



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
FORMATO PARA SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y
BLOQUEO DE TARJETA PREFERENCIAL

ISO: 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO 238724



Código
PAS-SCM-F-5

Versión

2

Fecha de Aprobación
10/11/2014

No.: _____

Fecha de Solicitud: _____
Día Mes Año

Fecha de Radicación: _____
Día Mes Año

Marque con una "X", si Trabajador y Cónyuge
Trabajador Cónyuge

NOMBRE DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO: _____

No. C.C.: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

PERDIDA ROBO DETERIORO ERROR EN NOMBRE O APELLIDO

ERROR EN NUMERO DE CEDULA FALTANTE T.P SERVITEN

SALDO TARJETA ANTERIOR: _____ FECHA DEL ULTIMO SALDO: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO: * Tarjeta Anterior a Reponer (error en nombre o apellido, deteriorada)
* Recibo de Caja y/o Consignación Bancaria

SOLICITADO POR AFILIADO O BENEFICIARIO	VERIFICADO POR RESPONSABLE EN LA COORDINACIÓN DE TESORERIA	VERIFICADO POR RESPONSABLE EN LA COORDINACIÓN DE SUBSIDIO	TRAMITADO POR EL PROFESIONAL DE LA COORDINACIÓN DE SUBSIDIO
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Firma:	Cargo:	Cargo:	Cargo:
	Firma:	Firma:	Firma:

SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y BLOQUEO DE TARJETA PREFERENCIAL

Numero de Solicitud	Fecha día mes año	Nombre de Quien Recibe (Coord. Subsidio)

D.O

VIGILADO SuperSubsidio



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
FORMATO PARA SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y
BLOQUEO DE TARJETA PREFERENCIAL

ISO: 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO 238724



Código
PAS-SCM-F-5

Versión

2

Fecha de Aprobación
10/11/2014

No.: _____

Fecha de Solicitud: _____
Día Mes Año

Fecha de Radicación: _____
Día Mes Año

Marque con una "X", si Trabajador y Cónyuge
Trabajador Cónyuge

NOMBRE DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO: _____

No. C.C.: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

PERDIDA ROBO DETERIORO ERROR EN NOMBRE O APELLIDO

ERROR EN NUMERO DE CEDULA FALTANTE T.P SERVITEN

SALDO TARJETA ANTERIOR: _____ FECHA DEL ULTIMO SALDO: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO: * Tarjeta Anterior a Reponer (error en nombre o apellido, deteriorada)
* Recibo de Caja y/o Consignación Bancaria

SOLICITADO POR AFILIADO O BENEFICIARIO	VERIFICADO POR RESPONSABLE EN LA COORDINACIÓN DE TESORERIA	VERIFICADO POR RESPONSABLE EN LA COORDINACIÓN DE SUBSIDIO	TRAMITADO POR EL PROFESIONAL DE LA COORDINACIÓN DE SUBSIDIO
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Firma:	Cargo:	Cargo:	Cargo:
	Firma:	Firma:	Firma:

SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y BLOQUEO DE TARJETA PREFERENCIAL

Numero de Solicitud	Fecha día mes año	Nombre de Quien Recibe (Coord. Subsidio)

D.O

VIGILADO SuperSubsidio