

**NOTIFICACIÓN - ARRENDAMIENTO TEMPORAL  
CONDICIONES ESPECIALES**

CÓDIGO: F-GS-27  
VERSIÓN: 01  
FECHA: 16/01/2025  
PÁGINA: 1 de 1

Forma de notificación: Personal  Correo certificado  Arce  Otros   
 DIA:  MES:  AÑO:

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR:  CÉDULA:

NÚMERO FICHA O CARPETA:

DIRECCIÓN:  TELÉFONOS:

BARRIO:  COMUNA:

TIPO DE NOTIFICACIÓN: REQUISITOS PARA ACCEDER AL PROYECTO  INCUMPLIMIENTO Y/O IMPEDIMENTO PARA ACCEDER AL PROYECTO   
 IMPEDIMENTO Y/O INCUMPLIMIENTO PARA CONTINUAR EN EL PROYECTO  DOCUMENTOS PENDIENTES PARA LA CONTINUIDAD EN EL PROYECTO   
 TERMINACIÓN DEL SDAT  OTROS

TIPO DE EVACUACIÓN: Definitiva  Temporal  No tiene   
 TENENCIA: Propia  Alquilada  Prestada  Inquilada   
 PERDIDA DE ENSERES: SI  NO

TIEMPO DE PERMANENCIA EN MEDELLÍN (En años):

DESPLAZADO: SI  NO  HACE CUÁNTO:  DE DÓNDE:   
 REGISTRADO: SI  NO  NO SABE

PERSONA QUE RECIBE LA NOTIFICACIÓN:  CÉDULA:  PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR:

**INFORMACIÓN SUMINISTRADA - SUSTENTO JURÍDICO - PLAZO OTORGADO**

Con fundamento en lo establecido en el Decreto Distrital 0363 del 29 de abril de 2025, "Por medio del cual se declara la Calamidad Pública en el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín, para enfrentar las consecuencias de la temporada de lluvias para el segundo trimestre de 2025", el hogar notificado será atendido en el marco de la resolución N° 1088 del 14 de mayo de 2025 de mayo de 2025, "Por medio de la cual se establece el procedimiento para la atención de los hogares remediados para ser atendidos con el subsidio distrital de arrendamiento temporal -SDAT-, en el marco de la calamidad pública decretada por el Distrito de Medellín mediante Decreto 363 de 2025", expedida por el ISVIMED.

Plazo de atención con el subsidio distrital de vivienda -SDV- en la modalidad de arrendamiento temporal será por tres (3) meses. El valor máximo será de hasta quinientos noventa y un mil setecientos setenta y siete pesos ML (\$591.777).

- Los documentos que se deben aportar son:
- Copia de la cédula de ciudadanía del jefe de hogar.
  - Contrato de arrendamiento debidamente suscrito entre el jefe de hogar o algún integrante del hogar mayor de edad, y el propietario de la vivienda y/o la persona autorizada para arrendar la vivienda. El inmueble objeto de arrendamiento, no podrá estar ubicado en zona de riesgo -ZR-.
  - Certificación bancaria vigente a nombre de quien suscribió el contrato en calidad de arrendatario, y/o de quien lo suscribió en calidad de arrendador, que contenga la entidad bancaria y número de cuenta a la cual se le puedan transferir estos recursos.
  - Copia del documento de identidad del titular de la cuenta aportada.

Lugares para entrega de documentos:  
1. Carrera 40 N. 49 - 24 Edificio Centro Ayaacucho oficina 506.

Líneas de atención:  
Correo electrónico: documentos.sdats@isvimed.gov.co  
Línea WhatsApp: 3332588904  
Teléfono fijo: 6044283350 Ext 1001 - 1003 - 1006

Horarios de atención, de lunes a jueves entre las 8:00 a.m. a 12:15 y 01:30 p.m. a 4:00 p.m y viernes entre las 8:00 a.m. a 12:15.

Con la entrega de la información personal contenida en este documento autorizo al Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín -ISVIMED- con NIT 903.814.480-8, para que recolecte, almacene, use, transfiera y entregue a terceros el manejo de mis datos personales. Esta autorización me fue explicada y puesta de presente, antes de recolectar mi información personal, la cual acepto libre y voluntariamente. Además, se me informó sobre el derecho que tengo a consultar en el portal del Instituto sobre la política de protección de datos personales y los derechos a los que tengo acceso.

Expresamente autorizo me sean notificados al correo electrónico \_\_\_\_\_ los actos administrativos y en general toda la información relacionada con el Proyecto de Arrendamiento Temporal, de conformidad a lo ordenado en los artículos 56 y 57 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

INTERESADO(A) EN INGRESAR AL PROYECTO: SI  NO

Nombre de quien realiza la notificación C.C. \_\_\_\_\_  
 Nombre del beneficiario o integrante c.c. \_\_\_\_\_  
 La persona se niega a firmar

Firma de testigo y cédula



**Destinatario**

Miembro Razón Social: CARLOS ANDRES JIMENEZ GARRO  
 Dirección: ZONA 1 CASA B4  
 Ciudad: MEDELLIN\_ANTIOQUIA - ANTIOQUIA  
 Departamento: ANTIOQUIA  
 Código postal: 05/08/2025 12:48:49

**Remitente**

Miembro Razón Social: SOLUCIONES EN LOGISTICA Y SUMINISTROS SAS  
 Dirección: CARRERA 40 # 49-24 OFI 508 EDIF CENTRO  
 Ciudad: MEDELLIN\_ANTIOQUIA  
 Departamento: ANTIOQUIA  
 Código postal: 050012218  
 Envío: RA534167564CO

**3333  
000**



**SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9**

Miembro Concesión de Correo

**CORREO CERTIFICADO NACIONAL 2025**

Centro Operativo: PV BELEN

Fecha Admisión: 05/08/2025 12:48:49

Orden de servicio:

Fecha Aprox Entrega: 06/08/2025



RA534167564CO

**Remitente**  
 Nombre/ Razón Social: SOLUCIONES EN LOGISTICA Y SUMINISTROS SAS  
 Dirección: CARRERA 40 # 49-24 OFI 508 EDIF CENTRO NIT/C.C/T.I:  
 AYACUCHO  
 Referencia: Teléfono:3023789812 Código Postal:050012218  
 Ciudad:MEDELLIN\_ANTIOQUIA Depto:ANTIOQUIA Código Operativo:3333485

**Destinatario**  
 Nombre/ Razón Social: CARLOS ANDRES JIMENEZ GARRO  
 Dirección:ZONA 1 CASA 84  
 Tel:3023841001 Código Postal: Código Operativo:3333000  
 Ciudad:MEDELLIN\_ANTIOQUIA - ANTOQUIA Depto:ANTIOQUIA

**Valores**  
 Peso Físico(grs):100  
 Peso Volumétrico(grs):0  
 Peso Facturado(grs):100  
 Valor Declarado:\$0  
 Valor Flete:\$10.250  
 Costo de manejo:\$0  
 Valor Total:\$10.250 COP

Dice Contener :  
 Observaciones del cliente : DCTOS  
*Faltan papeles*

**Causal Devoluciones:**

<input type="checkbox"/> RE	Rehusado	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	Cerrado
<input type="checkbox"/> NE	No existe	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	No contactado
<input type="checkbox"/> NR	No reside	<input type="checkbox"/> FA		Fallecido
<input type="checkbox"/> NR	No reclamado	<input type="checkbox"/> AC		Apartado Clausurado
<input type="checkbox"/> DE	Desconocido	<input type="checkbox"/> FM		Fuerza Mayor
<input checked="" type="checkbox"/>	Dirección errada			

Firma nombre y/o sello de quien recibe:

C.C. Tel. Hora:

Fecha de entrega:

Distribuidor:

C.C. Gestión de entrega:  
 1er  2do

**3333  
485**  
**PV.BELEN  
NOR-OCCIDENTE**



33334853333000RA534167564CO