|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL INMUEBLE OBJETO DE ADQUISICIÓN PREDIAL** |
| Registro topográfico No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Predio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula Catastral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Matricula Inmobiliaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del propietario *(según Estudio de títulos)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*Unidad Social No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Relación con el inmueble: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\*(De acuerdo con la información contenida en el numeral 3 de la Ficha de Caracterización General del Inmueble)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA UNIDAD SOCIAL** | | | |
| **INDICADOR** | **DESCRIPCIÓN DE CONDICIÓN** | **SEÑALE LA CONDICIÓN A QUE SE AJUSTA** | **OBSERVACIONES** |
| **TENENCIA** | No Propietario/ No poseedor/ no arrendatario |  |  |
| Propietario / Poseedor o Arrendatario Residente |  |  |
| Propietario/ Poseedor o arrendatario no residente |  |  |
| **LIMITACIONES O GRAVAMENES** | Presencia de gravamen o falsa tradición o sucesión ilíquida |  |  |
| Presencia de limitación |  |  |
| Predio saneado |  |  |
| **TIPO DE UNIDAD SOCIAL** | Monoparental |  |  |
| Extensa |  |  |
| Nuclear o unipersonal |  |  |
| **ETAPA DEL CICLO VITAL DEL JEFE DE HOGAR** | Tercera edad |  |  |
| Edad Productiva |  |  |
| **DISCAPACIDAD JEFE DE HOGAR** | SÍ |  | ¿Cuál? |
| Ninguna |  |  |
| **No. DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL JEFE DE HOGAR** | Más de 6 |  |  |
| Entre 4 y 6 |  |  |
| Entre 1 y 3 |  |  |
| **VALOR DEL AVALÚO/VALOR MÍNIMO DE REPOSICIÓN** | Inferior a 70SMLV |  |  |
| Superior a 70SMLV |  |  |
| **PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS MENSUALES AL HOGAR** | Una o ninguna |  |  |
| Dos y/o tres |  |  |
| Más de tres |  |  |
| **INGRESOS MENSUALES DEL JEFE DE HOGAR** | Menos de 1 SMLV |  |  |
| Entre 1 y 2 SMLV |  |  |
| Más de 2 SMLV |  |  |
| **FUENTES DE INGRESO DEL HOGAR** | Actividad que desarrolla exclusivamente en el predio |  | ¿Cual? |
| Del predio y otra actividad fuera de él |  |  |
| De actividad extra predial |  |  |
| **NIVEL EDUCATIVO DEL JEFE DE HOGAR** | Ninguno o primaria incompleta |  |  |
| Primaria completa o secundaria |  |  |
| **TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL DEL JEFE DE HOGAR** | Desempleado / Hogar |  |  |
| Trabajador ocasional |  |  |
| Trabajador permanente como empleado o independiente |  |  |
| **AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD** | SISBEN |  |  |
| No afiliado |  |  |
| Afiliado al régimen contributivo |  |  |
| **ACCESO A SERVICIOS SOCIALES O INSTITUCIONALES** | Si vinculado |  | ¿Cuáles?: |
| No vinculado |  |  |
| **EXISTENCIA DE REDES FAMILIARES DE DEPENDENCIA** | Redes Familiares de Dependencia |  |  |
| Redes Familiares de Apoyo |  |  |
| **EXISTENCIA DE REDES SOCIALES DE DEPENDENCIA** | Redes Sociales de Dependencia |  |  |
| Redes Sociales de Apoyo |  |  |
| **PERMANENCIA EN EL SECTOR** | Más de 10 años |  |  |
| Entre 5 y 10 años |  |  |
| Menos de 5 años |  |  |
| **ANTECEDENTES DE MUDANZAS** | Una vez o Ninguna |  |  |
| Más de una vez |  |  |

|  |
| --- |
| **3. APORTE DE DOCUMENTOS** |
| *Relacionar los documentos aportados por la Unidad Social en el desarrollo de la entrevista, como documentos de identidad, copias de contratos, certificaciones, declaraciones extra juicio, etc. (En caso de no contar con éstos el responsable podrá aportarlos durante los cinco (5) días siguiente al levantamiento de la presente Ficha):*  *(En caso de requerirse más espacio escriba al reverso de este formato)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de levantamiento de la información** | **El Profesional que realiza la gestión social certifica que en la fecha levantó la información contenida en el presente documento:** | **El responsable de la Unidad Social certifica que en la fecha atendió personalmente la entrevista, y verificó la información contenida en el presente documento:** | |
| **DIA / MES / AÑO** | **Nombre:**  **Firma:**  **C.C.** | **Nombre:**  **Firma:**  **C.C.** | **Impresión Dactilar** |