

INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA POSTULACIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA

Requisitos básicos para tener en cuenta:

- El Jefe del Hogar Postulado debe ser afiliado a COMFAMILIAR
- Los Ingresos del Hogar Postulado no pueden ser mayores a 4 S.M.L.M.V.
- No Ser Propietarios y/o poseedores de una vivienda.
- No haber recibido algún tipo de subsidio de vivienda de Cajas de Compensación ni de programas del Gobierno Nacional.
- Si no cuenta con proyecto seleccionado el cierre financiero mínimo requerido es de 90 S.M.L.M.V (ahorro+ Crédito+ Subsidio de Comfamiliar = Cierre Financiero)

“Antes de diligenciar el Formulario, lea cuidadosamente esta guía, debe de contar con la firma digital de todas las personas mayores de edad que se vayan a postular, para que al final del formulario anexen la firma con su respectivo número de cedula”

INSTRUCTIVO

A continuación, encontrará la explicación del contenido de cada uno de los numerales del formulario.

1. INSCRIPCIÓN Y MODALIDAD DE VIVIENDA

1.1 **Componente** Seleccione si la postulación corresponde a Urbano o Rural

1.1.1 **Inscripción:** Seleccione la modalidad de postulación a la que aspira, inscripción Nueva y Adquisición de vivienda nueva.

1.2 **Modalidad** Seleccione si la postulación corresponde : Adquisición de Vivienda nueva, Construcción en sitio propio, Mejoramiento de Vivienda, Madres Comunitarias (Adquisición de Vivienda Usada)

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda
☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clinica Comfamiliar ☎ PBX:313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

1.3 **Oferente/ proyecto:** Registro el nombre de la constructora donde dice oferente y el nombre del proyecto, si no cuenta con proyecto seleccionado escribir NO APLICA.

2. CONFORMACIÓN DEL HOGAR Y CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Se escribirán en primer lugar los datos del Jefe de hogar quien debe ser el cotizante en la caja de Compensación, a continuación, los del esposo(a) o compañero(a), luego los hijos de mayor a menor y demás familiares. Las casillas a diligenciar para cada uno de los integrantes del hogar corresponden a:

Tipo de identificación: corresponde al tipo de documento de identidad así:
Cédula de ciudadanía.

Cédula de extranjería.

Documento de identidad: escriba el número de documento.

Nombres y apellidos: debe de escribir nombres y apellidos completos

Fecha de Nacimiento: seleccione la fecha de nacimiento en el calendario

SEXO: Seleccione el que corresponda al jefe de hogar hombre o mujer

ESTADO CIVIL: Seleccione el que corresponda al jefe de hogar

S: Soltero(a)

C: Casado(a) o unión marital de hecho

D: Divorciado o Viudo

CONDICIÓN ESPECIAL: Escriba si alguno de los miembros del hogar tiene la respectiva condición, así:

J: Mujer/Hombre Cabeza de Hogar

D: discapacitado

AF: Afrocolombiano

OCUPACIÓN: Para el jefe de hogar siempre corresponderá a Empleado. Seleccione la opción **Empleado**.

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

INGRESOS MENSUALES: Registre el ingreso base de cotización indicado en la carta laboral.

MIEMBROS DEL HOGAR

Tipo de identificación: corresponde al tipo de documento de identidad así:

Cédula de ciudadanía.

Cédula de extranjería.

Registro Civil de nacimiento.

Documento de identidad: Escriba el número de documento.

Nombres y apellidos: Debe de escribir nombres y apellidos completos

Fecha de Nacimiento: seleccione la fecha de nacimiento en el calendario

Sexo: Seleccione el que corresponda al jefe de hogar hombre o mujer

Parentesco: Relacione el parentesco con el Jefe del Hogar de acuerdo con la siguiente numeración:

2: Cónyuge o compañera

3. Hijo (a)

4. Hermano (a)

5. Padre o Madre

6. Abuelo o nieta

7. Tío o sobrino

8. Suegro o cuñado

9. Padres adoptantes/ hijos adoptivos

10. Nuera / Yerno

OCUPACIÓN: Escriba el tipo de actividad que desempeñe cada uno de los integrantes del hogar según las convenciones:

H: Hogar

ES: Estudiante.

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX:313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

EM: Empleado

I: Independiente.

P: Pensionado

D: Desempleado.

ESTADO CIVIL: Seleccione el que corresponda al jefe de hogar

S: Soltero(a)

C: Casado(a) o unión marital de hecho

D: Divorciado o Viudo

CONDICIÓN ESPECIAL: Escriba si alguno de los miembros del hogar tiene la respectiva condición, así:

J: Mujer/Hombre Cabeza de Hogar

D: Discapacitado

AF: Afrocolombiano

INGRESOS MENSUALES: Registre el ingreso base de cotización si se encuentra como cotizante en la caja de compensación.

3 DATOS DE HOGAR POSTULANTE

3.1 Información del domicilio Actual

Dirección de Residencia: Escriba la dirección del domicilio actual.

Departamento: Escriba el departamento donde se encuentra ubicado su dirección de residencia.

Ciudad: Escriba la ciudad donde se encuentra ubicada su residencia.

Teléfono Fijo: Registre un numero de contacto fijo en caso de no contar con el dejar espacio en blanco.

Teléfono celular: Este campo es obligatorio.

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

Teléfono celular Alternativo: Registre un número de teléfono diferente al inicial

Correo electrónico: registre un correo electrónico donde se enviará todas las notificaciones correspondientes a su postulación.

Los campos con **asterisco *** son obligatorios.

3.2 Información de la Empresa

Nombre de la empresa: Registre el nombre de la empresa indicado en la carta laboral

Dirección de la empresa: Registre la dirección de la oficina principal de la empresa donde labora

Departamento: Registre el departamento de la oficina principal de la empresa

Ciudad: Registre la ciudad de la oficina principal de la empresa

Teléfono fijo: Registre el teléfono de la oficina principal de su empresa es obligatorio

Teléfono celular: Registre el teléfono celular de la empresa (opcional)

3.3 Información de l sitio de trabajo

Nombre de la empresa: Registre el nombre de la empresa donde desarrollar sus actividades *Ejemplo: Si se encuentra contratado por una temporal el nombre de la empresa principal es la temporal y en este campo registra el nombre de la empresa donde desarrolla sus labores, si es la misma que la principal registra la misma información.*

Dirección de la empresa: Registre la dirección de la empresa donde desarrolla sus actividades

Departamento: Registre el departamento de la empresa donde desarrolla sus actividades

Ciudad: Registre la ciudad de la empresa donde desarrolla sus actividades

Teléfono fijo: Registre el teléfono de su empresa donde se pueda ubicar fácilmente

Teléfono celular: Registre el teléfono celular de la empresa (opcional)

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

Correo electrónico: Registre su correo corporativo y/o institucional.

4 . INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN

Ingresos mensuales

De acuerdo a la sumatoria de los ingresos del grupo familiar indicados anteriormente seleccione el rango de ingresos en el que se encuentra.

Ingresos desde 0 hasta 2 S.M.M.L.V

Ingresos > 2 hasta 4 S.M.M.L.V

Si cuenta con proyecto seleccionado registre

Departamento de Aplicación

Municipio de Aplicación

Valor del subsidio

Ingrese el valor según el caso que aplique:

Ingresos desde 0 hasta 2 S.M.M.L.V El valor del subsidio no puede superar los 30 S.M.L.M.V

Ingresos > 2 S.M.M.L.V hasta 4 S.M.M.L.V El valor del subsidio no puede superar los 20 S.M.L.M.V

Aporte lote o terreno (solo aplica para construcción en sitio propio)

Para las modalidades de Construcción en sitio propio y Mejoramiento Urbano el valor del subsidio no puede superar los 18 S.M.M.L.V

Para las modalidades de Construcción en sitio propio Rural el valor del subsidio no puede superar los 70 S.M.M.L.V, y en la modalidad de Mejoramiento Rural no puede superar los 22 S.M.M.L.V.

5 . VALOR DE LA SOLUCIÓN

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

Solo aplica para las modalidades de Construcción en sitio propio y Mejoramiento de Vivienda

Valor presupuesto: Registre el valor total del presupuesto entregado por el profesional encargado de la obra

Valor lote (Avalúo comercial) Registre el valor indicado en el Recibo del Impuesto Predial

6 . MODALIDAD DE VIVIENDA

Solo aplica para las modalidades de Construcción en sitio propio y Mejoramiento de Vivienda

Fecha de Registro de escritura: Indica la fecha de registro con base en el certificado de tradición

Número de matrícula inmobiliaria: Registre el número de matrícula indicado en el certificado de tradición

Lote Urbanizado: Para los casos de Construcción en sitio propio Urbano el lote deberá ser urbanizado marque SI o NO.

7 . RECURSOS ECONÓMICOS – AHORRO PREVIO

Escribir en la casilla correspondiente donde tiene representado el ahorro con base en las certificaciones correspondientes, los cuales pueden estar representados en las siguientes modalidades

- Cuenta de ahorro Programado (ahorros en entidades financieras)
- Aporte periódicos de ahorros (ahorros voluntario contractual del Fondo Nacional del ahorro, Fondo de empleados y/o cooperativas de ahorro y crédito
- Cesantías **Inmovilizadas,**
- Cuota Inicial a constructora reflejada en la certificación

RECURSOS COMPLEMENTARIOS

Corresponde a los recursos adicionales con los que se realizará el pago total de la

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

vivienda y que se cuenta con su respectiva certificación

Crédito Aprobado. Registro el valor indicado en el documento entregado por el banco si el crédito es **APROBADO**

Crédito Pre-Aprobado: Registro el valor indicado en el documento entregado por el banco si el crédito es **PRE—APROBADO**

Aportes ente territorial: Registre si cuenta con recursos asignados por medio de actos administrativos por Alcaldías o Gobernación

Otros recursos: Deberá adjuntar la certificación correspondiente para ser evaluados.

8. FINANCIACIÓN TOTAL DE LA VIVIENDA

Corresponde a los recursos totales con lo que cuenta el hogar para la compra de su vivienda.

9. VALOR DE LA VIVIENDA

Registre el valor total de la Vivienda si ya cuenta con un proyecto seleccionado.

10. INFORMACIÓN DEL AHORRO PREVIO

Cuenta de Ahorro Programado: Si registra que tiene ahorro programado diligencie los datos con base en el certificado

Nombre de la entidad captadora: Corresponde al nombre de la entidad financiera

Número de cuenta: número indicado en el certificado

Fecha de certificación: fecha en que fue expedido el documento

Fecha de apertura: Fecha de inmovilización o apertura de la cuenta que debe estar reflejada en la certificación.

Aportes periódicos de ahorro

Nombre de la entidad captadora: Corresponde al nombre de la entidad se Fondo Nacional del ahorro con ahorro voluntario, fondo de empleados y/o cooperativa

Fecha de certificación: fecha en que fue expedido el documento

Fecha de apertura: Fecha de inmovilización o apertura de la cuenta que debe de estar reflejada en la certificación

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

Cesantías: (fondos públicos o privados)

Nombre de la entidad captadora: Corresponde al nombre de la entidad que certifica las cesantías

Fecha de certificación: fecha en que fue expedido el documento

Fecha de inmovilización: Fecha de inmovilización el cual debe estar indicado en el certificado.

Cuota inicial

Nombre de la entidad captadora: Nombre de la Constructora

Fecha de certificación: fecha en que fue expedido el documento

Fecha de apertura: Fecha de la primera consignación el cual se debe ver reflejado en el certificado o en soportes de consignación.

11. JURAMENTO

Deberá leer esta declaración que el hogar realiza bajo juramento, constatando que todos los datos consignados en el formulario corresponden a información veraz.

12. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Deberá leer esta declaración ya que este documento establece las condiciones bajo las cuales el abajo firmante autoriza a COMFAMILIAR RISARALDA el tratamiento de sus datos personales, dar clic en aceptar.

13. FIRMA DEL FORMULARIO

Lo deberán firmar todos los integrantes del grupo familiar mayor de edad. Declaración de Postulación con cuota inicial

Si cuenta con un proyecto seleccionado deberá leer las indicaciones y marcar la casilla.

14. ADJUNTOS

Realice el cargue de los documentos en un solo archivo en formato PDF en el siguiente orden.

1. Fotocopia legible y ampliada de las cédulas de ciudadanía de los mayores de 18 años, Registro civil de nacimiento de los menores de 18 años.
2. Estado civil:**CASADOS**: Registro civil de matrimonio

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

UNION MARITAL DE HECHO (unión libre) entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:

- Por Escritura Pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes
- Por Sentencia Judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los jueces de Familia de primera Instancia
- Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido. Puede ser expedida de manera GRATUITA, en los Centro de Conciliación de la Universidad Libre, Comando de Policía Metropolitana de Pereira ubicado en la Avenida Sur, Centro de conciliación y medición de la Policía Nacional ubicado en la Calle 14 con carrera quinta esquina Pereira.
- También puede ser emitida CON COSTO en la Cámara de Comercio de Pereira.

Nota: La Declaración Extra Proceso expedida en la Notaria, Juez de Paz o Secretaria de Gobierno NO es válida ni reemplaza este documento.

SEPARADOS: Registro civil de matrimonio o Registro civil de nacimiento donde se evidencie la anotación del divorcio.

3. **Carta laboral** de cada uno de los integrantes mayores de edad del grupo familiar a postularse que actualmente se encuentren laborando, donde se evidencie el total de los ingresos mensuales, con fecha de expedición no mayor a 30 días, Para los Pensionados del hogar postulado desprendible de la última mesada pensional.

4. Ahorros del hogar postulado:

- **Si está representado en una cuenta de ahorro programado:** Certificación de la entidad financiera o cooperativa que indique que es **CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO**, con fecha de expedición no mayor a 30 días, con fecha de apertura, saldo a la fecha, número de la cédula, nombre del titular y número de la cuenta.
- **Si está representado en ahorro voluntario del Fondo Nacional del Ahorro:** Certificación del ahorro donde están depositados indicando que se encuentran

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com

INMOVILIZADOS, con fecha de expedición no mayor a 30 días, con el valor destinado para vivienda, fecha de inmovilización, nombre y cédula del titular.

- **Sí está representado en cesantías:** Certificaciones de los fondos de cesantías donde están depositadas indicando que se encuentran **INMOVILIZADAS**, con fecha de expedición no mayor a 30 días, con el valor destinado para vivienda, fecha de inmovilización, nombre y cédula del titular.
- **Sí está representado en pagos de cuota inicial:** Certificado emitido por la constructora del proyecto donde indique **VALOR Y FECHA DE LA PRIMERA CONSIGNACIÓN**. Si los ahorros están consignados en una fiduciaria de administración y pagos: Certificado expedido por la fiduciaria con nombre del proyecto, valor consignado, fecha de apertura y/o Estado de Cuenta donde se puedan verificar los pagos realizados.

5. **Certificado vigente del crédito** pre-aprobado o aprobado, emitido por la entidad financiera, donde indique el monto del préstamo al cual podrá acceder

6. Certificación de condiciones especiales:

- **Miembro del grupo familiar con discapacidad física o mental:** Certificaciones médicas que lo acrediten.
- **Madre comunitaria:** Certificación expedida por el ICBF.
- **Afrocolombianos o Indígenas:** Certificaciones expedidas por el Ministerio del Interior que lo acrediten.

**PROCESO DE VIVIENDA
COMFAMILIAR RISARALDA
606 3135600
Ext. 2483-2484-2485**

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda
☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com