



**SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN
FORMATO
AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA**

Código: F-SU-027

Versión: 3

Fecha: 13/02/2026

Fecha de Elaboración: DD MM AAAA

Yo,		Identificado (a) con:		Número:	
		C.C. C.E. PA T.I. PEP			
Dirección Residencia		Barrio		Municipio	
Teléfono Celular		Teléfono Fijo		Correo Electrónico	
Autorizo a COMFACESAR para que el valor mensual de la Cuota Monetaria de mis Personas a cargo:					
Nombre de Personas a Cargo		Nombre del Responsable a recibir el pago de la cuota monetaria		N° Identificación	
Se elabore el pago a través del siguiente medio (Seleccionar una sola opción):					
☐ 1. Consignación en Cuenta Bancaria No. _____ Entidad Financiera _____					
☐ 2. Daviplata No. Celular _____ Nombre titular _____					

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar. - COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexas, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

F. Expresa irrevocablemente y autorizo al Banco Davivienda para que consulte el saldo de mi Daviplata y en caso de la no utilización de los recursos abonados únicamente por concepto de Cuota Monetaria, los debite y los abone a la cuenta de COMFACESAR.

Firma del Trabajador
N° Identificación:

OBSERVACIONES

RECIBIDO COMFACESAR