ra

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO CRUCE INDIVIDUAL BASES DE DATOS	Código: FOR-PSS-377 Versión: 3 Fecha: Memo I2024018223 - 05/07/2024 Página: 1 de 1

SERVICIO:	CUIDADO TRANSITORIO DÍA - NOCHE			MODALIDAD:			
NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA:	CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO VILLA KENNEDY						
NOMBRES:	GONZALO			APELLIDOS:	CHAVES ZORRO		
NÚMERO DE CÉDULA:	19440060	FECHA DE EXPEDICIÓN DE CÉDULA:	Día: 26	Mes: 8	Año: 1975		
EDAD:	71	FECHA DE NACIMIENTO:	Día: 9	Mes: 9	Año: 1953		

CONSULTA		SOLICITUD DE SERVICIO O FOCALIZACION:		INSCRITO		EN ATENCION:	X
FECHA DE CONSULTA:						29/05//2025	
SIRBE O FOCALIZACION:						29/05//2025	
REGISTRADURÍA	a. Estado de la cédula					VIGENTE	
	b. Entidad que reporta					REGISTRADURIA	
SISBÉN NACIONAL	a. Puntaje					X	
	b. Ciudad					X	
	c. Fecha de encuesta (DD/MM/AAAA)					X	
	d. Sin resultados de consulta						
COMPROBADOR DE DERECHOS	a. Contributivo						
	b. Subsidiado					X	
	c. Población especial					X	
	d. Sin resultados de consulta						
SISPRO-RUAF	a. Afiliaciones a salud					CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	
	b. Afiliaciones a pensiones					No se han reportado afiliaciones para esta persona	
	c. Afiliaciones a riesgos laborales					No se han reportado afiliaciones para esta persona	
	d. Afiliaciones a compensación familiar					No se han reportado afiliaciones para esta persona	
	e. Afiliaciones a cesantías					No se han reportado afiliaciones	
	f. Vinculaciones a programas de asistencia social					No se han reportado afiliaciones para esta persona	
	g. Pensionados					No se han reportado pensiones para esta persona	
FOSYGA-ADRES	a. Tipo de afiliación					SUBSIDIADO	
	b. Ultimo periodo compensado (DD/MM/AAAA)						
RAMA JUDICIAL	a. Presenta procesos					NO	
	b. Número de procesos vigentes					0	
	c. Situación jurídica actual					X	

SIRBE - SISTEMA DE INFORMACIÓN - SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL.	Simultaneidad con otros servicios:	SI:		NO:	X	¿Cuales?:	
INHUMADOS - Secretaría de Salud o Secretaria Distrital de Salud	Fallecido:	SI:		NO:	X		

RESULTADOS DEL CRUCE:	SI	NO
SUPERA CRUCES PARA INGRESO AL SERVICIO- MODALIDAD:	X	

Requiere soportes:		Solicite documentos a la persona mayor:	

NOMBRES y APELLIDOS DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE	BRENDA YISEL MARTINEZ DAZA	FIRMA DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE	Brenda Yisel Martinez