

	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO SISTEMA DE GESTIÓN FORMATO PARA SOLICITUD DE MOVILIZACIÓN DE AHORROS	Código: PAS-SSV-F-15
		Versión: 6
		Fecha de Aprobación: 10/09/2025

(Ciudad) _____, (fecha) _____ (mes) _____ (año)_____

Señores.
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO
Ciudad

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito a Ustedes muy comedidamente, la Movilización de los ahorros.

Nombres y Apellidos: _____ Cedula: _____

Dirección: _____ Teléfono o Celular: _____

1. Recursos que desea movilizar:

Ahorro Programado ☐ Entidad Financiera: _____ Cuenta N°. _____

Cesantías ☐ Fondo: _____

2. En caso de estar postulado “**Renuncia a cualquier postulación vigente**” SI ☐ NO ☐

3. Los recursos van destinados a: Oferente ☐ Beneficiario ☐

Si los recursos van destinados al oferente o constructor anexar los siguientes documentos:

REQUISITOS QUE DEBE PRESENTAR EL OFERENTE O CONSTRUCTOR:

- Copia de la carta de asignación del subsidio.
- Copia del certificado de viabilidad del proyecto.
- Copia de cédula del Beneficiario.
- Copia de la promesa de compraventa o del contrato de construcción o de mejoramiento (Esta debe contener los lineamientos establecidos por el Ministerio de Vivienda).
- Autorización suscrita por el titular del ahorro programado y/o cesantías para movilizar los recursos al oferente.
- Certificación Bancaria ORIGINAL del oferente con expedición NO mayor a tres (03) meses

Si los recursos van destinados al Beneficiario anexar los siguientes documentos:

REQUISITOS QUE DEBE PRESENTAR EL BENEFICIARIO:

- Fotocopia de la Cedula
- Paz y salvo del oferente por todo concepto (*Si el subsidio ya fue legalizado*)

“AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO 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 Información publicada en www.comfamiliarnariño.com y/o en la Carrera 25 # 17-83 Edificio Agualongo, 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”.

Atentamente,

C.C. o NIT:

Espacio asignado para diligenciarse por el trabajador de la Caja de Compensación Familiar de Nariño

Estado de postulación:

Postulado ☐ No Postulado ☐ Asignado: SI ☐ NO ☐ N°. Const Asig. _____