



| | |
|---|--|
| Caja de Compensación Familiar: COMFACASANARE | Formulario No. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| <p style="font-size: small;">Lea cuidadosamente el formulario y diligencie con letra clara y legible. Por favor diligencie las casillas que apliquen a su proceso. El hogar que se postule al subsidio familiar de vivienda deberá coincidir con los integrantes del núcleo familiar registrados en afiliaciones.</p> | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. INSCRIPCIÓN | Inscripción Nueva: <input type="checkbox"/> | Actualización: <input type="checkbox"/> | Urbano: <input type="checkbox"/> | Rural: <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|---|---|----------------------------------|---------------------------------|

| | | | |
|---|--|---|---|
| 2. MODALIDAD DE VIVIENDA | Adquisición de Vivienda Nueva <input type="checkbox"/> | Construcción en sitio Propio <input type="checkbox"/> | Mejoramiento de Vivienda <input type="checkbox"/> |
| Constructor u Oferente: | Nombre del Proyecto: | | |
| Adquisición de Vivienda Nueva: <input type="checkbox"/> | Construcción en sitio Propio: <input type="checkbox"/> | Mejoramiento de Vivienda: <input type="checkbox"/> | |

CONVENCIONES PARA LAS CASILLAS DEL PUNTO 3 (SOLO DILIGENCIAR EL NUMERO O LETRA QUE CORRESPONDA)

| TIPO DOCUMENTO (T.D.) | PARENTESCO | CONDICIÓN ESPECIAL | TIPO DE POSTULANTE | ESTADO CIVIL | GENERO | OCUPACION |
|---------------------------------|---|--|---|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| CC Cédula de ciudadanía | 1. Afiliado a COMFACASANARE. | J. Mujer/Hombre cabeza de familia | 1. Víctima de atentado terrorista | S. Soltero(a) | F. Femenino | EM. Empleado |
| CE Cédula de extranjería | 2. Conyugue o Compañero(a) | D. Discapacitado | 2. Damnificado de desastre natural | DV. Divorciado(a) | M. Masculino | I. Independiente |
| RC Registro civil | 3. Hijo (a) | M65. Mayor a 65 años | 3. Desplazado Inscrito en acción social | V. Viudo(a) | ND. No definido | P. Pensionado |
| TI Tarjeta de Identidad | 4. Hermano (a) | | 4. Reubicación zona de alto riesgo | C. Casado(a) | | D. Desempleado |
| | 5. Padre o Madre | | | UL. Unión Libre | | H. Hogar |
| | 6. Abuelo (a), Nieto (a) | | | | | ES. Estudiante |
| | 7. Tío (a), Sobrino (a), Bisabuelo (a), Bisnieto (a). | | | | | |
| | 8. Suegro (a), Cuñado (a). | | | | | |
| | 9. Padres adoptantes, Hijos adoptivos. | | | | | |
| | 10. Nuera, Yerno | | | | | |

3. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOGAR (Ver convenciones)

| APELLIDOS Y NOMBRES | FECHA DE NACIMIENTO | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | PARENTESCO | CONDICIÓN ESPECIAL | TIPO DE POSTULANTE | ESTADO CIVIL | GENERO | OCUPACION | INGRESOS MENSUALES |
|------------------------------|---------------------|-----|-----|------------------------|--------|------------|--------------------|--------------------|--------------|--------|-----------|--------------------|
| AFILIADO A COMFACASANARE | AÑO | MES | DÍA | T.D. | NUMERO | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | | | | | | |
| INTEGRANTES DEL HOGAR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL INGRESOS | | | | | | | | | | | | |

4. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Dirección de domicilio actual | Teléfono 1 | Teléfono 2 |
| Correo electrónico personal | Departamento de domicilio actual | Municipio o ciudad actual |
| Nombre/Razón social de la empresa o empleador | Teléfono de la empresa | Departamento/Municipio |
| Dirección de la Empresa | Dirección sitio de trabajo del afiliado | |

5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACION

| | | |
|---|---|--|
| INGRESOS MENSUALES EN SMMLV MARQUE CON UNA "X" | Departamento de aplicación | Municipio de aplicación |
| Desde 0 smmlv <input type="checkbox"/> Hasta 2 smmlv <input type="checkbox"/> | Desde + 2 smmlv <input type="checkbox"/> Hasta 4 smmlv <input type="checkbox"/> | Valor SFV en SMMLV |
| | | Valor del subsidio solicitado \$ <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

DESPRENDIBLE DE RADICACIÓN DEL FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL S.F.V.

| | |
|--|---|
| CAJA DE COMPENSACIÓN: COMFACASANARE | Formulario No. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| FUNCIONARIO QUE RECIBE: | No FOLIOS ANEXOS |
| NOMBRE DEL POSTULANTE | FECHA DE RECIBO |
| | DÍA MES AÑO |

PARA CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO DE VIVIENDA

| 6. VALOR DE LA SOLUCIÓN | | | | | 7. TITULARIDAD DEL PREDIO | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---|---|---|---------------------------|---|---|---|----------------------------------|-----|-----|-----|
| VALOR DE PRESUPUESTO | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | FECHA DE REGISTRO DE ESCRITURA | DÍA | MES | AÑO |
| VALOR LOTE (AVALÚO CATASTRAL) | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | NÚMERO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA | | | |
| VALOR TOTAL | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | LOTE URBANIZADO | SI | NO | |

| 8. RECURSOS ECONOMICOS | | | | | 9. INFORMACIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PREVIO | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|--|---|---|---|--------------------------|-----|-----|-----|
| AHORRO PREVIO | | | | | CUENTAS AHORRO PREVIO | | | | | | | |
| Cuenta de Ahorro Programado | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Entidad Captadora: | | | |
| Aportes Periódicos de Ahorro Cesantías | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Número de cuenta: | | | |
| Aporte Lote o Terreno | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Fecha de Apertura: | DÍA | MES | AÑO |
| Aporte Avance de Obra | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Fecha de inmovilización: | DÍA | MES | AÑO |
| Aporte de Subsidio Municipal o Departamental | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | CESANTIAS | | | |
| Aporte Lote OPV, ONG, no reembolsable | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Entidad Depositaria: | | | |
| | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Fecha de Inmovilización: | DÍA | MES | AÑO |
| TOTAL AHORRO PREVIO | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Fecha de Certificación: | DÍA | MES | AÑO |

| RECURSOS COMPLEMENTARIOS | | | | | 10. INFORMACIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PREVIO | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|----|---|---|---|---|---|---|
| Preaprobado | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Ahorro Previo | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Crédito Aprobado | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Recursos Complementarios | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Ahorro en Cualquier Modalidad | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | Subsidio Solicitado | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Aportes Ente Territorial | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | TOTAL | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Donación Otras Entidades | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | | | | | | | |
| Aportes Solidarios | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | | | | | | | |
| Otros Recursos (especificar) | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | | | | | | | |
| TOTAL RECURSOS COMPLEMENTARIOS | \$ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | | | | | | | |

11. JURAMENTO Y AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

- Declaramos que toda la 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 cuatro (4) salarios mínimos mensuales 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, modificada por la Ley 1537 de 2012.
- "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 termino de (10) años para volver a solicitarlo."
- Declaramos que los beneficiarios registrados en el numeral tres (3) de este formulario dependen económicamente del afiliado y compartimos un mismo espacio habitacional de acuerdo con lo estipulado en el numeral 2.4 del artículo 2.1.1.1.1.2 del Decreto 1077 de 2015

o AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

"Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a La Caja de compensación familiar de Casanare Comfacasanare, identificada con Nit 844.003.392-8, para la recolección, uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete al tratamiento de los que fueron recolectados para estos fines, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS), correo electrónico o cualquier otro medio tecnológico o canal de comunicación que utilice la caja de compensación para enviar información relacionada con los programas de vivienda; de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE" de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas reglamentarias vigentes. Por lo anterior, SI ___ NO ___ autorizo (amos) el envío de comunicaciones utilizando mis (nuestros) dato (s) de contactos, tales como: número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NOMBRE DE AFILIADO</td></tr> <tr><td>CEDULA DE AFILIADO</td></tr> <tr><td>FIRMA DE AFILIADO</td></tr> <tr><td>INTEGRANTE DE HOGAR</td></tr> <tr><td>FIRMA Y CEDULA</td></tr> <tr><td>INTEGRANTE DE HOGAR</td></tr> <tr><td>FIRMA Y CEDULA</td></tr> </table> | NOMBRE DE AFILIADO | CEDULA DE AFILIADO | FIRMA DE AFILIADO | INTEGRANTE DE HOGAR | FIRMA Y CEDULA | INTEGRANTE DE HOGAR | FIRMA Y CEDULA | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>INTEGRANTE DE HOGAR</td></tr> <tr><td>FIRMA Y CEDULA</td></tr> <tr><td>INTEGRANTE DE HOGAR</td></tr> <tr><td>FIRMA Y CEDULA</td></tr> <tr><td>INTEGRANTE DE HOGAR</td></tr> <tr><td>FIRMA Y CEDULA</td></tr> </table> | INTEGRANTE DE HOGAR | FIRMA Y CEDULA | INTEGRANTE DE HOGAR | FIRMA Y CEDULA | INTEGRANTE DE HOGAR | FIRMA Y CEDULA |
| NOMBRE DE AFILIADO | | | | | | | | | | | | | | |
| CEDULA DE AFILIADO | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DE AFILIADO | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRANTE DE HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y CEDULA | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRANTE DE HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y CEDULA | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRANTE DE HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y CEDULA | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRANTE DE HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y CEDULA | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEGRANTE DE HOGAR | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y CEDULA | | | | | | | | | | | | | | |

DESPRENDIBLE DE RADICACION DEL FORMULARIO DE POSTULACION AL S.F.V.

•EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DEBE SER CLARO Y LEGIBLE
 •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.
IMPRIMIR ESTE FORMULARIO EN TAMAÑO OFICIO

ESTE FORMULARIO ES GRATUITO Y PUEDE SER IMPRESO PARA SU DISTRIBUCIÓN.



ComfaCasanare
Construimos Sueños!!!