	REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULANTES AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA AFILIADOS A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO VIVIENDA NUEVA, CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO Aprobado mediante Resolución No. 26 del 2008 del Fondo Nacional de Vivienda	Código PAS-SSV-F-6
		Versión 4
		Fecha de Aprobación 29/03/2016

TIPO DE POSTULANTE	FORMULARIO No.
Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Madre Comunitaria <input type="checkbox"/>	

1. INSCRIPCIÓN	2. MODALIDAD DE VIVIENDA	
Inscripción Nueva <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>	Adquisición de Vivienda Nueva <input type="checkbox"/> Construcción en Sitio Propio <input type="checkbox"/> Mejoramiento de Vivienda <input type="checkbox"/>	Adquisición Vivienda Nueva o Usada <input type="checkbox"/>
Nombre del Oferente o Constructor:	Nombre del Proyecto:	Mejoramiento Vivienda saludable urbano <input type="checkbox"/> <small>(Aplica únicamente para madres comunitarias)</small>


CONVENCIONES PARA LLENAR EL CUADRO *					
PARENTESCO	CONDICION ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCCUPACIÓN
1. Jefe del hogar	J: Mujer / Hombre Cabeza de Familia	1. Víctima de Atentado Terrorista	S: Soltero(a)	F: Femenino	H: Hogar
2. Cónyuge o Compañera(o).	D: Discapacitado.	2. Damnificado Desastre Natural	C: Casado(a) o unión marital de hecho.	M: Masculino	ES: Estudiante.
3. Hijo(a).	IM65: Mayor a 65 años.	3. Desplazado Inscrito en Acción Social	DV: Divorciado, Viudo		EIM: Empleado
4. Hermano(a).	MC: Madre Comunitaria ICBF.	Hogar objeto de Programa de Reubicación zona de alto Riesgo			I: Independiente.
5. Padre o Madre	A: Miembro de Hogar Afrocolombiano	4. Reubicado Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina			P: Pensionado
6. Abuelo(a), Nieto(a).	I: Indígena.				D: Desempleado.
7. Tío(a), Sobrino(a), Bisabuelo(a), Bisnieto(a)	RSA: Reubicado Archip San Andrés (Guía)				
8. Suegro(a), Cuñado(a)					
9. Padres Adoptantes, Hijos adoptivos.					
10. Nuera, Yerno					
11. Otros					

3. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOGAR (CONSULTAR GUÍA) *												
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR \$
	AÑO	MES	DÍA	(TD)	NUMERO							
CABEZA DE HOGAR												
MIEMBROS DEL HOGAR												
TOTAL INGRESOS DEL HOGAR												
CODICIÓN ESPECIAL ADICIONAL INDIGENA <input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/>												

4. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE			
Dirección Domicilio Actual	Barrio	Teléfono	
Departamento	Municipio	Correo Electrónico	Teléfono Celular
Nombre / Razón Social de la Empresa	Dirección de la Empresa		Nit
Departamento	Municipio	Teléfono Empresa	Teléfono 2

5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN				
INGRESOS MENSUALES (SMMLV)		Departamento de Aplicación		Municipio de Aplicación
		Desde	Hasta	Localidad de Aplicación
		Valor SFV (SMLMV)	Valor de Subsidio Solicitado	
			\$	

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar de Nariño, para el tratamiento de mis datos personales y de mi grupo familiar suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en las "POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO - Código PGR-SGL- D-4", que permitan recibir información sobre los servicios sociales, programas de la Caja de Compensación Familiar de Nariño y sus empresas afiliadas. Marque con una X SI NO

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN				
NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	N° Folios Anexos	Fecha de Recibo:	
	COMFAMILIAR DE NARIÑO		AÑO	MES DÍA
VIGILADO SuperSubsidio 				

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN			
NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	N° Folios Anexos	Fecha de Recibo:
	COMFAMILIAR DE NARIÑO		AÑO MES DÍA
NOMBRE DEL POSTULANTE:	CEDULA DE CIUDADANIA		

ESTE FORMULARIO SE GUARDARÁ EN ARCHIVO CON SUS SOPORTES POR UN LAPSO DE TIEMPO DE UN AÑO FISCAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE POSTULACIÓN

6. VALOR DE LA SOLUCION PARA CONSTRUCCION EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO				7. MODALIDAD DE VIVIENDA (para CSP / Mejoramiento)			
Valor Presupuesto	\$			Fecha Registro de Escritura	AÑO	MES	DÍA
Valor Lote (Avalúo Catastral)	\$			Número de Matrícula Inmobiliaria			
VALOR TOTAL	\$			Nombre Propietario del Predio			

8. RECURSOS ECONOMICOS

AHORRO PREVIO

Cuenta de Ahorro Programado (Saldo Disponible Inmovilizado)	\$						
Aportes Periódicos de Ahorro	\$						
Cesantías (Deben estar inmovilizadas)	\$						
Aporte Lote o Terreno	\$						
Aporte Cuota Inicial a Oferentes	\$						
Aporte Avance de Obra	\$						
Aporte Lote Subsidio por Municipal o Departamental	\$						
Aporte Lote OPV, ONG, no Reembolsable	\$						
TOTAL AHORRO PREVIO	\$						

RECURSOS COMPLEMENTARIOS

Ahorro Previo en Cualquier Modalidad	\$						
Crédito Aprobado	\$						
Aportes Solidarios	\$						
Aportes Ente Territorial	\$						
Donación Otras Entidades	\$						
Evaluación Crediticia	\$						
Otros Recursos (Especificar)	\$						
TOTAL RECURSOS COMPLEMENTARIOS	\$						

9. CIERRE FINANCIERO

Ahorro Previo	\$						
Recursos Complementarios	\$						
Subsidio Solicitado	\$						
TOTAL	\$						

10. INFORMACIÓN DE CUENTAS DE AHORRO PREVIO Y/O CESANTÍAS

Cuentas ahorro previo:	Entidad Captadora:						
	Número de Cuenta:						
	Fecha Apertura:		AÑO		MES		DÍA
	Fecha Inmovilización:		AÑO		MES		DÍA

Cesantías:	Entidad Captadora:						
	Fecha Certificación:		AÑO		MES		DÍA
	Fecha Inmovilización:		AÑO		MES		DÍA

Aporte Cuota Inicial	Certificado de Fecha del Primer Aporte Cuota Inicial:		AÑO		MES		DÍA
-----------------------------	---	--	-----	--	-----	--	-----

11. JURAMENTO

- ◇ Toda la información aquí suministrada es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción.
- ◇ Cumplimos con las condiciones para ser beneficiarios del subsidio familiar de vivienda y no estamos incurso en las imposibilidades para solicitarlo
- ◇ Nuestros ingresos familiares no son superiores al equivalente de (4) cuatro salarios mínimos legales mensuales (SMLMV)
- ◇ Autorizamos para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley 3 de 1991: "La persona que presente documentos o información falsos, con el objeto de que le sea adjudicado un subsidio familiar de vivienda, quedará inhabilitada por el término de diez (10) años para volver a solicitarlo".

NOMBRE JEFE DEL HOGAR		CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA
NOMBRE CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) Y GRUPO FAMILIAR MAYORES DE EDAD		CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			

VIGILADO SuperSubsidio 



LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO NO OTORGA EL DERECHO A LA ASIGNACIÓN DEL SUBSIDIO
 EL DESPRENDIBLE DE RADICACIÓN NO GARANTIZA QUE EL HOGAR CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE POSTULACIÓN
 ESTE FORMULARIO ES GRATUITO Y PUEDE SER FOTOCOPIADO PARA SU DISTRIBUCIÓN.