	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULANTES AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA - AFILIADOS VIVIENDA NUEVA, CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO	Codigo PAS-SSV-F-6
		Versión 13
		Fecha de Aprobación 10/09/2025

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 Usada <input type="checkbox"/>
Nombre del Oferente o Constructor:		Nombre del Proyecto:			(Aplica unicamente para madres comunitarias)


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

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 (\$)	
	DÍA	MES	AÑO	(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 Celular
Municipio	Departamento	Correo Electrónico	Teléfono
Nombre / Razón Social de la Empresa		Dirección de la Empresa	Nit
Municipio	Departamento	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: 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 la Información publicada en www.comfamiliarnariño.com y/o en la Carrera 25 # 17-83 Edificio Agualongo. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregará sus datos a COMFAMILIAR NARIÑO y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual 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.

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN					
NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:		VIGILADO SuperSubsidio 
			<div>DÍA</div>	<div>MES</div>	
	COMFAMILIAR DE NARIÑO				

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		<div>DÍA</div>	<div>MES</div>	<div>AÑO</div>

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	DÍA	MES	AÑO
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 Certificación:	DÍA	MES	AÑO			
	Fecha Inmovilización:	DÍA	MES	AÑO			

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

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

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				VIGILADO SuperSubsidio 	
2					
3					
4					
5					