



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
FORMATO PARA AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD DE
INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Código:
PAS-SCM-F-25

Versión:
1

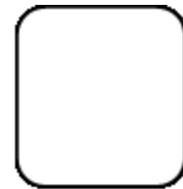
Fecha de Aprobación:
14/07/2025

Ciudad _____, () de _____ de 20_____.

Yo _____, identificado(a) con cedula de ciudadanía N°. _____ expedida en _____, afiliado(a) a la Caja de Compensación Familiar de Nariño, en calidad de beneficiario del Subsidio Familiar, me permito autorizar a la Caja de Compensación Familiar de Nariño para que, en mi nombre, realice solicitud de información tributaria ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), referente a mi situación como contribuyente.

Atentamente,

Firma solicitante (beneficiario):



HUELLA
BENEFICIARIO

Nombre completo del trabajador afiliado:

C.C. del trabajador afiliado:

Nombre completo del beneficiario:

C.C. del beneficiario:

No. de Celular o teléfono fijo del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Correo Electrónico del beneficiario:

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfamiliarnarino.com. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a COMFAMILIAR NARIÑO y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.