



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO  
SISTEMA DE GESTIÓN  
FORMATO PARA SOLICITUD TARJETA PREFERENCIAL  
DE PADRES

**Código:**  
PAS-SCM-F-22

**Versión:**  
1

**Fecha de Aprobación:**  
02/05/2024

Ciudad \_\_\_\_\_, ( ) de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con documento No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, por medio del presente documento solicito me haga entrega de la tarjeta preferencial como beneficiario(a) del trabajador(a) \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, lo anterior con el fin de realizar la redención por concepto de cuota monetaria a la cual tengo derecho como beneficiario(a), en razón de que a mi hijo(a) se le dificulta realizar el cobro de manera personal.

**Firma solicitante:**



HUELLA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE QUIEN SOLICITA TARJETA PREFERENCIAL:

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
Celular:

\_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo:

\_\_\_\_\_  
Dirección del Beneficiario:

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: