

|                                                                                                                    |                                                   |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>AL CALDA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |                                                   | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES<br>FORMATO CRUCE INDIVIDUAL BASES DE DATOS |                                         |                                      |              | Código: FOR-PSS-377<br>Versión: 3<br>Fecha: Memo I2024018223 - 05/07/2024<br>Página: 1 de 1 |                                                                                       |
| SERVICIO                                                                                                           | Centro de Atención Familiar DÍA-NOCHE.            |                                                                                     |                                         | MODALIDAD                            | Transitorio  |                                                                                             |                                                                                       |
| NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA                                                                                         | Centro Transitorio Cundinamarca                   |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| NOMBRES                                                                                                            | NELSON ENRIQUE.                                   |                                                                                     |                                         | APELLIDOS                            | RIOS SANCHEZ |                                                                                             |                                                                                       |
| NÚMERO DE CEDULA                                                                                                   | 10101700                                          |                                                                                     | FECHA DE EXPEDICIÓN DE CEDULA           | Día                                  | NP           | Mes                                                                                         | NP                                                                                    |
| EDAD                                                                                                               | 71                                                |                                                                                     | FECHA DE NACIMIENTO                     | Día                                  | 20           | Mes                                                                                         | 03                                                                                    |
| CONSULTA                                                                                                           |                                                   |                                                                                     |                                         | SOLICITUD DE SERVICIO O FOCALIZACIÓN | INSCRITO     | EN ATENCIÓN                                                                                 |                                                                                       |
| FECHA DE CONSULTA:                                                                                                 |                                                   |                                                                                     |                                         |                                      |              | 07.07.2025                                                                                  |                                                                                       |
| SIRBE O FOCALIZACIÓN:                                                                                              |                                                   |                                                                                     |                                         |                                      |              | 07.07.2025                                                                                  |                                                                                       |
| RSTRADURIA                                                                                                         | a. Estado de la cédula                            |                                                                                     |                                         |                                      |              | No presenta.                                                                                |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Entidad que reporta                            |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| SISBÉN NACIONAL                                                                                                    | a. Puntaje                                        |                                                                                     |                                         |                                      |              | BS.                                                                                         |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Ciudad                                         |                                                                                     |                                         |                                      |              | Bogotá                                                                                      |                                                                                       |
|                                                                                                                    | c. Fecha de encuesta (DD/MM/AAAA)                 |                                                                                     |                                         |                                      |              | 18/10/2024.                                                                                 |                                                                                       |
|                                                                                                                    | d. Sin resultados de consulta                     |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| COMPROBADOR DE DERECHOS                                                                                            | a. Contributivo                                   |                                                                                     |                                         |                                      |              | CAPITAL SALUD.                                                                              |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Subsidiado                                     |                                                                                     |                                         |                                      |              | X                                                                                           |                                                                                       |
|                                                                                                                    | c. Población especial                             |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
|                                                                                                                    | d. Sin resultados de consulta                     |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| SISPRO-RUAF                                                                                                        | a. Afiliaciones a salud                           |                                                                                     |                                         |                                      |              | Subsidiado                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Afiliaciones a pensiones                       |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | c. Afiliaciones a riesgos laborales               |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | d. Afiliaciones a compensación familiar           |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | e. Afiliaciones a cesantías                       |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | f. Vinculaciones a programas de asistencia social |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | g. Pensionados                                    |                                                                                     |                                         |                                      |              | No Reporta.                                                                                 |                                                                                       |
|                                                                                                                    |                                                   |                                                                                     |                                         |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| FOSYGA-ADRES                                                                                                       | a. Tipo de afiliación                             |                                                                                     |                                         |                                      |              | Subsidiado                                                                                  |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Último periodo compensado (DD/MM/AAAA)         |                                                                                     |                                         |                                      |              | 01/06/2013                                                                                  |                                                                                       |
| RAMA JUDICIAL                                                                                                      | a. Presenta procesos                              |                                                                                     |                                         |                                      |              | NO presenta                                                                                 |                                                                                       |
|                                                                                                                    | b. Número de procesos vigentes                    |                                                                                     |                                         |                                      |              | NO aplica                                                                                   |                                                                                       |
|                                                                                                                    | c. Situación jurídica actual                      |                                                                                     |                                         |                                      |              | NO aplica                                                                                   |                                                                                       |
| SIRBE - SISTEMA DE INFORMACIÓN - SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL                                        | Simultaneidad con otros servicios:                | SI: <input type="checkbox"/>                                                        | NO: <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuales?:                            | N/A          |                                                                                             |                                                                                       |
| INHUMADOS - Secretaría de Salud o Secretaría Distrital de Salud                                                    | Fallecido:                                        | SI: <input type="checkbox"/>                                                        | NO: <input checked="" type="checkbox"/> |                                      |              |                                                                                             |                                                                                       |
| RESULTADOS DEL CRUCE                                                                                               |                                                   |                                                                                     |                                         | SI                                   | NO           |                                                                                             |                                                                                       |
| SUPERA CRUCES PARA INGRESO AL SERVICIO- MODALIDAD:                                                                 |                                                   |                                                                                     |                                         |                                      | X            |                                                                                             |                                                                                       |
| Requiere soportes:                                                                                                 | NO                                                | Solicite documentos a la persona mayor:                                             |                                         | N/A                                  |              |                                                                                             |                                                                                       |
| NOMBRES y APELLIDOS DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE                                                                      |                                                   |                                                                                     |                                         | Alejandro Castellano                 |              | FIRMA DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE                                                             |  |