



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL**  
**SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULANTES AL SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA URBANO AFILIADOS A CCF'S**  
**VIVIENDA NUEVA, CONSTRUCCIÓN EN SITIO PROPIO Y MEJORAMIENTO**  
 Aprobado mediante Resolución No. \_\_\_\_\_ del 2008 del Fondo Nacional de Vivienda FVIV002 Version 02



<b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	<b>FORMULARIO NÚMERO</b>
--------------------------------------	--------------------------

<b>1. INSCRIPCIÓN</b>	Inscripción Nueva <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--

<b>2. MODALIDAD DE VIVIENDA</b>	Adquisición de Vivienda Nueva <input type="checkbox"/>	Construcción en Sitio Propio <input type="checkbox"/>	Mejoramiento de Vivienda <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	---	---

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_ Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_

**3. CONFORMACION Y CONDICIÓN SOCIO ECONOMICA DEL HOGAR (CONSULTAR GUIA)**

APELLIDOS	NOMBRES	FIRMA	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	TIPO DE POSTULANTE	ESTADO CIVIL	SEXO	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUALES \$
			AÑO	MES	DÍA	(TD)	NUMERO							
<b>CABEZA DE HOGAR</b>														
<b>MIEMBROS DEL HOGAR</b>														
TOTAL INGRESOS														

**4. DATOS DEL HOGAR POSTULANTE**

Dirección Domicilio Actual	<input type="checkbox"/>	Localidad Domicilio	<input type="checkbox"/>	Teléfono 1	<input type="checkbox"/>
Departamento	<input type="checkbox"/>	Municipio	<input type="checkbox"/>	Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>
Nombre / Razón Social de la Empresa	<input type="checkbox"/>	Dirección de la Empresa	<input type="checkbox"/>	Teléfono 2	<input type="checkbox"/>
Departamento	<input type="checkbox"/>	Municipio	<input type="checkbox"/>	Teléfono 3	<input type="checkbox"/>
Dirección Sitio de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Municipio / Dep.	<input type="checkbox"/>	Teléfono 4	<input type="checkbox"/>
				Teléfono 5	<input type="checkbox"/>

**5. INFORMACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

INGRESOS MENSUALES (SMMLV)	Departamento de Aplicación <input type="checkbox"/>	Municipio de Aplicación <input type="checkbox"/>
Desde	Hasta	Localidad de Aplicación <input type="checkbox"/>
		Valor SFV (SMLMV) <input type="checkbox"/>
		Valor de Subsidio Solicitado
		\$ _____

**INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE:	ENTIDAD QUE RECIBE:	Nº Folios Anexos	Fecha de Recibo:
			<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>

**DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: \_\_\_\_\_

FORMULARIO NÚMERO: \_\_\_\_\_

Nº Folios Anexos: \_\_\_\_\_

FECHA DE RECIBO: \_\_\_\_\_

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL POSTULANTE: \_\_\_\_\_

AÑO MES DÍA