

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE USUARIOS COMFEWEB



Código: F-ATC-15-V6

Fecha de emisión:
29/07/2019

Fecha de actualización:
02/10/2023

DATOS DEL EMPLEADOR

| | |
|---------------------|---------------|
| NIT: | |
| Razón social: | |
| Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |
| Dirección: | |
| Ciudad: | Departamento: |

DATOS DE LA SOLICITUD

| | | | | | |
|--------------------|---|---|-----|-----|-----|
| Tipo de solicitud: | Creación de usuario <input type="checkbox"/> | Fecha de solicitud | Día | Mes | Año |
| | Desactivar usuario <input type="checkbox"/> | | | | |
| Acceso: | Afiliación y novedades <input type="checkbox"/> | Crédito libranza <input type="checkbox"/> | | | |

INFORMACIÓN DEL USUARIO

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|--|
| Tipo de documento: | C.C <input type="checkbox"/> | C.E <input type="checkbox"/> | T.I <input type="checkbox"/> | No. Documento: | |
| Nombres: | | | | Apellidos: | |
| Cargo: | | | | | |
| Teléfono | | | Correo electrónico: | | |

*En caso de desactivación de usuario, indique el motivo.

Motivo desactivación:

Firma del solicitante: _____

Recomendaciones de seguridad:

- Revise periódicamente su bandeja de correo no deseado o spam ya que algunas veces los correos de COMFENALCO son redireccionados a esta carpeta.
- Los usuarios, contraseñas y cuentas de correo son únicos e intransferibles.
- Para definir su contraseña no utilice palabras conocidas, obvias y fáciles de descubrir; recuerde que su contraseña debe ser diferente del nombre de su usuario. Para mayor seguridad utilice combinación de números y letras mayúsculas y minúsculas.

Solicito, por tanto, autorizar a la persona aquí relacionada para que sea asignado el usuario y contraseña para el acceso al sistema Comfweb de Comfenalco. En caso de que la persona autorizada se retire de esta entidad o sea relevada de sus funciones, le informaremos de inmediato para que su usuario sea desactivado y sea otorgado un nuevo usuario a quien lo reemplace.

La presente solicitud la hago bajo gravedad del juramento, en concordancia con el art. 83 de la Constitución Nacional, motivo por el cual certifico que todos los documentos a este adjunto son verídicos en la información que ellos contienen y por tanto me hago responsable de la información aquí suministrada y del uso en el sistema que las personas autorizadas realicen, de acuerdo con lo contemplado en la ley y en los términos y condiciones de uso.

Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad asociada al grupo de interés de afiliados descrita en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponibles en el sitio web https://www.comfenalco.com/_files/ugd/4a7ae9_cb8d9223c3bf4593a39d8740533205e8.pdf

Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

Con la firma de este documento y de conformidad con lo establecido en la ley 1437 del 2011, solicito y acepto que para mayor agilidad y para los trámites de afiliación, reporte de novedades, gestión de cobro y para todas aquellas notificaciones que deba recibir en el marco del Subsidio Familiar, se me notifique o comunique cualquier decisión o requerimiento por medio del siguiente correo electrónico:

Correo: _____

Firma del Representante legal

Nombre: _____

Cedula: _____

Espacio reservado para
Comfenalco

VIGILADO SuperSubsidio

Nota: Anexar copia del documento de identidad de usuario.