



**Comfamiliar**  
RISARALDA

## 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 SMLMV (\$4'000.000)
- 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 \$95.000.000 es decir la suma del ahorro+ Crédito+ Subsidio de Comfamiliar

**“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)

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.

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

## **2. CONFORMACION DEL HOGAR Y CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS**

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

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

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

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

## 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.  
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

*Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700*

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

**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

**Teléfono celular Alterno:** 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 \* 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)

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

### **3.3 Información del 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)

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

### **4. INFORMACION DE LA POSTULACION**

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 SMMLV

Ingresos desde > 2 hasta 4 SMMLV

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 SMMLV El valor del subsidio no puede superar los subsidios \$30.000.000

Ingresos desde > 2 hasta 4 SMMLV el valor del subsidio no puede superar los subsidios \$20.000.000

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





# Comfamiliar

RISARALDA

Para las modalidades de Construcción en sitio propio y Mejoramiento Urbano el valor del subsidio corresponde a \$18.000.000

Para las modalidades de Construcción en sitio propio Rural el subsidio corresponde \$55.000.000 y en la modalidad de mejoramiento corresponde a \$16.000.000

## **5. VALOR DE LA SOLUCION**

*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 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 ECONOMICOS – 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
- Aporte lote o terreno (solo aplica para construcción en sitio propio)

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

### **RECURSOS COMPLEMENTARIOS**

Corresponde a los recursos adicionales con los que se realizará el pago total de la 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 FINANCIACION 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 registro 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 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](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





**Comfamiliar**  
RISARALDA

**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. AUTORIZACION 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.

**14. ADJUNTOS**

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

1. Fotocopia legible de las cédulas de ciudadanía de los mayores de edad
2. Registro civil de nacimiento legible de los menores de edad (cuando aplique)
3. **Casados:** registro civil de matrimonio (cuando aplique)

Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda  
PBX: 313 5600 FAX:313 5670 - Clínica Comfamiliar: PBX:313 8700

✉ [comfarda@comfamiliar.com](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 





# Comfamiliar

RISARALDA

**Unión Marital de Hecho** escritura pública ante notario o acta de conciliación suscrita en un centro legalmente constituido, como comisarías de familia o centros de conciliación (cuando aplique)

**Separados** Registro civil de matrimonio o registro civil de nacimiento donde se evidencie la anotación del divorcio (cuando aplique)

#### 4. Certificados de ahorros:

- Si está representado en una cuenta de ahorro programado: Certificación original 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 cesantías:** Certificaciones originales de los fondos de cesantías donde están depositadas que indique que se encuentran **INMOVILIZADAS**, con fecha de expedición no mayor a 30 días, con el valor destinado para vivienda y fecha de inmovilización, nombre y cédula del titular.
- **Si 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 fiducia de administración y pagos: Certificado expedido por la fiducia con nombre del proyecto, valor consignado, fecha de apertura y/o Estado de Cuenta donde se puedan verificar los pagos realizados.

5. Certificado original del crédito pre-aprobado o aprobado, emitido por la entidad financiera, donde se indique el monto del préstamo al cual podrá acceder, con fecha de expedición no superior a 30 días.

#### 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.

La solicitud enviada queda pendiente por validación de documentos y requisitos, en caso de encontrar alguna novedad el proceso de vivienda se contactará a través del correo electrónico registrado en esta solicitud.

PROCESO DE VIVIENDA  
COMFAMILIAR  
RISARALDA 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](mailto:comfarda@comfamiliar.com)  [www.comfamiliar.com](http://www.comfamiliar.com)

VIGILADO SuperSubsidio 

