

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: PVIV206-PR001-FVIV007	
		Fecha creación 02/01/2012	Fecha ajuste 30/08/2024
FORMULARIO DE RENUNCIA AL SUBSIDIO		Versión: 2.0	

Día: ____ Mes: ____ Año: ____	Vigencia: _____	Postulación N° _____	Modalidad: _____
-------------------------------	-----------------	----------------------	------------------

Señores:

Caja de Compensación Familiar de Casanare COMFACASANARE

El grupo familiar encabezado por el jefe de hogar _____ y los beneficiarios abajo firmantes, solicitamos se sirvan autorizar la renuncia De mi subsidio de acuerdo con lo requerido:

Tipo de renuncia

RENUNCIA TOTAL <input type="checkbox"/>		RENUNCIA PARCIAL <input type="checkbox"/>		RENUNCIA AL AJUSTE <input type="checkbox"/>	
Renuncia a la postulación <input type="checkbox"/>	Renuncia a la asignación <input type="checkbox"/>	Vr. Monto a renunciar:		Vr. Monto a Renunciar:	
Carta Anexa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		\$ _____	\$ _____		

Causas de la renuncia

para renuncia TOTAL		para renuncia PARCIAL o AL AJUSTE	
<input type="checkbox"/> Crédito negado	<input type="checkbox"/> traslado de ciudad	<input type="checkbox"/>	Valor del subsidio comprometido en escritura inferior al valor asignado
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> incumplimiento constructor	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Problemas económicos	<input type="checkbox"/> otros	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cambio grupo familiar			

Nota: Los firmantes corresponden a las personas mayores de 18 años del núcleo familiar

JEFE DE HOGAR		BENEFICIARIO 1	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	
FIRMA		FIRMA	
CEDULA No.		CEDULA No.	
Teléfono		Teléfono	
BENEFICIARIO 2		BENEFICIARIO 3	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	
FIRMA		FIRMA	
CEDULA No.		CEDULA No.	
Teléfono		Teléfono	

Información de recepción de la renuncia al subsidio

Funcionario que recibe				Firma de recibido	
Fecha de recepción	Día	Mes	Año		



Información de recepción de la renuncia al subsidio

	Funcionario que recibe:	Firma de recibido
	Nombre del Usuario:	
	Fecha:	