



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL
 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULANTES SUBSIDIO EN ESPECIE Y COMPLEMENTARIO
 VIVIENDA NUEVA.

Aprobado mediante Resolución No. 815 del 23 de Diciembre de 2004 del Fondo Nacional de Vivienda

FORMULARIO No. _____

1. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIO ECONOMICA DEL HOGAR (CONSULTAR GUÍA)

APELLIDOS	NOMBRES	FIRMA	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD (TD) NUMERO	PARENTESCO	CONDICION ESPECIAL	ESTADO CIVIL	OCUPACION	INGRESOS MENSUALES \$
			AÑO	MES	DIA						
1.1. CABEZA DE HOGAR											
1.2. MIEMBROS DEL HOGAR											
											TOTAL INGRESOS

2. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN

Inscripción Nueva <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>	Nombre del Plan de Vivienda: _____ Número de Elegibilidad del Plan de Vivienda: _____	Afiliado a Caja de Compensación Familiar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Fecha de Vencimiento de la Elegibilidad: _____	Nombre de la Caja de Compensación Familiar _____

3. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE

Dirección Domicilio Actual _____	Teléfono 1 _____
Departamento _____ Municipio _____	Teléfono 2 _____

4. SISBEN

Tiene carné o certificado del Sisben SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Puntaje: _____ Nivel 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Municipio donde fue expedido _____	Departamento _____
--	------------------------------------	--------------------

5. MODALIDAD DE LA SOLUCION DE VIVIENDA A LA QUE ASPIRA

Adquisición de Vivienda Nueva <input checked="" type="checkbox"/>	
---	--

6 TIPO DE SOLUCIÓN Y LOCALIZACIÓN	7. VALOR DE LA SOLUCIÓN
<input type="checkbox"/> Tipo 1 <small>Tipo 1 hasta 40 SMLMV municipios menores a 500 mil hab. Hasta 50 SMLMV municipios mayores o iguales a 500 mil hab.</small>	Valor total de la Vivienda \$ _____
Municipio: _____	
Departamento: _____	

8 RECURSOS ECONÓMICOS PARA ACCEDER A LA VIVIENDA			
8.1 Ahorro Previo		8.2 Recursos Complementarios	
Cuenta de ahorro programado para la vivienda	\$	Ahorro previo en cualquier modalidad	\$
Aportes periódicos de ahorro	\$	Crédito aprobado	\$
Cesantías	\$	Aportes solidarios	\$
		Aportes Ente Territorial (Lote/subsidio)	\$
		Donación ONG ó Entidad Nacional ó Internacional	\$
		Otros Recursos (Especificar):	\$
TOTAL AHORRO PREVIO		TOTAL RECURSOS COMPLEMENTARIOS	
	\$		\$

8.3 Financiación Total de la Vivienda	Ahorro Previo \$ _____	Subsidio solicitado \$ _____	Recursos Complementarios \$ _____
---------------------------------------	------------------------	------------------------------	-----------------------------------

9 INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORRO PREVIO Y/O CESANTÍAS

Cuentas ahorro previo:	Entidad Captadora: _____	Número de Cuenta: _____	Fecha apertura: _____
	Promedio ahorro últimos seis meses: _____		Fecha Inmovilización: _____
Cesantías:	Entidad Depositaria: _____	Fecha de Inmovilización: _____	Fecha de Certificación: _____

10 DECLARAMOS BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE:

- ◇ 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)
- ◇ Aceptamos la forma de pago del subsidio, que podrá ser una parte en especie y otra complementaria en dinero.
- ◇ 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	_____ NOMBRE CONYUGE O COMPAÑERO(A)
_____ FIRMA JEFE DEL HOGAR C.C	_____ FIRMA DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) C.C

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE: _____	ENTIDAD QUE RECIBE: _____	Nº Folios Anexos _____	Fecha de Recibo: _____
	MUNICIPIO _____		AÑO _____ MES _____ DIA _____

DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE: _____	ENTIDAD QUE RECIBE: _____	Nº Folios Anexos _____	Fecha de Recibo: _____
NOMBRE DEL POSTULANTE: _____	CEDULA DEL POSTULANTE _____	MUNICIPIO _____	AÑO _____ MES _____ DIA _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: _____	FORMULARIO No. _____
--------------------------------------	----------------------

**LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO NO OTORGA EL DERECHO AL 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.**