

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DÍA      MES      AÑO			Distribución gratuita. Los trámites ante Caja Honor no tienen costo.			<b>STICKER RADICACIÓN</b>					
<b>Diligenciar el formulario con letra clara y legible o editando los datos directamente desde formato PDF</b>											
<b>TIPO DE SOLICITUD DEL POSTULANTE</b>											
Retirado o desvinculado por disminución de la capacidad psicofísica. <input type="checkbox"/>			Beneficiario(s) a causa de fallecimiento del afiliado para solución de vivienda. <input type="checkbox"/>			Proyectos y Mecanismos Especiales (solo aplica para soldados e infantes de marina voluntarios y profesionales, pensionados por invalidez con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 973/2005) <input type="checkbox"/>					
<b>1. DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL</b> (Si el solicitante es beneficiario, los datos a diligenciar son los del fallecido)											
Diligencie las casillas: Retirado por disminución de la capacidad psicofísica <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>											
Nombres y Apellidos Completos				Tipo de Documento CC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		No de Documento		Ciudad de expedición			
Grado / Categoría		Fuerza Señale con una (X)						Estado civil Señale con una (X)			
		Ejército Nacional <input type="checkbox"/>		Armada Nacional <input type="checkbox"/>		Fuerza Aérea <input type="checkbox"/>		Policía Nacional <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/>	
		Caja Honor <input type="checkbox"/>		Personal Civil MDN <input type="checkbox"/>						Unión libre <input type="checkbox"/>	
										Casado <input type="checkbox"/>	
<b>2. DATOS DE CONTACTO DEL POSTULANTE</b>											
Dirección para envío de correspondencia			Barrio			Ciudad o Municipio			Departamento		
Correo electrónico (Campo obligatorio)			Teléfono Fijo			Celular 1			Celular 2		
Autorizo a Caja Honor para que notifique a través del correo electrónico aquí diligenciado, todas las actuaciones correspondientes al Fondo de Solidaridad. Marque con una (X)										SI <input type="checkbox"/>	
										NO <input type="checkbox"/>	
<b>3. IDENTIFICACIÓN DE LOS POSTULANTES</b>											
* Si usted es retirado por disminución de la capacidad psicofísica diligencie la siguiente información únicamente con sus datos											
* Si usted es beneficiario de afiliado fallecido diligencie la siguiente información solo si se encuentra reconocido mediante acto administrativo											
No	Nombres y apellidos completos	Tipo de identificación (CC, TI, RC)	Número de identificación	Parentesco (Solo aplica para beneficiarios del afiliado fallecido)	Sexo			Edad	Estado civil		
					F	M	O t r o		Soltero	Unión libre	Casado
1.											
2.											
3.											
4.											
<b>4. EL (LOS) POSTULANTE (S) ES (SON) POPIETARIO (S) DE VIVIENDA</b>										SI <input type="checkbox"/>	
* Recuerde que esta información será verificada por Caja Honor en las bases de datos de las entidades respectivas										NO <input type="checkbox"/>	
<b>5. CONDICIÓN SOCIAL DE LOS POSTULANTES</b> Marque con una (X) la condición social de los postulantes relacionados en el numeral 3											
No	Ocupación						Nivel Educativo				
	Pensionado	Empleado	Trabajador Independiente	Desempleado	Estudiante	Hogar	Sabe leer y escribir	Primaria	Bachiller	Técnico	Profesional
1.											
2.											
3.											
4.											
<b>6. CONDICIÓN DE SALUD DE LOS POSTULANTES</b> Marque con una (X) la condición de salud de los postulantes relacionados en el numeral 3											
No	Afectación física (partes del cuerpo afectadas)	Afectación sensorial (visual, auditiva)	Afectación psicológica o psiquiátrica	Enfermedad específica	Recibe tratamiento médico permanente	Presenta dificultad para subir y bajar escaleras	Requiere medicamento permanente	Utiliza alguna ayuda técnica para la movilidad o ayuda sensorial (silla de ruedas, bastón, audífonos, gafas o lentes, prótesis, muletas, caminador)			
1.											
2.											
3.											
4.											
<b>7. INDIQUE LA CAUSAL DE RETIRO O FALLECIMIENTO DEL AFILIADO</b> Marque con una (x) en el cuadro y explique cómo ocurrieron los hechos											
Literal A. En simple actividad.										<input type="checkbox"/>	
Literal B. En misión del servicio o actos del servicio.										<input type="checkbox"/>	
Literal C. Consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo, o por acción directa del enemigo.										<input type="checkbox"/>	
<b>Describa brevemente los hechos ocurridos que dieron origen a la condición de discapacidad o fallecimiento</b> (Descripción de los hechos en tiempo, modo y lugar)											

## 8. MODALIDAD ADJUDICACIÓN DE VIVIENDA

Manifiesto que en el evento de ser beneficiario (a) dentro de la presente convocatoria, mediante la modalidad Adjudicación de Vivienda, **estoy dispuesto a aceptar una de las viviendas que Caja Honor tenga disponibles a nivel nacional dirigidas a mi categoría.**

## 9. CONOCIMIENTO INFORMADO

- Es responsabilidad del postulante mantener actualizados los datos de contacto para facilitar los procesos propios de la solución de vivienda.
- Recuerde que las postulaciones que no cumplan con los requisitos exigidos o aquellas que presenten inconsistencias serán rechazadas.
- **La postulación** al Fondo de Solidaridad es voluntaria y no implica ser reconocido como beneficiario por parte de Caja Honor.
- Los resultados del proceso serán publicados en diario oficial, página web y puntos de atención a nivel nacional.














## 10. MANIFESTACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro que la información consignada en el presente formulario y anexa al mismo, es veraz, exacta, completa y actualizada. Asimismo, **autorizo a Caja Honor** para que realice en cualquier tiempo la verificación integral de la misma.
- En el evento de ser reconocido como beneficiario del Fondo de Solidaridad en la presente convocatoria, me comprometo a cumplir con el término señalado en la normativa vigente para adelantar el trámite de Giro de Recursos o Aceptación de Vivienda según sea el caso, so pena de que la entidad inicie el trámite administrativo de pérdida de beneficio.
- Conozco y acepto que, en el evento de ser reconocido como beneficiario del Fondo de Solidaridad en la presente convocatoria, Caja Honor realizará la transferencia de los aportes registrados en mi cuenta individual con destino al Fondo de Solidaridad a efectos de completar el valor de mi solución de vivienda conforme a la normativa vigente.
- Las fotos y videos que son enviadas a Caja Honor serán tratadas con responsabilidad, discreción y respeto. La Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía no expedirá copias de estos a terceros.
- LA CAJA PROMOTORA DE VIVIENDA MILITAR Y DE POLICÍA tiene la calidad responsable del tratamiento a través de POLÍTICA MANEJO DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES, y puede ser consultada en [www.cajahonor.gov.co](http://www.cajahonor.gov.co)
- De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles para finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

## 11. FIRMAS POSTULANTES

FIRMA DEL POSTULANTE 1	FIRMA DEL POSTULANTE 2
Firma  _____  Nombre del Postulante  _____  C.C. del Postulante  _____	Firma  _____  Nombre del Postulante  _____  C.C. del Postulante  _____
FIRMA DEL POSTULANTE 3	FIRMA DEL POSTULANTE 4
Firma  _____  Nombre del Postulante  _____  C.C. del Postulante  _____	Firma  _____  Nombre del Postulante  _____  C.C. del Postulante  _____
<b>Espacio reservado para uso exclusivo de CAJA HONOR</b> (Este espacio solo será diligenciado cuando el trámite se realiza de forma presencial)	<b>Nombres y Apellidos del funcionario que radica y verifica la postulación</b>

## 12. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA SOLICITUD DE POSTULACIÓN

Documentos	Afiliado retirado o desvinculado por disminución de la capacidad psicofísica	Beneficiarios por fallecimiento del afiliado para solución de vivienda	Proyectos y Mecanismos Especiales (solo aplica para soldados e infantes de marina voluntarios y profesionales, pensionados por invalidez con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 973 del 2005)
Formato de solicitud de postulación al Fondo de Solidaridad debidamente diligenciado.			
Fotocopia de la cédula de ciudadanía, registro civil de nacimiento o tarjeta de identidad de los postulantes según sea el caso			
Fotocopia del acto administrativo de retiro o desvinculación debidamente ejecutoriado según sea el caso.			
Fotocopia del acta de la Junta médica laboral.			
Fotocopia del acto administrativo de reconocimiento de pensión por invalidez debidamente ejecutoriado cuando aplique.			
Fotocopia de la resolución de prestaciones sociales de la Fuerza donde son reconocidos como beneficiarios debidamente ejecutoriada.			
Fotocopia de resolución que realizó el reconocimiento de pensión o sustitución de pensión debidamente ejecutoriada.			
Fotocopia del registro civil de defunción, (aplica en el evento que el afiliado sea fallecido).			

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA – PROHIBIDA SU VENTA**  
 Obtenga el formato en el punto de Atención o en el portal web  
[www.cajahonor.gov.co/atencionalafiliado/formularios](http://www.cajahonor.gov.co/atencionalafiliado/formularios)  
 Imprimir este formato en tamaño oficio

NIT: 860021967 - 7

Centro de Contacto al Ciudadano CCC en Bogotá 601 755 7070  
 Línea gratuita nacional 01 8000 185 570  
[www.cajahonor.gov.co](http://www.cajahonor.gov.co) - [contactenos@cajahonor.gov.co](mailto:contactenos@cajahonor.gov.co)  
 Carrera 34 No. 26-54 - Bogotá D.C. Colombia

**BIENESTAR Y EXCELENCIA**



CO-SC2992-1 CO-SI-CER507703 ST-CER887079