



Caja de Compensación Familiar:	COMFACASANARE	Formulario No.	
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.			

1. INSCRIPCIÓN		Inscripción Nueva: ☐		Actualización: ☐		Urbano: ☐		Rural: ☐	
2. MODALIDAD DE VIVIENDA		Adquisición de Vivienda Nueva ☐		Construcción en sitio Propio ☐		Mejoramiento de Vivienda ☐			
Constructor u Oferente:				Nombre del Proyecto:					
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)			DV. Divorciado(a)	M. Masculino	I. Independiente		
	3.	Hijo (a)	D. Discapacitado	2. Damnificado de desastre natural	V. Viudo(a)	ND. No definido	P. Pensionado		
RC Registro civil	4.	Hermano (a)			C. Casado(a)		D. Desempleado		
	5.	Padre o Madre	M65. Mayor a 65 años	3. Desplazado Inscrito en acción social	UL. Unión Libre		H. Hogar		
TI Tarjeta de Identidad	6.	Abuelo (a), Nieto (a)		4. Reubicación zona de alto riesgo			ES. Estudiante		
	7.	Tío (a), Sobrino (a), Bisabuelo (a), Bisnieto (a).							
	8.	Suegro (a), Cuñado (a).							
	9.	Padres adoptantes, Hijos adoptivos.							
	10.	Nuera, Yerno							

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	GÉNERO	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES
	AFILIADO A COMFACASANARE	AÑO	MES	DÍA	T.D.							
						1						
						TOTAL INGRESOS						

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 de la empresa
Dirección de la Empresa	Dirección sitio de trabajo del afiliado	

INGRESOS MENSUALES EN SMMLV MARQUE CON UNA "X"		Departamento de aplicación				Municipio de aplicación			
Desde 0 smmlv ☐ Desde + 2 smmlv ☐ Hasta 2 smmlv ☐ Hasta 4 smmlv ☐		Valor SFV en SMMLV		Valor del subsidio solicitado \$					
FUNCIONARIO QUE RECIBE:		No FOLIOS ANEXOS		FECHA DE RECIBO DÍA MES AÑO					

DESPRENDIBLE DE RADICACIÓN DEL FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL S.F.V.										
CAJA DE COMPENSACIÓN:		COMFACASANARE			Formulario No.					
FUNCIONARIO QUE RECIBE:					No FOLIOS ANEXOS			FECHA DE RECIBO		
NOMBRE DEL POSTULANTE					CÉDULA DEL POSTULANTE			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:							
Cuota Inicial		\$								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 incursos 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 2.1.1.1.1.1.2 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.											
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 !!!	