| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES<br>FORMATO CRUCE INDIVIDUAL BASES DE DATOS | Código: FOR.PSS-377<br>Versión: 3<br>Fecha: Memo I2024018723 - 05/07/2024<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO: | CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO DIA/NOCHE | | | MODALIDAD: | | | | | |
| NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA: | LOS CAMINANTES | | | | | | | | |
| NOMBRES: | Ligia | | | APELLIDOS: | Gamboa Puentes | | | | |
| NÚMERO DE CÉDULA: | 37814045 | FECHA DE EXPEDICIÓN DE CÉDULA: | Día: | 9 | Mes: | 12 | Año: | 1973 | |
| EDAD: | 73 | FECHA DE NACIMIENTO: | Día: | 22 | Mes: | 11 | Año: | 1951 | |

| CONSULTA | SOLICITUD DE SERVICIO O FOCALIZACION: | | INSCRITO | | EN ATENCION: | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CONSULTA: | | 8 | 8 | 2025 |
| SIRBE O FOCALIZACION: | | 8 | 8 | 2025 |
| REGISTRADURÍA | a. Estado de la cédula | | | Vigente |
| | b. Entidad que reporta | | | Registraduria |
| SISBÉN NACIONAL | a. Puntaje | | | 67 |
| | b. Ciudad | | | Bogotá |
| | c. Fecha de encuesta (DD/MM/AAAA) | | | 10-04-2025 |
| | d. Sin resultados de consulta | | | |
| COMPROBADOR DE DERECHOS | a. Contributivo | | | |
| | b. Subsidiado | | | |
| | c. Población especial | | | HC-1 |
| | d. Sin resultados de consulta | | | |
| SISPRO-RUAF | a. Afiliaciones a salud | | | Activo |
| | b. Afiliaciones a pensiones | | | |
| | c. Afiliaciones a riesgos laborales | | | |
| | d. Afiliaciones a compensación familiar | | | |
| | e. Afiliaciones a cesantías | | | |
| | f. Vinculaciones a programas de asistencia social | | | |
| | g. Pensionados | | | |
| FOSYGA-ADRES | a. Tipo de afiliación | | | Subsidiado |
| | b. Ultimo periodo compensado (DD/MM/AAAA) | | | 30-11-2012 |
| RAMA JUDICIAL | a. Presenta procesos | | | NO |
| | b. Número de procesos vigentes | | | |
| | c. Situación jurídica actual | | | |

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Requiere soportes: | NO | Solicite documentos a la persona mayor: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES y APELLIDOS DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE | Edinson Soracipa | FIRMA DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE | |

Scanned with CamScanner