

DIA	MES	AÑO

DOCUMENTOS SOLICITADO PARA LA MOVILIZACION

- 1- FORMATO COMPLETO DILIGENCIADO.
 2- CERTIFICADO BANCARIO Y/O CESANTIAS RECIENTE NO MAYOR A 30 DIAS
 3- RECIBO DE CAJA POR VALOR DE \$2.500.

DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA LA RENUNCIA AL SUBSIDIO

- 1- CARTA ORIGINAL DE ASIGNACION DEL SUBSIDIO

Señores

COMFAMILIAR HUILA

Subsidio Familiar de Vivienda

Ciudad

En cumplimiento del Decreto 1077 de 2015, ARTÍCULO 2.1.1.1.1.3.2.6 Movilización del ahorro y el ARTÍCULO 2.1.1.1.1.4.2.6. Renuncia al subsidio. El beneficiario del subsidio podrá, en cualquier momento, renunciar voluntariamente al beneficio obtenido, mediante comunicación suscrita en forma conjunta por los miembros del grupo familiar mayores de edad y la devolución a la entidad otorgante del documento que acredita la asignación del subsidio respectivo. La renuncia oportuna al subsidio implica el derecho a postular nuevamente.

El grupo familiar encabezado por el Jefe de Hogar _____ Identificado con C.C N. _____

SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Movilización de la cuenta de ahorro programado Número _____	Entidad Financiera _____
<input type="checkbox"/> Movilización de Cesantías	Fondo de Cesantías _____
<input type="checkbox"/> Renuncia a la postulación	
<input type="checkbox"/> Renuncia a la asignación	
Anexa Cada de asignación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Según Acta N. _____

CAUSALES DE LA RENUNCIA

<input type="checkbox"/> Credito Negado	<input type="checkbox"/> Decisión personal	<input type="checkbox"/> Problemas familiares
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Problemas economicos	<input type="checkbox"/> Cambio valor del subsidio
<input type="checkbox"/> Incumplimiento del constructor	<input type="checkbox"/> Cambio grupo familiar	<input type="checkbox"/> Necesidad de retirar cuenta ahorro y/o Cesantías
<input type="checkbox"/> Traslado de ciudad	<input type="checkbox"/> Vencimiento del subsidio	<input type="checkbox"/> Falta de oferta de vivienda
<input type="checkbox"/> Otros	Cual? _____	

CAMPO OBLIGATORIO

DIRECCION DE NOTIFICACIÓN _____	Teléfono 1 _____ 2 _____
CORREO ELECTRONICO _____	CELULAR _____

NOTA: LOS FIRMANTES CORRESPONDEN A LAS PERSONAS DE 18 AÑOS DEL GRUPO FAMILIAR

Jefe de Hogar	Beneficiario N.1
Nombre Completo:	Nombre Completo:
Firma:	Firma:
Cédula N.:	Cédula N.:
Teléfono	Teléfono
Beneficiario N.3	Beneficiario N.4
Nombre Completo:	Nombre Completo:
Firma:	Firma:
Cédula N.:	Cédula N.:
Teléfono	Teléfono

DESPUES DE LA FECHA DE RADICADO, TIENE CINCO (5) DIAS HABLES PARA SOLICITAR LA CERTIFICACION EN LA VENTANILLA DE SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA Y ESTE CERTIFICADO TIENE VIGENCIA DE 30 DIAS

VERIFICACIÓN INTERNA DE LA OFICINA SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA

FECHA DE RECEPCIÓN

DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

AFILIADO		<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Inactivo	<input type="checkbox"/> No Afiliado	Fecha	<input type="text"/>
Nombre del Compañero(a)		<input type="text"/>		Identificación		<input type="text"/>
ESTADO DE LA POSTULACION						
N. del Formulario		<input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Activa	<input type="checkbox"/> Rechazda	<input type="checkbox"/> Cruzada				
<input type="checkbox"/> Renuncia a la postulacion	<input type="checkbox"/> Renuncia al SFV	<input type="checkbox"/> No postulado				
ESTADO EN LA PAGINA DEL MINISTERIO						
<input type="checkbox"/> Postulado	<input type="checkbox"/> No postulado	<input type="checkbox"/> Asignado	<input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Calificado		

ENVIADO AL CDI	<input type="checkbox"/>	PQR	<input type="checkbox"/>
Oficio Movilizacin CAP	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Oficio Movilizacion Cesantias	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Oficio Devolucion de Documentos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Movilizacion Excel	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

OFICINA

☐ NEIVA
 ☐ GARZÓN
 ☐ PITALITO
 ☐ LA PLATA

OBSERVACIONES: _____

ESTADO FINAL _____

DESCARGADO EN EL SIVIS ☐

FIRMAS:

RESPONSABLE: _____ VERIFICADO POR: _____

COORDINADOR(A) PROCESO SFV: _____ FECHA: _____