



ALCALDÍA
DE SAN JOSÉ DE
CÚCUTA



INFORMACIÓN SOLICITUD TRÁMITES EN LÍNEA

Con la finalidad de facilitar su trámite ante la Oficina de Caracterización Socioeconómica - Sisbén y que este se realice de manera eficaz, le invitamos a seguir los siguientes pasos:

1. Diligencie cada una de las casillas y espacios de los formularios con la información correspondiente y según sea la necesidad de su trámite (Inclusión- Modificación – Retiro – Encuesta Nueva), no olvide firmar y poner su huella. (Puede obtener el instructivo del paso a paso para diligenciar Su solicitud en el siguiente enlace

<https://blogsibencucuta.wixsite.com/tramitesenlinea>

Es importante que adjunte la documentación completa:

- Formulario de solicitud. (2da hoja de este documento)
- Formulario(s) de datos complementarios (Para solicitudes de inclusión y modificación).
- Fotocopia legible del documento del solicitante y de la(s) persona(s) a incluir, modificar, retirar.
- En caso de solicitar una nueva encuesta - Fotocopia o foto de un(1) recibo de servicio público (esto con el fin de validar la dirección exacta de la vivienda).

2. Cuando reúna todos los requisitos, deberá enviarlos escaneados. Si va a enviar los documentos en foto, recuerde que deben estar derechos, centrados y 100% legibles, ya que, si están borrosos o incompletos no podremos procesar su solicitud.

Estos documentos deberán ser enviados al correo: **solicitudsisben@cucuta.gov.co** y en el asunto escribir el tipo de solicitud. Ejemplo: "Solicitud, Modificación o Retiro" Para cualquier duda o inquietud, recuerde que tenemos a su disposición nuestras líneas de orientación:

Teléfonos: **316 5301875 / 313 3974545 / 320 2269311/ 310 8808611** horario de atención 7:00 a.m. a 2:00 p.m.

Canal de Atención Virtual - Whatsapp: **316 5301875** horario de atención 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

REPORTE NUEVA SOLICITUD

Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales



Fecha

Dia

Mes

Año

Municipio

Departamento

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido | Sexo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Extranjero | Tipo de documento | Número de documento | Fecha de nacimiento | Fecha de expedición doc. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| País | Departamento | Municipio | Correo electrónico | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Dirección domicilio | | | Teléfono | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |

DETALLE DE LA SOLICITUD

TIPO DE SOLICITUD Inclusión - modificación - retiro

¿ENCUESTA NUEVA? SI NO

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? SI NO

¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? SI NO

¿Qué información de la encuesta desea modificar?

Identificación Datos de vivienda Datos de hogar Datos de personas

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

| Orden | 1º Nombre | 2º Nombre | 1º Apellido | 2º Apellido | Documento | Retiro | Inclusión | Modificación |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad identificada a través de decrues con bases de datos generará la exclusión del Sisbén, independientemente de las acciones legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la dirección de correo electrónico señaladas en la sección "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO? SI NO

El solicitante se compromete a que una vez superada la emergencia por el COVID-19 se presentará en la oficina del Sisbén a refrendar con su firma esta solicitud



María Aurora Jaquez R

Firma del Solicitante

Huella índice derecho



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

FORMULARIO DE DATOS COMPLEMENTARIOS

INSTRUCCIONES - INFORMACIÓN IMPORTANTE

*El Presente formulario debe contener la información de la persona a incluir, a modificar o corregir datos. Ejemplo: Si va a incluir a un hijo/a el siguiente formulario deberá tener la información sobre el hijo/a.

**Si es más de 1 persona a incluir, a modificar o corregir datos, el siguiente formulario deberá tener información de cada una de ellas. Ejemplo: Si va a incluir 2 personas, deberán adjuntar 2 formularios de datos complementarios.

*** Si su solicitud es una nueva encuesta o encuesta por inconformidad, NO es necesario el siguiente formulario, ya que, en la visita a su vivienda se pedirá la información.

INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombres de la persona solicitada | Apellidos de la persona solicitada | Tipo de documento | Número de documento | Edad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| ¿Es usted Colombiano retornado? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Usted se encuentra en el Registro Único de Víctimas? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Usted tiene alguna condición de discapacidad? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Usted se reconoce como víctima? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Cuál o cuáles? | <input type="text"/> | ¿Si su anterior respuesta fue "SI", el hecho victimizante fue? | Desplazamiento forzado <input type="checkbox"/> Otro Hecho <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Usted se reconoce dentro de algunos de los siguientes grupos de población? | | | | | | | |
| Población Indígena | <input type="checkbox"/> | Población Afrocolombiana | <input type="checkbox"/> | Población mestiza | <input type="checkbox"/> | Población Raizal | <input type="checkbox"/> |
| Población Palenquera | <input type="checkbox"/> | Población LGBTIQ+ | <input type="checkbox"/> | Población ROM o Gitana | <input type="checkbox"/> | Ninguna | <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN DE LA PERSONA A INCLUIR, MODIFICAR O CORREGIR DATOS

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ¿Parentesco con el jefe de hogar? | | | | | | | |
| Jefe de hogar | <input type="checkbox"/> | Tíos | <input type="checkbox"/> | Primos | <input type="checkbox"/> | Otro Pariente | <input type="checkbox"/> |
| Cónyuge o Compañero | <input type="checkbox"/> | Hermano (a) | <input type="checkbox"/> | Padre, Madre, Padrastro, Madrasta | <input type="checkbox"/> | Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> |
| Sobrinos | <input type="checkbox"/> | Cuñado (a) | <input type="checkbox"/> | Empleado (a) de Servicio Doméstico | <input type="checkbox"/> | Yerno - Nuera | <input type="checkbox"/> |
| Suegros | <input type="checkbox"/> | Nieto (a) | <input type="checkbox"/> | Hijo, Hijastro, Hijo Adoptado (a) | <input type="checkbox"/> | No Pariente | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ¿Estado Civil? | | | | | | | |
| Unión Libre | <input type="checkbox"/> | Casado (a) | <input type="checkbox"/> | Viudo (a) | <input type="checkbox"/> | Separado (a) o Divorciado (a) | <input type="checkbox"/> |
| Soltero (a) | | | | <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| ¿El conyuge vive en el hogar ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿El Padre o Madre Vive en el Hogar? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cómo se llama? | <input type="text"/> | ¿Cómo se llama? | <input type="text"/> |

SALUD

¿Por enfermedad, accidente o de nacimiento tiene limitaciones permanentes para (Ver, Oír, Hablar, Moverse o Caminar por si mismo, dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía, entender o aprender)?

| | | |
|---|-----------------|----------------------|
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Cuál o cuáles? | <input type="text"/> |
|---|-----------------|----------------------|

¿A cuál de los siguientes régimenes de seguridad social en salud esta afiliado como cotizante o beneficiario?

Contributivo (EPS)

Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio)

Subsidiado (EPS-S)

Ninguna

No sabe

En los últimos 30 días ¿Tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?

SI NO

¿Cuál o cuáles?

¿Acudió a una institución prestadora de servicios de salud?

SI NO

¿Lo atendieron?

SI NO

Si es Mujer ¿Se encuentra en estado de embarazo?

SI NO

Si es Mujer ¿Ha tenido hijos nacidos vivos?

SI NO

EDUCACIÓN (SOLO LLENAR LOS MAYORES DE 4 AÑOS)

¿Sabe leer y escribir?

SI NO

¿Actualmente estudia (Asiste a preescolar, escuela, colegio o universidad)?

SI NO

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado?

Ninguno

Preescolar

Básica Primaria

Básica Secundaria

Básica Media Secundaria (10,11,13)

Técnico o Tecnológico

Universitario

Postgrado

¿Último grado o año aprobado?

OCCUPACIÓN E INGRESOS

¿Cotiza a un fondo de pensiones?

SI NO Pensionado

¿Cuál fue su actividad principal en el último mes?

Trabajando

Buscando trabajo

¿Cuántas semanas?

Estudiando

Oficios del hogar

Rentista

Incapacidad permanente para trabajar

Jubilado o pensionado

Sin actividad

Si en la anterior pregunta su respuesta fue "trabajando", ¿Cuánto fue su salario?

Valor:

El mes pasado recibió ingresos por:

Pensión de vejez o invalidez

Dinero que recibe de otros hogares o personas residentes en el país

Arriendos

SI NO Valor:

SI NO Valor:

SI NO Valor:

Dinero que recibe de otros hogares o personas NO residentes en el país

Otros ingresos diferentes a subsidios del estado

SI NO Valor:

SI NO Valor:

Si recibe subsidios del estado mencione cuál y el valor del subsidio

**Familias en Acción:

Valor:

**Ingreso Solidario:

Valor:

**Jóvenes en Acción:

Valor:

**Devolución del IVA:

Valor:

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS: Entiendo, que los datos aquí contenidos serán objeto de recolección, almacenamiento y uso, con la finalidad de obtener información para esta investigación y garantizamos que los datos suministrados por ustedes serán manejados con completa confidencialidad.

¿Acepta y autoriza el tratamiento de datos?

SI NO