

	REQUISITOS Y DOCUMENTOS PARA LA POSTULACIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA VIVIENDA NUEVA Y USADA	Código: F-VI-20
		Fecha: 28-10-2025
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ Jefe Departamento de vivienda	PROCESO VIVIENDA REVISÓ Profesional Senior 5	Versión: 03
		Página 1 de 1
		APROBÓ Comité de Calidad

REQUISITOS		APROBACIÓN
1	Ser afiliado a COMFASUCRE y la empresa en la que labora se encuentre al día con los aportes parafiscales al momento de la apertura hasta la asignación, para trabajador dependiente debe estar afiliado como mínimo un (1) mes y para independientes mínimo seis (6) meses de afiliación antes de la apertura.	
2	Podrán postularse hogares unipersonales o conformar un núcleo familiar que comparta el mismo espacio habitacional con parentesco hasta tercer grado de consanguinidad.	
3	Los ingresos del grupo familiar sumados deben ser iguales o inferiores a 4 SMMLV a la fecha de postulación.	
4	No haber sido beneficiario de Subsidio de Vivienda del INURBE, ICT, FONVIVIENDA o Caja de Compensación en ninguna de sus modalidades así se haya trasferido la vivienda.	
5	Ninguno de los miembros del núcleo familiar pueden ser propietario de vivienda o lotes en el territorio nacional.	
6	Tener en cuenta que el hogar y el estado civil que se declara en la postulación deben ser el mismo que se encuentra activo en la afiliación a COMFASUCRE y este será el que posteriormente se incluya en la legalización del subsidio.	
7	El valor máximo para la compra de vivienda de interés social (VIS) será de 135 SMLMV.	
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS		
1	Formulario de postulación diligenciado y firmado por los miembros mayores de edad que conformen el hogar postulantes.	
2	Copia legible de las cédulas de ciudadanía de los mayores de edad y registro civil o tarjeta de identidad de los menores de edad.	
3	Copia del carné de afiliado a COMFASUCRE con vigencia dentro de la convocatoria.	
4	Declaración juramentada (formato anexo al formulario).	
5	Declaración convivencia habitacional con menor de edad (formato anexo al formulario).	
6	En el caso de Madres Comunitarias del ICBF, Víctimas de desplazamiento forzado o Damnificados por Desastres Natural u Ola Invernal, diligenciar formato anexo al formulario y anexar el certificado que demuestre la condición.	
7	* Para Dependientes: certificación laboral que indique los ingresos del postulante y del conyuge si labora. * Para Independientes: certificado emitido por un contador público donde conste el ingreso mensual, copia de la tarjeta profesional del contador, certificación junta central de contadores y copia de los (6) últimos pagos de la planilla asistida (anteriores a la fecha de apertura de la convocatoria). * Para Pensionados: desprendible de pago donde conste el aporte a Comfasucre del último mes antes de la apertura de la convocatoria. * Para Madres Comunitarias: certificación laboral que indique que el objeto social del empleador es con fines a prestar servicios al ICBF.	
8	En los casos de hogares víctimas de desplazamiento o desastres naturales, deben estar inscritos en los correspondientes registros y aportar las certificaciones correspondientes.	
9	En el caso de los hogares con condición especial, deberán adjuntar el formato en el cual se selecciona el tipo de vivienda a postularse (nueva o usada) Formato subsidio familiar de vivienda de acuerdo a los Decretos 412 de 2016 y 133 de 2018.	
10	Certificado emitido por la EPS que acredite la discapacidad física o mental de alguno de los miembros del hogar, cuando fuere el caso.	
11	Presentar la documentación con folder de cartón y gancho legajador.	
AHORRO PREVIO		
1	Certificación emitida por el Fondo de Cesantías en la que conste datos del titular, valor inmovilizado igual o superior a \$3.000.000,00, fecha de inmovilización y firma del funcionario autorizado del Fondo, con fecha de expedición dentro del término de la convocatoria.	
2	Certificación emitida por la entidad bancaria donde se realice el ahorro programado para vivienda igual o superior a \$3.000.000,00, en la que conste los datos del titular, tipo de cuenta Ahorro programado, número de cuenta, valor total ahorrado, fecha de apertura y firma del funcionario autorizado del Banco, con fecha de expedición dentro del término de la convocatoria.	
3	Certificación del Fondo de empleados, cuyos recursos estén destinados a Vivienda igual o superior a \$3.000.000,00, en la que conste los datos del postulante, valor ahorrado, fecha de apertura y fecha de inmovilización, firma del funcionario autorizado del Fondo, con fecha de expedición dentro del término de la convocatoria.	
4	Certificación de la Cuenta de Ahorro Voluntario Contractual expedida por el FNA igual o superior a \$3.000.000,00, en donde conste datos del titular de la Cuenta, valor ahorrado, fecha de inmovilización, firma del funcionario autorizado del Fondo, con fecha de expedición dentro del término de la convocatoria.	
5	En el caso de subsidios o aportes municipales o departamentales, certificación de su existencia expedida por la autoridad local competente en cada caso.	
Nombre funcionario que recibe: _____ Firma: _____ Fecha: _____		
Nota: El subsidio familiar de vivienda no puede superar el 90% del valor de la solución de vivienda, El grupo familiar postulado no puede tener Propiedades, los formularios que se radiquen deben tener la documentación completa.		

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFASUCRE PROHIBIDA SU
REPRODUCCIÓN POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACIÓN ESCRITO DE LA OFICINA DE CALIDAD.

COPIA CONTROLADA



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULANTES AL SUBSIDIO DE VIVIENDA URBANO/RURAL AFLIADOS A COMFASUCRE

Código: F-VI-07

Fecha: 19-11-2024

Versión:02

Página 1 de 2

PROCESO VIVIENDA

ELABORÓ/ ACTUALIZÓ

REVISÓ

APROBÓ

Jefe Departamento de vivienda

Profesional Senior 5

Comité de Calidad

1. INFORMACIÓN DE POSTULACIÓN

INSCRIPCIÓN

INSCRIPCIÓN NUEVA ☐

ACTUALIZACIÓN ☐

MODALIDADES DE VIVIENDA

ADQUISICIÓN DE VIVIENDA NUEVA

ADQUISICIÓN DE VIVIENDA USADA (VÍCTIMAS DE

DESPLAZAMIENTO, DAMNIFICADOS, MADRES COMUNITARIAS

CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO

CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO RURAL

FORMULARIO No

2. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DEL HOGAR

APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES
		AÑO	MES	DÍA	TD	NUMERO							
JEFE DEL HOGAR AFILIADO													
MIEMBROS DEL HOGAR													

Recuerde: Los ingresos acreditados en este formulario deberán ser los mismos que se presenten para el acceso al crédito hipotecario, en caso de inconsistencia detectada en cualquier momento será objeto de anulación y/o restitución del subsidio.

TOTAL INGRESOS

CONVENCIONES PARA DILIGENCIAR LAS CASILLAS DEL NUMERAL 2

TIPO-DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCUPACIÓN
1: Cedula de Ciudadanía 2: Tarjeta de identidad 3: Cedula de Extranjería 4: Pasaporte 5: Registro Civil 6: Permiso Especial de Permanencia PEP	1: Jefe del hogar 2: Cónyuge o Compañera (o) 3: Hijo(a) 4: Hermano(a) 5: Padre o Madre 6: Abuelo(a), Nieto(a) 7: Tio(a), Sobrino(a), Bisabuelo(a), Bisnieto(a) 8: Suegro(a), Cuñado(a) 9: Padres Adoptantes, Hijos adoptivos 10: Nuera, Yerno	1: Madre/Padre Cabeza de Familia 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 Acción Social 4: Hogar objeto de Programa de Reubicación zona de alto riesgo. 5: Reubicado Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	1: Soltero(a) 2: Casado(a) o unión marital de hecho 3: Divorciado, Viudo	M: Hombre F: Mujer I: Indet.	H: Hogar ES: Estudiante EM: Empleado I: Independiente P: Pensionado D: Desempleado

3. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	MUNICIPIO Y DEPTO RESIDENCIA:
BARRIO:	CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:	

4. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE EMPRESA:	NIT:	DIRECCIÓN EMPRESA:
MUNICIPIO/ DEPTO:	TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN

DEPARTAMENTO DE APLICACIÓN:	MUNICIPIO DE APLICACIÓN:	
INGRESOS MENSUALES (SMMLV)	VALOR SFV (SMMLV)	VALOR SUBSIDIO SOLICITADO
DESDE	HASTA	
INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE:	No FOLIOS:	FECHA RECIBO:



2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE:	No DE FOLIOS	FECHA DE RECIBO
FECHA PUBLICACIÓN:	AÑO	MES
NOMBRE DEL POSTULANTE:	CEDULA DEL POSTULANTE:	DÍA

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFASUCRE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO,
SIN AUTORIZACION ESCRITA DE LA OFICINA DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

6. RECURSOS ECONÓMICOS																	
AHORRO PREVIO						RECURSOS COMPLEMENTARIOS											
Cuenta de ahorro programado y/o contractual					\$		Ahorro previo en cualquier modalidad					\$					
Aportes periódicos de ahorro					\$		Crédito aprobado					\$					
Cesantías					\$		Aportes solidarios					\$					
Cuota inicial					\$		Aporte ente territorial					\$					
Aporte lote o terreno					\$		Donación otras entidades					\$					
Aporte avance de obra					\$		Evaluación crediticia					\$					
Aporte lote subsidio municipal o departamental					\$		Otros recursos (especificar)					\$					
Aporte lote OPV, ONG no reembolsable					\$							\$					
TOTAL AHORRO PREVIO					\$		TOTAL RECURSOS COMPLEMENTARIOS					\$					
Entidad de crédito aprobado:						Fecha de aprobación			Año		Mes		Día				
7. FINANCIACIÓN TOTAL DE LA VIVIENDA																	
Ahorro previo					\$												
Recursos complementarios					\$												
Subsidio solicitado					\$												
TOTAL					\$												
8. VALOR DE LA SOLUCIÓN																	
PARA CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO					Valor presupuesto		\$		Fecha registro de escritura		Año		Mes		Día		
					Valor lote (avalúo catastral)		\$		Numero matricula inmobiliaria:								
					Valor total		\$		Lote urbanizado		SI				NO		
Valor total de la vivienda (para adquisición de vivienda nueva)					\$												
9. INFORMACIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PREVIO																	
Cuentas de ahorro previo					Cesantías					Fondos de Empleados							
Entidad captadora				Entidad Depositaria				Nombre del Fondo									
Numero de cuenta				Fecha certificación				Año		Mes		Día					
Fecha de apertura				Año		Mes		Día		Fecha de Vinculación		Año		Mes		Día	
Fecha inmovilización				Año		Mes		Día		Fecha inmovilización		Año		Mes		Día	
Promedio ahorro últimos seis meses				\$		Promedio ahorro últimos seis meses				\$							
10. JURAMENTO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES																	
"Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE, a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explicito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la información publicada en www.comfasucre.com.co y/o en la CALLE 28 No 25B-50. Igualmente declaro haber informado a los titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos"																	
2026																	
NOMBRE DEL AFILIADO - JEFE DE HOGAR				FIRMA AFILIADO - JEFE DE HOGAR				No DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
NOMBRE DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)				FIRMA CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)				No DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
Tenga en cuenta: Los documentos anexos a esta postulación no pueden ser objeto de devolución, toda vez que se requieren como soporte del proceso realizado. 1: La presentación del formulario no otorga el derecho a la asignación del subsidio. 2: El desprendible de radicación no garantiza que el hogar cumple con los requisitos de postulación. 3: Este formulario es gratuito y puede ser fotocopiado para su distribución. 4: Para saber si usted y su grupo familiar pueden solicitar el subsidio, dirijase a la página www.comfasucre.com.co subsidio de vivienda 5: Lea cuidadosamente el formulario antes de llenarlo. Diligencielo a mano en letra imprenta, las firmas deben ser en original por cada miembro mayor de edad. 6: No se aceptan intermediarios, ni tramitadores. La persona interesada debe presentar directamente su solicitud.																	

	FORMATO CONVIVENCIA HABITACIONAL POSTULACIÓN CON MENORES DE EDAD	Código: F-VI-21
	PROCESO VIVIENDA	Fecha: 19-11-2024
		Versión: 02
		Página 1 de 1
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
Jefe Departamento de vivienda	Profesional Senior 5	Comité de Calidad

DECLARACION CONVIVENCIA HABITACIONAL POSTULACIÓN CON MENORES DE EDAD

En la ciudad _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del Año _____

Postulante: _____ cc _____ de _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Conyuge: _____ cc _____ de _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Manifestamos:

PRIMERO: Que nuestros nombres son como antes lo indicamos y nuestros generales de ley son los ya expresados. **SEGUNDO:** Declaramos bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este documento, que las afirmaciones y datos consignados en el presente formulario son correctos y fiel expresión de la verdad y que de conformidad con el artículo 299 del C. de P. C. de manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rendimos la presente declaración. **TERCERO:** Que conocemos la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal. **CUARTO:** Que la declaración aquí rendida, versa sobre los hechos de la cual damos plena fe y testimonio en razón de que nos consta personalmente. **QUINTO:** Que este testimonio lo rendimos para ser presentado a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE** con el fin de aportarlo como prueba sumaria, para la postulación al SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA. **SEXTO:** Declaramos que el(los) menor(es) relacionado(s) a continuación depende(n) económicamente de:

_____ con CC No _____ de _____ y
comparten un mismo espacio habitacional.

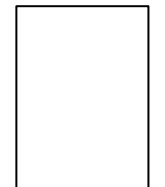
Nombres y Apellidos Completos	Nº de Registro Civil	Parentesco

Lo anterior con el fin de cumplir con lo estipulado en el artículo 2.1.1.1.1.2 numeral 2.4 del Decreto 1077 de 2015. Manifestamos, que todo lo declarado anteriormente es verdad y para tal efecto suscribimos este documento. Autorizamos que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

"Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfasucure.com.co y/o en CALLE 28 No 25B-50. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos"

DATOS DEL POSTULANTE
Nombres: _____
CC No: _____
Telefono: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____
Parentesco: _____

Firma Postulante



Huella Postulante

Firma Conyuge

Notas:

1. Firma y Huella de los declarantes (obligatorio)
2. Para personas que no saben o no pueden firmar deberán plasmar huella del índice derecho en el campo indicado

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFASUCRE PROHIBIDA SU
REPRODUCCIÓN POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACIÓN ESCRITO DE LA OFICINA DE CALIDAD.

COPIA CONTROLADA

	FORMATO SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA DECRETO 412/2016	Código: F-VI-22
		Fecha: 19-11-2024
	PROCESO VIVIENDA	Versión: 02
		Página 1 de 1
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ Jefe Departamento de vivienda	REVISÓ Profesional Senior 5	APROBÓ Comité de Calidad

VALOR DEL SFV DECRETO 412 DE 2016 y 133 de 2018

Como jefe del hogar postulante en la convocatoria No _____ para acceder al Subsidio Familiar de Vivienda, otorgado por la Caja de Compensación Familiar Comfasucre, declaro que fui informado del contenido en el Decreto 412 de 2016 y 133 de 2018, con respecto a los valores del SFV a que puede acceder mi hogar, para su aplicación en la Adquisición de Vivienda Nueva o Usada, teniendo en cuenta que mi hogar presenta la siguiente condición especial:

- _____ Víctima de Desplazamiento Forzado
- _____ Damnificado por Desastre Natural u Ola Invernal
- _____ Madre Comunitaria del ICBF

En concordancia con lo contemplado en el Artículo No 2.1.1.1.1.8 Numeral 2 parágrafos a y b del decreto 1077 de 2015 modificado por el Decreto 412 de 2016 y 188 de 2018, el Valor del Subsidio Familiar de Vivienda Urbano se determinará de la siguiente manera:

En conocimiento de lo anterior, confirmo que realizo postulación para:

- _____ Adquisición de Vivienda Nueva
- _____ Adquisición de Vivienda Usada

Con mi firma que aparece dentro del presente documento (con el envío), de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFASUCRE el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.comfasucre.com.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidades de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico vivienda@comfasucre.com.co, las líneas telefónicas 2799500 Ext.1071, 1019, 1021, a través de la página web www.comfasucre.com.co vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de vivienda, Calle 28 No 25B-50, Sede Administrativa. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

FIRMA JEFE DE HOGAR
C.C

	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES		Código: F-VI-08
	PROCESO VIVIENDA		Fecha: 19-11-2024
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ	REVISÓ	Versión:02	
Jefe Departamento de vivienda	Profesional Senior 5	Página 1 de 1	
		APROBÓ	
		Comité de Calidad	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Caja de Compensación **Familiar de Sucre - COMFASUCRE** de lo siguiente:

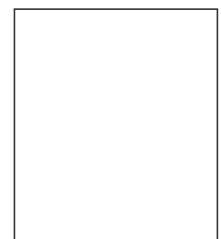
1. Que la Caja de Compensación Familiar de Sucre actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación.
 2. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad, información que se recaudara por parte de los padres y/o quien ejerza la patria potestad legalmente.
 3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
 4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Empresa y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad.
 5. Mediante la página web de la entidad (www.comfasucre.com.co), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
 6. La Caja de Compensación Familiar de Sucre - Comfasucre garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
 7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Sucre para que, en los términos legalmente establecidos tomen mi huella, realicen la recolección.
- Almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, consensual y voluntaria.
 9. Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar a consolidarse un vínculo o éste persista por cualquier circunstancia, con esta Caja de Compensación Familiar y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales fueron inicialmente suministrados.

Se firma en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA _____

NOMBRE _____

IDENTIFICACIÓN: _____



		DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad/Municipio

YO _____

Identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐ PPT ☐ T.I. ☐ Número _____

MOTIVO DE LA DECLARACION

Marque con una **X** el motivo de la declaración:

1. Convivencia y dependencia económica ☐ 2. Unión marital de hecho /Unión libre ☐ 3. Padres o hermanos huérfanos de padres ☐ 4.Otros ☐

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros,) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente

Declaro que el(la) Señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años _____ meses.

Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:

Dependiente _____ independiente _____ Pensionado(a) _____ Estudiante _____ No labora _____

3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfano (s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Firma del padre	Firma de la madre
-----------------	-------------------

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ Identificado con _____
padre/madre biológico(a) del menor _____ Identificado con _____
por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.

Declaro que la (s) persona(s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentra(n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar.

5. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.

6. En caso de terminación de la convivencia con el/la señor(a) _____, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente/o autorizo a Comfasucre aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda.

NOTA
La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, ro obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante	Observaciones:
Documento identidad:	

	TABLA RANGO SALARIAL PARA POSTULACION 2026		Código: F-VI-23
			Fecha: 19-11-2024
	PROCESO VIVIENDA		Versión:02
			Página 1 de 1
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ	REVISÓ		APROBÓ
Jefe Departamento de vivienda	Profesional Senior 5		Comité de Calidad

TABLA SALARIO SUBSIDIOS VIVIENDA NUEVA					
INGRESOS (\$ MMLV)					
SALARIO 2026		\$ 1.750.905		VALOR SFV	
DESDE		HASTA		(\$ MMLV)	
0	-	2,00	\$ 3.501.810	30,0	\$ 52.527.150
> 2,00	\$ 3.501.810	4,00	\$ 7.003.620	20,0	\$ 35.018.100

VALOR MAXIMO VIVIENDA DE INTERES SOCIAL		
Salario basico	SMLV	TOTAL
\$ 1.750.905	135	\$ 236.372.175

TABLA SALARIO SUBSIDIOS VIVIENDA USADA					
INGRESOS (\$ MMLV)					
SALARIO 2026		\$ 1.750.905		VALOR SFV	
DESDE		HASTA		(\$ MMLV)	
0	-	1,00	\$ 1.750.905	22,0	\$ 38.519.910
> 1,00	\$ 1.750.905	1,50	\$ 2.626.358	21,5	\$ 37.644.458
> 1,50	\$ 2.626.358	2,00	\$ 3.501.810	21,0	\$ 36.769.005
> 2,00	\$ 3.501.810	2,25	\$ 3.939.536	19,0	\$ 33.267.195
> 2,25	\$ 3.939.536	2,50	\$ 4.377.263	17,0	\$ 29.765.385
> 2,50	\$ 4.377.263	2,75	\$ 4.814.989	15,0	\$ 26.263.575
> 2,75	\$ 4.814.989	3,00	\$ 5.252.715	13,0	\$ 22.761.765
> 3,00	\$ 5.252.715	3,50	\$ 6.128.168	9,0	\$ 15.758.145
> 3,50	\$ 6.128.168	4,00	\$ 7.003.620	4,0	\$ 7.003.620

2026