



República de Colombia
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio
Sistema Nacional de Información del Subsidio Familiar de Vivienda
**Formulario de Inscripción para Postulantes al
Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social, para Afiliados a la Caja de
Compensación familiar**



Oportunidad No.

Importante

- Para saber si usted y su grupo familiar pueden solicitar el subsidio, lea el instructivo anexo.
- Lea cuidadosamente el formulario antes de llenarlo. Diligencíelo a máquina o a mano en letra impresa
- Este formulario es gratuito y puede ser fotocopiado para su distribución.
- No se aceptan intermediarios ni tramitadores. La persona interesada debe presentar directamente su solicitud.

¿Ha recibido subsidio de vivienda otorgado por cualquier entidad ?
SI NO
Nombre de la entidad del sistema nacional de vivienda de interés social de la cual recibió el subsidio _____

Nuevo Actualización

Urbano Rural

1. Modalidad de vivienda:	Adquisición de vivienda nueva <input type="radio"/>	Construcción en sitio propio <input type="radio"/>	Mejoramiento de vivienda <input type="radio"/>	Vivienda Usada <input type="radio"/>
2. Tipo de Postulante:	Dependiente <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Madre Comunitaria <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>
3. Datos del hogar postulante				
Nombre del afiliado a Comfenalco		Documento de Identidad No.		Expedida en
Dirección / Domicilio actual		Correo electrónico		
Departamento	Municipio	Barrio	Teléfono/Celular 1	
Nombre / Razón social de la empresa por la cual se encuentra afiliado		Dirección de la empresa		Teléfono/Celular 2
Empresa donde trabaja		Dirección sitio de trabajo		Teléfono/Celular 3

Convenciones para diligenciar las casillas del punto 4

TD-Tipo Documento de Identidad	Sexo	Estado Civil	Parentesco con el jefe de Hogar	Ocupación	Condición especial	Tipo de postulante
C.C. Cedula de Ciudadanía CE Cedula de extranjería TI Tarjeta de Identidad RC Registro Civil	1. Femenino 2. Masculino	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Separado 5. Viudo	1. Jefe de Hogar 2. Conyugue o Compañero (a) 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre 6. Madre 7. Abuelo (a) 8. Nieto (a) 9. Tio (a) 10. Sobrino (a) 11. Bisabuelo (a) 12. Bisnieto (a) 13. Suegro (a) 14. Cuñado (a) 15. Padre/Madre Adoptante 16. Hijo (a) adoptante 17. Nuera 18. Yerno	1. Independiente 2. Pensionado o Jubilado 3. Religioso 4. Hogar 5. Estudiante 6. Empleado 7. Desempleado 8. Ninguno	1. Mujer / Hombre cabeza de hogar 2. Discapacitado 3. Mayor de 65 años 4. Madre comunitaria ICBF 5. Miembro de hogar Afrocolombiano 6. Indígena 7. Reubicado archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	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 5. Reubicado archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

4. Conformación y condición socio económica del hogar													
Nombres y apellidos completos	Firma (Mayores de 18 Años)	Fecha de Nacimiento			Documento de identidad		Sexo	Estado civil	Parentesco	Ocupación	Condición Especial	Tipo Postulante	Ingresos Mensuales \$
		Año	Mes	Día	(TD)	Número							
Datos del Afiliado (a)													
Integrantes del Hogar Postulante													
Observaciones Ingresos:											Total Ingresos	\$	
Salario Reportado en Afiliación(*)		\$	Valor ingresos a tener en cuenta para la liquidación del SFV									\$	
4.1 Nombre de la Caja de Compensación Familiar a la que este afiliado como trabajador alguno de los integrantes del grupo familiar													

5. Información de la postulación			
Nombre del Proyecto:		Urbano <input type="radio"/>	Rural <input type="radio"/>
Nombre del Oferente:		Departamento	Municipio

6. Modalidad de Vivienda (para Construcción en Sitio Propio y Mejoramiento de Vivienda)			
<input type="radio"/> Lote	<input type="radio"/> Terraza	<input type="radio"/> Mejoramiento	
Propiedad del Lote:		<input type="radio"/> Hogar	<input type="radio"/> OPV
Dirección del predio		Departamento	Municipio
Nombre de la Urbanización		Manzana	No. Lote
Barrio		Licencia de Construcción No.	Vencimiento Licencia de Construcción
Escritura de compra venta No.	Fecha de Escritura	No. matrícula inmobiliaria	Fecha Registro Escritura

FTO-VIV-SDV-01 V5

- Para solicitar información sobre su postulación puede comunicarse al _____
 - Este dependiente de radicación no garantiza que el hogar cumple con los requisitos de postulación.
 - La presentación del formulario NO otorga necesariamente el derecho del subsidio.
- * Cada novedad o cambio de fase del proceso de postulación será notificada al correo electrónico registrado en el formulario de postulación.

FTO-VIV-SDV-01 V5

7. Recursos Económicos														
Ahorro Previo	Entidad	Fecha de apertura/ inmovilización/ registro de escritura												
		DD	MM	AAAA										
Cuenta de ahorro programado para Vivienda	1				\$									○
	2				\$									○
Cesantías	1				\$									○
	2				\$									○
Aportes periódicos de ahorro					\$									○
Cuenta de Ahorro programado contractual con evaluación crediticia favorable previa					\$									○
Fiducia Constructor					\$									○
Cuota Inicial					\$									○
Aporte lote o terreno					\$									○
Aporte avance de obra					\$									○
Otros recursos (especificar)					\$									○
Total Ahorro Previo					\$									○
Recursos complementarios	Entidad	Fecha												
		DD	MM	AAAA										
Crédito aprobado					\$									○
Aportes solidarios					\$									○
Aportes ente territorial					\$									○
Donación otras entidades					\$									○
Otros recursos (especificar)					\$									○
Total recursos complementarios					\$									○
8. Financiación total para adquisición de la vivienda														
Total ahorro previo					\$									○
Total recursos complementarios					\$									○
Valor subsidio Solicitado	Valor SFV (SMMLV)				\$									○
Cierre financiero					\$									○
Valor de la vivienda a adquirir					\$									○
9. Valor de la solución para construcción en sitio propio o mejoramiento														
Valor presupuesto de obra					\$									○
Valor lote (Avalúo Catastral)					\$									○
Valor total					\$									○
10. Juramento														
10.1. Toda información aquí suministrada es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción.														
10.2. Cumplimos con las condiciones para ser beneficiarios del subsidio familiar de vivienda y no estamos incurso en las imposibilidades para solicitarlo.														
10.3. Nuestros ingresos familiares no son superiores al equivalente de (4) cuatro salarios mensuales mínimos legales vigentes (SMMLV).														
10.4. Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adoptado, igualmente declaro haber informado, en los casos que aplique, a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co , la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co , líneas telefónicas 8862727 - 018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos del menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.														
Firma del Afiliado(a)														
Nombre del Afiliado(a)														
C.C. No.														
Firma del Cónyuge o Compañero(a)														
					Nombre de funcionario que recibe					Nombre de funcionario que verifica				
Nombre del Cónyuge o Compañero(a)					Fecha de recibido					Fecha de recibido				
C.C. No.					Año		Mes		Día	Año		Mes		Día
No. de Folios														

Notas

FTO-VIV-SDV-01 V5

Desprendible de recepción de formulario de postulación

Caja de Compensación Familiar Comfenalco Valle delagente					Oportunidad No.								
Nombre de funcionario que recibe					No. Folios anexos					Fecha de Recibido			
Nombre del postulante					No. Cédula del Postulante								

FTO-VIV-SDV-01 V5