



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL
 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA
FORMULACION DE INSCRIPCION PARA POSTULANTES AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA URBANO Y RURAL AFILIADOS A CCF'S
 VIVIENDA NUEVA, CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO
 Aprobado mediante Resolución No. del 2008 del Fondo Nacional de Vivienda

VIGILADO SuperSubsidio

CODIGO: 20600 - Re - 001 No. Revisión: 1

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABEMEJA **CAFABA**

FORMULACIÓN NUMERO

--	--	--	--	--

1. INSCRIPCIÓN

Inscripción Nueva Actualización

2. MODALIDAD DE VIVIENDA

Adquisición de Vivienda Nueva Construcción en Sitio Propio Mejoramiento de Vivienda

Nombre del Oferente:

Nombre del proyecto:

3. CONFORMACION Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOGAR (CONSULTAR GUÍA)

APELLIDOS	NOMBRES	FIRMA	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES \$
			AÑO	MES	DIA								
CABEZA DE HOGAR													
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
MIEMBROS DEL HOGAR													
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
			AAAA	MM	DD								<input type="checkbox"/>
TOTAL INGRESOS \$												<input type="checkbox"/>	

4. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE

Dirección Domicilio Actual <input type="checkbox"/>	Barrio <input type="checkbox"/>	Teléfono o Celular Personal <input type="checkbox"/>
Departamento <input type="checkbox"/>	Municipio <input type="checkbox"/>	Correo Electronico <input type="checkbox"/>
Nombre / Razón Social de la Empresa <input type="checkbox"/>	Dirección de la Empresa <input type="checkbox"/>	
Departamento <input type="checkbox"/>	Municipio <input type="checkbox"/>	Teléfono o Celular Empresarial <input type="checkbox"/>
Dirección Sitio de Trabajo <input type="checkbox"/>	Municipio / Dep. <input type="checkbox"/>	

5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN

INGRESOS MENSUALES (SMLMV)	Departamento de Aplicación <input type="checkbox"/>	Municipio de Aplicación <input type="checkbox"/>
Desde	Hasta	Barrio Localidad de Aplicación <input type="checkbox"/>
		Valor SFV (SMLMV) <input type="checkbox"/>
Valor de Subsidio Solicitado		\$ <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	No. Folios Anexos	Fecha de Recibo:	Hora de Recibo:					
			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">AAAA</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">MM</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">DD</td> </tr> </table>	AAAA	MM	DD	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		
AAAA	MM	DD							

DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN

FORMULARIO NUMERO	No. Folios Anexos	Fecha de Recibo:	Hora de Recibo:												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">AAAA</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">MM</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">DD</td> </tr> </table>	AAAA	MM	DD	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		
AAAA	MM	DD													
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:	NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	NOMBRE DEL POSTULANTE:													

