FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE USUARIOS COMFEWEB

Código: F-ATC-15-V2	**Fecha de emisión:** 29/07/2019	**Fecha de actualización:** 19/06/2020

Comfenalco

DATOS DEL EMPLEADOR			
NIT:			
Razón social:			
Teléfono:			
Correo electrónico:			
Dirección:			
Ciudad:		Departamento:	

DATOS DE LA SOLICITUD						
Tipo de solicitud:	Creación de usuario ☐ Desactivar usuario ☐	Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	
Acceso:	**Registro de Afiliación y Novedades** ☐		**Transacciones Cupo Crédito y Cuota Monetaria** ☐			
	Autorizador de Créditos de Libranza ☐		**Reporte de Pagos Convenio Libranza** ☐			

INFORMACIÓN DEL USUARIO			
Tipo de documento:	C.C ☐ C.E ☐ T.I ☐	No. Documento:	
Nombres:		Apellidos:	
Cargo:			
Teléfono		Correo electrónico:	

***En caso de desactivación de usuario, llene el siguiente campo.**		
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 Comfeweb 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.

Firma del Representante legal
*Nombre:*_____
*Cedula:*_____

Espacio reservado para Comfenalco

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: _____

Nota: Anexar copia del documento de identidad de usuario.

VIGILADO SuperSubsidio