



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 Urbano Afiliados a CC
 MODALIDAD VIVIENDA NUEVA - PROYECTO 44 VIP CIUDADELA CAFASUR ESPINAL TOLIMA
 PROYECTOS INTEGRALES**



INSCRIPCIÓN NUEVA

ACTUALIZACIÓN

CATEGORÍA

F2

1. CONFORMACIÓN Y CONDICIÓN SOCIO ECONOMICA DEL HOGAR **Formulario No.**

NOMBRES Y APELLIDOS Completos	FIRMA (Mayores de 18 años)	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	SEXO	ESTADO CIVIL	CONDICIÓN ESPECIAL	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES \$
		AÑO	MES	DÍA	(TD)	NUMERO						

Observaciones ingresos: **TOTAL INGRESOS \$**

Salario reportado en afiliación(*) \$ Valor ingresos a tener en cuenta para la liquidación del SFV: \$

2. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE

Nombre del afiliado a CAFASUR	Cédula No.	Expedida en:
Dirección / Domicilio Actual	Municipio:	Email:
Nombre/ Razón social de la empresa por la que se encuentra afiliado	Departamento:	Teléfono:
Empresa donde trabaja	Municipio:	Dirección:
Dirección de la Empresa:	Departamento:	Teléfono:

3. MODALIDAD DE LA SOLUCIÓN DE VIVIENDA A LA QUE ASPIRA

Adquisición de Vivienda Nueva	<input checked="" type="checkbox"/>	FECHA REGISTRO DE ESCRITURAS	Día	Mes	Año
Construcción en Sitio Propio	<input type="checkbox"/>	NÚMERO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA			
Estos datos para Construcción en sitio propio	<input type="checkbox"/>	LOTE URBANIZADO	SI	NO	

4. TIPO DE SOLUCIÓN Y LOCALIZACIÓN **5. VALOR DE LA SOLUCIÓN**

VIVIENDA DE INTERES SOCIAL: VALOR MAXIMO: 135 SMMLV	<input type="checkbox"/>	Municipio: ESPINAL	CONSTRUCCION EN SITIO PROPIO	Valor Presupuesto	\$
VIVIENDA DE INTERES PRIORITARIO: VALOR MAXIMO: 70 SMMLV	<input checked="" type="checkbox"/>	Departamento: TOLIMA	Valor lote (Avalúo Catastral)	Valor Total	\$
			ADQUISICION DE VIVIENDA NUEVA	Valor Total	\$

6. RECURSOS ECONÓMICOS PARA ACCEDER A LA VIVIENDA

6.1 Ahorro Previo		6.2 Recursos Complementarios	
Cuenta de ahorro programado	\$	Capacidad de credito ____ Crédito Aprobado ____ (Valor a utilizar)	\$
Aportes periódicos de ahorro	\$	Aportes solidarios	\$
Cesantías	\$	Donación ONG ó Entidad Nacional ó Internacional	\$
Aporte lote o terreno	\$	Otros Recursos (Especificar):	\$
Aporte avance de obra	\$	TOTAL RECURSOS COMPLEMENTARIOS	\$
Aporte Lote Sub. M/pal o Dptal	\$	6.3. VALOR SUBSIDIO DE VIVIENDA SOLICITADO	\$
TOTAL AHORRO PREVIO	\$	6.4. VALOR TOTAL DE LA VIVIENDA (CIERRE FINANCIERO)	\$

7. INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORRO PREVIO Y/O CESANTÍAS

Cuentas Ahorro Previo	Entidad Captadora:	Numero de cuenta:
Cesantías	Entidad Depositaria:	
Promedio ahorro últimos 6 meses: \$		Fecha apertura: Día Mes Año Fecha inmovilización: Día Mes Año
Promedio ahorro últimos 6 meses: \$		Fecha certificado: Día Mes Año Fecha inmovilización: Día Mes Año
Entidad de Crédito aprobado:		Fecha certificado: Día Mes Año Valor aprobado \$

8. DECLARAMOS BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE:

Toda 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 CUATRO (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes (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".

9 AUTORIZACION: Aceptaría usted el envío de información por medio de: Celular ____ Correo electrónico ____

Firma del afiliado (a)	Nombre del afiliado (a)	C.C. No.
Firma del cónyuge o compañero (a)	Nombre del cónyuge o compañero (a)	C.C. No.

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:		
ALBA MERCEDES PERDOMO VERA	CAFASUR				
MUNICIPIO: ESPINAL			AÑO	MES	DÍA

DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	C.C.F. CAFASUR ESPINAL	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:		
NOMBRE Y CEDULA DEL POSTULANTE:	MUNICIPIO: ESPINAL				
			AÑO	MES	DÍA

LA PRESENTACION DEL FORMULARIO NO OTORGA EL DERECHO AL SUBSIDIO
 EL DESPRENDIBLE DE RADICACION NO GARANTIZA QUE EL HOGAR CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE POSTULACION
 ESTE FORMULARIO ES GRATUITO Y PUEDE SER FOTOCOPIADO PARA SU DISTRIBUCION.

