



Nuevo Actualización Formulario No. C.C. No.

Importante

1. Para saber si usted y su grupo familiar pueden solicitar el subsidio, lea instructivo anexo.
2. Lea cuidadosamente el formulario antes de llenarlo. Diligencielo a mano en letra imprenta, preferiblemente en tinta negra.
3. Este formulario es gratuito y puede ser fotocopiado para su distribución.
4. **No se aceptan intermediarios ni tramitadores. La persona interesada debe presentar directamente su solicitud.**

1. Modalidad de vivienda Urbano Rural Adquisición de vivienda nueva Construcción en sitio propio Mejoramiento de vivienda Usada

2. Datos del hogar postulante
Nombre del afiliado a Comfamiliar
Cédula No. Fecha de expedición

Dirección / Domicilio actual Celular No.

Departamento Municipio Barrio Teléfono No.

Correo electrónico personal

Marque las Convenciones para diligenciar las casillas del punto 3 (con el número)

Tipo - Documento de identidad	Sexo	Estado civil	Parentesco con el jefe de hogar	Ocupación	Condición Especial	Tipo de postulante
1. Cédula de Ciudadanía 2. Registro Civil - NUJP 3. Tarjeta de Identidad 4. Cédula de Extranjería 5. Pasaporte 6. Carnet Diplomático 7. Permiso por protección temporal 8. Certificado de cabildo 9. Visa 10. Identificación dada por la secretaria de educación 11. Tarjeta de movilidad fronteriza	1. Hombre 2. Mujer 3. No binario	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	1. Hijos 2. Padres 3. Hermano 4. Hijastró 5. Cónyuge o compañero (a) permanente 6. Dependientes por custodia legal o judicial 7. Abuelo/a 8. Nieto/a 9. Tío/a 10. Sobrino/a 11. Bisabuelo/a 12. Bisnieto 13. Suegro/a 14. Cuñado/a 15. Nuera 16. Yerno 17. Padres Adoptivos 18. Hijos adoptivos 19. Hijos de crianza	1. Independiente 2. Pensionado o Jubilado 3. Hogar 4. Estudiante 5. Empleado 6. Desempleado	J Mujer / Hombre cabeza de hogar D Discapacitados M65 Mayor a 65 años MC Madre comunitaria ICBF I Indígena A Miembro de hogar afrocolombiano	1. Víctimas del conflicto armado 2. En condición de desplazamiento 3. En condición de discapacidad física 4. Víctimas del conflicto armado y en condición de desplazamiento 5. Víctimas del conflicto armado y en condición de discapacidad física 6. Víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física 7. En condición de desplazamiento y en condición de discapacidad física 8. No aplica 9. Concejales 10. Desastre natural 11. Recicladores

3. Conformación y condición socio económica del hogar

Nombres y apellidos completos	Firma (Mayor de 18 años)	Fecha nacimiento			Documento de identidad	Sexo	Estado civil	Parentesco	Ocupación	Condición especial					Tipo de Postulante	Ingreso Mensuales/IBC
		Año	Mes	Día	(TD)					Número	J	D	M65	MC		
Datos del afiliado(a)																
Integrantes del hogar postulante																

Ingresos SMLV Desde Hasta Total ingresos \$

ARTICULO 2.1.1.1.1.3.3.1.1 Decreto 1077-2015 Indique el nombre de la persona que siendo parte del hogar reemplazará al jefe del hogar si renunciara o falleciera. Adjuntar documento de identidad

APELLIDOS	NOMBRES	N° IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO / TITULAR	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Información de la postulación
Nombre del proyecto:

Constructora: Urbano Rural

5. Modalidad de vivienda (para CSP / Mejoramiento) – Exclusivo oferente

Lote sin urbanizar 10% del valor de la solución Lote urbanizado hasta el 25% del valor de la solución Cubierta de losa

Terraza Lote sin Urbanizar Lote 100% Urbanizado

Propiedad del lote: Hogar OPV Ente territorial

Dirección del lote: No. Matrícula Inmobiliaria

Municipio

Nombre de la urbanización Manzana N° lote

Área del lote M2 Frente Fondo No. licencia de construcción Vencimiento licencia de construcción

Escritura Fecha escritura Fecha registro escritura Notaría

EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DEBE SER CIARO Y LEGIBLE SIN TACHONES NI ENMENDADURAS.

- LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO NO OTORGA EL DERECHO A LA ASIGNACIÓN DEL SUBSIDIO.
- EL DESPRENDIBLE DE RADICACIÓN NO GARANTIZA QUE EL HOGAR CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE POSTULACIÓN.
- ESTE FORMULARIO ES GRATUITO Y PUEDE SER FOTOCOPIADO PARA SU DISTRIBUCIÓN. NO. DE DECLARATORIA DE ELEGIBILIDAD

Espacio para ser verificado por Comfamiliar

6. Recursos Económicos

Cuenta de ahorro programado inmovilizada	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Aportes periódicos de ahorro	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Cesantías inmovilizada	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Aporte lote o terreno (CSP)	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Aporte avance de obra / ó cuota inicial	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Aporte lote subsidio por municipal o departamental	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Total Ahorro Previo	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

6.1 Recursos complementarios

Crédito Pre-aprobado	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Valor a utilizar \$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Crédito Aprobado	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Valor a utilizar \$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Total recursos complementarios	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					

7. Financiación total de la vivienda

Total Ahorro Previo	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Total Recursos complementarios	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Valor SFV <input type="text"/>	Valor del subsidio familiar de vivienda en (SMMLV)	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Valor Total de la Vivienda Para adquisición de Vivienda	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Valor de la solución para construcción en sitio propio y mejoramiento

Valor presupuesto	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Valor lote (Avalúo Catastral)	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Valor total	\$	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

9. Juramento

- Toda información aquí suministrada es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción.
- Cumplimos con las condiciones para ser beneficiarios del subsidio familiar de vivienda y no estamos incurso en las imposibilidades para solicitarlo
- Nuestros ingresos familiares no son superiores al equivalente de (4) cuatro salarios mensuales mínimos legales vigentes (SMMLV).
- **Autorizamos para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley 3 de 1991: "La persona que presente documentos o información falsos, con el objeto de que le sea adjudicado un subsidio familiar de vivienda quedará inhabilitada por el término de diez (10) años para volver a solicitarlo"**
- La vigencia del sfv es de 36 meses y sera prorrogado unicamente anexando Copia de promesa de compraventa.
- Continuidad en los pagos de aportes parafiscales para los afiliados Independientes o pensionados.

Firma del afiliado(a)	RECIBIDO	GRABACIÓN	AUDITORÍA
Nombre del afiliado(a) C.C. No.	Nombre Funcionario	Nombre Funcionario	Nombre Funcionario
Firma del cónyuge o compañero(a)			
Nombre del cónyuge o compañero(a) C.C. No. Desprendible de recepción de formulario de postulación	Año Mes Día 	Año Mes Día 	Año Mes Día

No. de Folio: _____

Caja de Compensación Familiar Comfamiliar Huila	Formulario No.
Nombre de funcionario que recibe	No. Folios anexos
Nombre del postulante	Fecha de recibo Año Mes Día
	Cédula del postulante