



**SOLICITUD DE CAMBIO DE  
FORMA DE PAGO PARA LA  
ENTREGA DE CUOTA  
MONETARIA**

**CÓDIGO:** AYA-FO-002-03

**Versión:** 002

**Fecha de  
Versión:  
31/10/2024**

Página 1 de 1

Fecha (aa/mm/dd): \_\_\_\_\_

Tipo de identificación del Afiliado	CC	CE	PA	TI	
Número de Identificación del Afiliado. _____					
Nombre y Apellidos del Afiliado: _____					
Ciudad: _____			Departamento: _____		
Dirección _____			Municipio: _____		
Teléfono Fijo: _____			Celular _____		
Correo Electrónico: _____					
Autorizo a la Caja de compensación de Cartagena y Bolívar -COMFAMILIAR, para entregar el valor de la cuota monetaria através de:					
<input type="checkbox"/> Cuenta Personal: Número de cuenta _____ Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> LINEA DE CELULAR: (Banco Davivienda) Daviplata N° _____					
<input type="checkbox"/> Giro					
Banco Popular		<input type="checkbox"/> Ciudad _____		Municipio _____	
Banco Agrario		<input type="checkbox"/> Ciudad _____		Municipio _____	
<p>Autorizo de manera libre ,expresa,voluntariay debidamente informada .como titular der los datos suministrados ,para que la caja de compensacion de cartagena COMFAMILIAR,realice el tratamiento respectivo consistente en la coleccion almacenamiento ,uso ,circulacion o supresion de los mismo y con la finalidad de procesar ,validar informar ,requerir o compartir informacion relevante sobre las características de los servicios ,procesos y actividades comerciales de la caja de compensacion familiar en virtud de la relacion contractual o legal vigente entre las partes . y las necesidades 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 a realizar estudio de mercado .circulara para fines publicitariosy para reportarlos a organismode control o autoridad competente en ejercicios de sus funciones previo requerimiento formal .Dicho tratamiento se podra realizar como rpsonable o atraves del encargado que indique que la caja .adicionalmente ,entiendo que podre ejercer mis derchos de reconocer ,actualizar,rectificar y suprimir mis datos personales salvo los que se requieren de acuerdo con la relacion legal o contractual que tengo en la caja. Lo anterior ,bajo el cumplimiento de su politica de proteccion de datos ,según lo reglamentado por las leyes 1266, de 2008,1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.</p> <p>Declaro bajo la garvedad de juramento que toda la informacion suministrada es veridica y que para el caso de la forma de pago a traves de daviplata .informo que el numero suministrado me pertenece y se encuentra debidamente registrado a mi nombre .autorizo a Comfamiliar cartagena y Bolivar .para que verifique los datos aquí suministrados y que en caso de falsedad se proceda en conformidad a la ley .</p>					
Firma del trabajador _____				Huella	