



VERSIÓN: 02  
 CÓDIGO: FO-SEVI-003  
 FECHA: 28/Nov/2017

**¡IMPORTANTE:** Antes de diligenciar este formato, lea cuidadosamente las Instrucciones generales y la Información anexa.

## Formulario único de postulación Subsidio de Vivienda

Formulario No.

	AÑO	MES	DIA	HORA
--	-----	-----	-----	------

### 1. INSCRIPCIÓN

### 2. MODALIDAD DE VIVIENDA

Nueva <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	Adquisición de vivienda nueva <input type="checkbox"/>	Construcción en sitio propio <input type="checkbox"/>	Mejoramiento de vivienda <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--	---	---

### 3. DATOS DEL AFILIADO

No. de Identificación:	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres:
Dirección / Domicilio actual	Ciudad	Correo Electrónico		Teléfono fijo:
Empresa en la que trabaja	Dirección	Celular:		
				Telefono

#### CONVENCIONES PARA LLENAR EL CUADRO\*

Tipo de postulante	Documento de Identidad	Estado civil	Sexo	Parentesco con el jefe de hogar	Ocupación	Condición Especial
1. Víctima de atentado terrorista 2. Damnificado desastre natural 3. Desplazado inscrito en red 4. Hogar objeto de programa de reubicación zona de alto riesgo.	1. Cédula de Ciudadanía 2. Tarjeta de Identidad 3. Cédula de Extranjería 4. Pasaporte 5. Registro Civil 6. Otro	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Viudo	1. Femenino 2. Masculino	1. Jefe de hogar 2. Cónyuge o compañero(a) 3. Hijo 4. Hermano 5. Tío, sobrino, bisnieto, bisabuelo 6. Suegro, cuñado 7. Padres adoptantes, hijos adoptivos 8. Padre o madre 9. Abuelo, nieto 10. Nuera -Yerno	1. Independiente 2. Pensionado o jubilado 3. Hogar 4. Estudiante 5. Empleado 6. Desempleado 7. Ninguno	J Mujer / Hombre cabeza de hogar D Discapacitados M65 Mayor a 65 años MC Madre comunitaria ICBF I Indígena A Miembro de hogar afrocolombiano

### 4. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOGAR

Nombres y apellidos completos	Firma (Mayores de 18 años)	Fecha nacimiento			Documento de identidad (TD) Número	Sexo	Estado civil	Parentesco	Ocupación	Condición especial	Tipo de Postulante	Ingresos mensuales \$
		Año	Mes	Día								
Jefe de hogar												
Miembros del hogar												
Total ingresos \$												
Nombre de la Caja de Compensación Familiar diferente a COMFACUNDI a la que esté afiliado alguno de los integrantes del grupo familiar												

### 5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN

Nombre del Proyecto:	Valor SFV (SMMLV)	Municipio de aplicación:
----------------------	-------------------	--------------------------

### 6. MODALIDAD DE VIVIENDA (PARA CSP / MEJORAMIENTO)

Lote sin urbanizar 10% del valor de la solución <input type="checkbox"/>	Lote urbanizado hasta el 25% del valor de la solución <input type="checkbox"/>	Terraza <input type="checkbox"/>	Cubierta de losa <input type="checkbox"/>	No. Matrícula Inmobiliaria
Propiedad del lote: Hogar <input type="checkbox"/> OPV <input type="checkbox"/> Ente territorial <input type="checkbox"/>				
Dirección del lote	Ciudad	Nombre de la urbanización	Manzana	Lote No.
Area del lote M2	Frente	Fondo	No. licencia de construcción	Vencimiento licencia de construcción
Escritura	Fecha escritura AÑO MES DIA	Fecha registro escritura AÑO MES DIA	Notaría	

### DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca <b>COMFACUNDI</b>	Formulario No.
Nombre del colaborador que recibe	No. Folios anexos
	Fecha de recibido Año Mes Día
Nombre del postulante	Cédula de postu ante

7. RECURSOS ECONÓMICOS

Ahorro Previo	Cuenta de Ahorro Programado	\$							
	Aportes Periódicos de Ahorro	\$							
	Cesantías	\$							
	Aporte Lote o Terreno	\$							
	Aporte Avance de Obra	\$							
	Aporte Lote Subsidio por Municipal o Departamental	\$							
	Aporte lote OPV, ONG, no reembolsable	\$							
	Ahorro Previo en Cualquier Modalidad	\$							
Total ahorro previo		\$							

Recursos complementarios	Crédito Aprobado	\$							
	Aportes Solidarios	\$							
	Aportes Ente Territorial	\$							
	Donación Otras Entidades	\$							
	Evaluación Crediticia	\$							
	Otros Recursos (especificar)	\$							
	Total recursos complementarios		\$						

8. CIERRE FINANCIERO

Ahorro Previo	\$								
Recursos Complementarios	\$								
Subsidio Solicitado	\$								
Valor Total de la Vivienda Para Adquisición de Vivienda Nueva	\$								

9. VALOR DE LA SOLUCIÓN PARA CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO

Valor presupuesto	\$								
Valor lote (Avalúo Catastral)	\$								
Valor total	\$								

10. INFORMACIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PREVIO Y/O CESANTÍAS

Cuenta Ahorro Previo	Número de Cuenta										
	Fecha Apertura			AÑO			MES		DÍA		
	Entidad Captadora	Sucursal									
	Fecha Inmovilización			AÑO			MES		DÍA		
	Promedio Ahorro Últimos Seis Meses	\$									
Cesantías	Entidad Depositaria										
	Fecha Certificación			AÑO			MES		DÍA		
	Fecha Inmovilización			AÑO			MES		DÍA		
	Promedio Ahorro Últimos Seis Meses	\$									
Entidad de Crédito Aprobado			<input type="checkbox"/>	Fecha aprobación			AÑO		MES		DÍA

11. 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 cuatro (4) 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".

12. AUTORIZACIÓN: Aceptaría usted el envío de Información por medio de: Celular  \_\_\_\_\_ Correo electrónico  \_\_\_\_\_

Nombre jefe del hogar	Nombre cónyuge o compañero(a)		
Firma jefe del hogar	Firma cónyuge o compañero(a)		
C.C. No.	C.C. No.		
Nombre del colaborador que recibe	Entidad que recibe <b>COMFACUNDI</b>	No. Folios anexos	Fecha de recibo Año Mes Día



Reclame la respuesta directamente en COMFACUNDI Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
 Este documento de radicación no garantiza que el hogar cumple con los requisitos de postulación.  
 La presentación del formulario NO OTORGA NECESARIAMENTE el derecho al subsidio.