Supersubsidio

Código: FO-GTH-048; Versión: 2

CONTROL DE ASISTENCIA

ENTIDAD :	SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR	FECHA (D/M/A) :	17/Julio/2025
LUGAR :	SSF -Piso 4. - Grupo Contractual	INTENSIDASD HORARIA:	2 H.
TIPO DE ACTIVIDAD :	Levantamiento Cargas Laborales - Grupo Contractual	DURACIÓN	
NOMBRE DEL FACILITADOR:		ÁREA RESPONSABLE:	

No	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMA
1	1016.063.470	Lindsay Bahamón	Contratista.	OAP	
2	52616840	Jenny Collazos C.	CONTRATISTA	GGC	

Declaro de manera libre, expresa e inequívoca que AUTORIZO a la Superintendencia del Subsidio Familiar para que, en los términos de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso y en general el tratamiento de mis datos personales. Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

Claudia Iliana Contreras Asesora Despacho