



Código GS.FC.254
Versión 3

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
COLSUBSIDIO
GERENCIA OPERACIÓN DE SUBSIDIOS
FORMATO SOLICITUD DE RENUNCIA S.F.V .

ESPACIO PARA STICKER

Bogotá D.C., _____

Nº CONSECUTIVO _____

Señores:
COLSUBSIDIO
Oficina de Radicación: _____
Ciudad _____

Estimados señores.

Por medio de la presente (nosotros):

ANTES DE RENUNCIAR AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA, COLSUBSIDIO TE RECUERDA QUE:

El subsidio Familiar de vivienda te ofrece los siguiente beneficios:

- Cobertura de aplicación a nivel nacional.
- Vigencia inicial de 36 meses prorrogables 24 meses, previo cumplimiento de políticas y condiciones.
- Derecho a ajuste o cumento al valor del subsidio aprobado inicialmente.
- El Subsidio de Vivienda asignado será el complemento princial de la cuota inicial en la adquisición de la vivienda.
- Para Hogares que devenguen hasta 2 SMMLV, derecho a un Subsidio Complementario o Concurrente hasta por 20 SMMLV, otorgado por el Gobierno Nacional.

Nombres y Apellidos	Nº de Identificación	Celular	Firma

Me(Nos) permito(permitimos) comunicar que he(mos) tomado la decisión de forma libre y voluntaria de renunciar a la: **Asignación:**___ **Postulación:**___ **Preasignación(Arrendamiento)**___ ó **Ajuste:**___ del subsidio familiar de vivienda con **Número de Radicación :** _____ .

El motivo de esta renuncia obedece a:

CAUSALES			
Marque con una 'X' la opción que corresponda)			
Cambio de Caja de Compensación	Fecha de escrituración sobre el tiempo	Variación de ingresos	
Cambio de núcleo familiar	No aplica ajuste por cambio de condiciones	Decisión personal	
Cambio modalidad de subsidio	No aprobación de crédito	Subsidio Proximo a Vencer	
Compra de vivienda usada	Novedad por cruce o inconsistencia	Inmueble no asegurado para arrendamiento	
Demora del proyecto	Movilización de Ahorros	Subsidio Restituido	
Desempleo	Postulación a otros programas de vivienda	Novedad o Inconsistencias en la Asignación	
Otra ___ ¿Cuál?:			
OBSERVACIONES (Espacio para asesor)		VALOR DE SFV: \$ _____	REGISTRO EN SIV _____
Nº de comprobante	Nº de TP Client	Nombre de quien recibe	Responsable de Registro