y como se dispone en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de junio de 2013. Del mismo modo, siempre que así lo estime, podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento, dirigiéndome siempre por escrito.

*Autorizo envío de notificaciones vía E-mail **SI** **NO**