



FECHA		
D	M	A

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – ASOCIADOS VINCULADOS Y BENEFICIARIOS:**

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como Titular de los datos personales para que éstos, incluida la huella dactilar, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la **COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE LA ORGANIZACIÓN CARVAJAL - COOPCARVAJAL** para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso circulación y destinación con la finalidad de realizar gestión de actividades culturales, enseñanza no formal, fidelización de clientes, fines históricos estadísticos y científicos, gestión de estadísticas internas, procedimiento administrativos, financiera, gestión administrativa, gestión de clientes gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, histórico de relaciones comerciales, verificación de datos y referencias, marketing, análisis de perfiles, prospección comercial, segmentación de mercados, publicidad propia, sistema de ayuda a la toma de decisiones, venta a distancia, ofrecimiento de productos y servicios, cuenta de depósito, contacto y envío de notificaciones y comunicaciones: informativas, comerciales y publicitarias a través de los medios registrados (correo electrónico, número de celular, teléfono fijo, dirección física ) y sistemas de mensajería instantánea); de igual manera, autorizo la transmisión nacional e internacional de datos personales con proveedores de servicios de almacenamiento, custodia y seguridad de la información; además, autorizo la transferencia nacional e internacional de datos con aliado: comerciales para fines de publicidad, marketing y prospección comercial. Declaro que he informado y que cuento con la autorización de los terceros aquí registrados (referencias personales y beneficiarios) para que sus datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE LA ORGANIZACIÓN CARVAJAL - COOPCARVAJAL** para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y referencias, mantener, controlar y desarrollar la relación. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección y/o supresión de datos y/o revocación de la autorización o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante un escrito dirigido a **COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE LA ORGANIZACIÓN CARVAJAL - COOPCARVAJAL** mediante correo electrónico a oficial.datos@coopcarvajal.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección CL 29 No. 6 A - 40, Cali, Valle del Cauca. La política de tratamiento de los datos del Titular, así como los cambios sustanciales que se produzcan en ésta, se podrán consultar también en el siguiente correo electrónico: oficial.datos@coopcarvajal.com o conocer en el sitio web <https://coopcarvajal.com/>.

**NOMBRE DEL ASOCIADO DEL SUBSIDIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIR CASA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN REG CIV/ TI / C.C/ NUIP: \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DIR CASA: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NIVEL: PREESCOLAR \_\_\_\_\_ PRIMARIA \_\_\_\_\_ BACHILLERATO \_\_\_\_\_ UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_ TÉCNICO \_\_\_\_\_ POSTGRADO \_\_\_\_\_

D M A

# FORMATO DESEMBOLSO SUBSIDIOS ESPECIALES



## ANEXE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Copia del documento de identidad del estudiante
2. Anexe recibo o tabulado de matrícula financiera
3. Anexe certificado médico y/o constancia de la institución

### IMPORTANTE

- Verifique que todos los campos estén diligenciados y anexe la documentación exigida.
- Sr.(a). Asociado (a): Con su firma certifica que toda la información suministrada en este formato es veráz y autoriza a la Cooperativa para solicitar apoyos en cualquier momento.
- RECORDAMOS QUE LOS SUBSIDIOS SE GIRARÁN A LA CUENTA DE AHORROS

FECHA			FIRMA DEL ASOCIADO _____
D	M	A	