**INSCRIPCIÓN**



**PROGRAMA COLOMBIA MAYOR**

**PROCESO GESTIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

CONSECUTIVO DE INSCRIPCIÓN: CÓDIGO CM:

FECHA DE INSCRIPCIÓN: DD MM AAAA DEPARTAMENTO: MUNICIPIO:

NOMBRES Y APELLIDOS: CÉDULA DE CIUDADANÍA: FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE NACIMIENTO

# AAAA MM DD AAAA MM DD

URBANO: LOCALIDAD/COMUNA/BARRIO RURAL: VEREDA/RESGUARDO DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

TELÉFONO FIJO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO ETNIA

DATOS DE CONTACTO ALTERNATIVO:

Nombre, teléfono de contacto, dirección

A continuación, se marcan con (X) las variables que aplican al aspirante de acuerdo con la información entregada en el proceso de inscripción:

DISCAPACIDAD SUBSIDIO EN DINERO

VÍCTIMA VIVE SOLO Y SIN DEPENDENCIA ECONÓMICA

RESIDENCIA FUERA DEL PAÍS TRASLADO DE MUNICIPIO

ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL PAÍS APORTE A PENSIÓN, MAYOR 65 AÑOS

1. Manifiesto expresa y libremente mi intención de postularme para ser beneficiario del Programa Colombia Mayor.
2. Manifiesto bajo gravedad de juramento que estoy informado de los requisitos necesarios para ser beneficiario del Programa Colombia Mayor, y que cumplo con todos y cada uno de ellos, y no estoy incurso en alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés para acceder al programa, y me comprometo a informar cualquier cambio que afecte la presente postulación.
3. Declaro que tengo conocimiento que el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, de conformidad con el artículo 6 del Decreto Legislativo 812 de 2020, podrá realizar modificaciones al Programa Colombia Mayor posteriores a esta postulación, en cuanto los criterios de inclusión, permanencia, exclusión y demás aspectos, para efecto del mejoramiento de la política social.
4. Bajo gravedad de juramento declaro que la información entregada es veraz, y autorizo para que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí declarados y en caso de inexactitud, se apliquen las sanciones contempladas en la ley y en la reglamentación del programa y autorizo que esta información sea utilizada para orientar las políticas sociales del gobierno.
5. De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014, y en ejercicio de mi Derecho Constitucional a conocer, actualizar, autorizar y rectificar todo tipo de información recogida o, que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas, por medio del presente documento me permito autorizar al Departamento Administrativo para la

Prosperidad Social y demás autoridades y operadores relacionados con el Programa Colombia Mayor, para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, recolecte, recaude, almacene, use, haga circular, suprima, procese, compile, intercambie, dé tratamiento, actualice y disponga de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en el presente formulario de postulación, así como en los demás sistemas de información a los cuales tenga acceso el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y Operadores del Programa Colombia Mayor para el ejercicio de sus funciones.

1. De conformidad con lo señalado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, autorizo al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y demás autoridades y operadores relacionados con el Programa Colombia Mayor, el envío de mensajes tipo SMS al número celular, al correo electrónico y/o a la dirección de residencia registrados en el presente formulario con el fin de recibir información, citaciones de notificación personal y demás información relacionada con el programa Colombia Mayor, en el evento que quede en firme la inscripción.
2. Entiendo que el presente documento es una postulación y su presentación no otorga derecho al acceso al programa Colombia Mayor ni a la asignación del subsidio, que las declaraciones aquí efectuadas no garantiza que el solicitante cumpla con los requisitos de postulación, y por tales motivos estaré pendiente al resultado definitivo, que será publicado en la oficina del Enlace Municipal.

Se acepta la firma del documento por Manifiesto no NOMBRE Y FIRMA medio de apoyos para el caso de saber firmar. TESTIGO

FIRMA ASPIRANTE O personas en condición de Autorizo a un

SU REPRESENTANTE discapacidad al tenor de la Ley 1996 testigo para la de 2019. Para esto se debe presentar Huella dactilar del un "acuerdo de apoyo", que pueden aspirante

Nº IDENTIFICACIÓN

Nº IDENTIFICACIÓN suscribir en Notaría, Centro de TESTIGO

Conciliación, o por designación

Judicial.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***INFORMACION COMPLEMENTARIA SISBEN*** |  |
| **CABEZA DE FAMILIA\*** *(Marque con una X)* | **ESTADO CIVIL:** *(EJ: Soltero, Casado, Viudo, Separado…)* | |
| SI: NO: |  | |
| **PUEBLO INDIGENA:** | **PERTENECE A ALGUN TERRITORIO COLECTIVO** *(X)* | **TERRITORIO COLECTIVO** *(Indicar territorio, solo si pertenece a alguno)* |
| Cual? | SI: NO: |  |
| **NOMBRE COMUNIDAD ETNICA:** | **HABLA OTRA LENGUA** *(lenguas indígenas)* | **INDICAR LA(S) OTRA(S) LENGUA(S)** |
| Cual? | SI: NO: |  |
| **DISCAPACIDAD** | **TIPO DE DISCAPACIDAD** *(Marque con una X)* | **IDENTIDAD DE GENERO** (Marque con una X) |
| SI: NO: | Discapacidad física: | Masculino: |
| **ORIENTACION SEXUAL:** *(Marque con una X)* | Discapacidad auditiva: |
| Bisexual: | Discapacidad visual: | Femenino: |
| Gay: | Sordo ceguera: |
| Lesbiana: | Discapacidad Intelectual: | Transgénero: |
| Heterosexual: | Discapacidad Mental: |
| No responde: | Discapacidad Múltiple: | No definida: |
| **VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO** (Incluido en registro único de victimas) (Marque con una X) | | **HECHO VICTIMIZANTE** (Marque con una X) |
| SI: NO: | | Desplazamiento forzado |
| Homicidio |
| **HA VIVIDO FUERA DE COLOMBIA** *(Marque con una X)* | **AÑOS DE RETORNO AL PAIS:** *(Indicar cuántos años lleva en el territorio Nacional en caso de haber vivido por fuera)* | Desaparición forzada |
| Delitos contra la libertad sexual |
| SI: NO: |  | Delitos contra la libertad sexual |
| Tortura |
| **VIVE SOLO, SIN DEPENDENCIA ECONOMICA** (Marque con una X) | **PERDIÓ EL SUBSIDIO POR TRASLADO DE MUNICIPIO** | Tratos crueles o degradantes |
| SI: NO: | SI: NO: | Secuestro |
|  |  | Acto terrorista - Atentado |
| **TIENE PERSONAS A CARGO** *(Marque con una X)* | **CUANTAS:** *(Indicar número de personas a cargo)* | **PERDIÓ EL SUBSIDIO AL APORTE EN PENSION** |
| SI: NO: |  | SI: NO: |
| **RECIBE SUBSIDIO EN DINERO** *(Marque con una X)* | **LUGAR DE RECEPCIÓN DE POSTULACIÓN** | **FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE RECIBE POSTULACIÓN** |
| SI: NO: |  |  |
|