

	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	Código PAS-SSV-F-6
		Versión 5
		Fecha de Aprobación 24/01/2018
VIVIENDA NUEVA, CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO Aprobado mediante Resolución No. 26 del 2008 del Fondo Nacional de Vivienda		

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

1. INSCRIPCIÓN	2. MODALIDAD DE VIVIENDA	3. OTRAS OPCIONES
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 Usada <input type="checkbox"/> Mejoramiento Vivienda saludable urbano <input type="checkbox"/> <small>(Aplica únicamente para madres comunitarias)</small>
Nombre del Oferente o Constructor:	Nombre del Proyecto:	

CONVENCIONES PARA LLENAR EL CUADRO *						
PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCUPACIÓN	
1. Jefe del hogar 2. Cónyuge o Compañera(o). 3. Hijo(a). 4. Hermano(a). 5. Padre o Madre 6. Abuelo(a). Nieto(a).	7. Tío(a), Sobrino(a), Bisabuelo(a), Bisnieto(a) 8. Suegro(a), Cuñado(a) 9. Padres Adoptantes, Hijos adoptivos. 10. Nuera, Yerno 11. Otros	J: Mujer / Hombre Cabeza de Familia D: Discapacitado. M65: Mayor a 65 años. MC: Madre Comunitaria ICBF. A: Miembro de Hogar Afrocolombiano I: Indígena. RSA: Reubicado Archip San Andrés (Guía)	1. Víctima de Atentado Terrorista 2. Damnificado Desastre Natural 3. Población en Situación de Desplazamiento 4. Hogar objeto de Programa de Reubicación Zona de Alto Riesgo 5. Reubicado Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	S: Soltero(a) C: Casado(a) o unión marital de hecho. DV: Divorciado, Viudo	F: Femenino M: Masculino	H: Hogar ES: Estudiante. EM: Empleado I: Independiente. P: Pensionado D: Desempleado.

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	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (\$)
	AÑO	MES	DÍA	(RD)	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 (SMMLV)
				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 SI 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:	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:	
		COMFAMILIAR DE NARIÑO		<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>
VIGILADO SuperSubsidio 				

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN			
NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:
	COMFAMILIAR DE NARIÑO		
NOMBRE DEL POSTULANTE:	CÉDULA DE CIUDADANÍA		<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>

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 SOLUCIÓN PARA CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO				7. MODALIDAD DE VIVIENDA (para CSP / Mejoramiento)			
Valor Presupuesto de Obra	\$			Fecha Registro de Escritura	AÑO	MES	DÍA
Valor Lote - Avalúo Catastral (Construcción Sitio Propio)	\$			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							
<p>◇ Toda la información aquí suministrada es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción.</p> <p>◇ Cumplimos con las condiciones para ser beneficiarios del subsidio familiar de vivienda y no estamos incursos en las imposibilidades para solicitarlo</p> <p>◇ Nuestros ingresos familiares no son superiores al equivalente de (4) cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV)</p> <p>◇ 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".</p>							
NOMBRE JEFE DEL HOGAR		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA			
NOMBRE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) Y GRUPO FAMILIAR MAYORES DE EDAD		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA			
1							
2							
3							
4							
5							



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.