

# REPORTE NUEVA SOLICITUD

Sistema de Identificación de  
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales



Fecha

Día

Mes

Año

Municipio

Departamento

## DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Sexo

F

M

Extranjero

Tipo de documento

Número de documento

Fecha de nacimiento

Fecha de expedición doc.

País

Departamento

Municipio

Correo electrónico

Dirección domicilio

Teléfono

## DETALLE DE LA SOLICITUD

TIPO DE SOLICITUD

Inclusión - modificación - retiro

¿ENCUESTA NUEVA?

¿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	1° Nombre	2° Nombre	1° Apellido	2° Apellido	Documento	Retiro	Inclusión	Modificación
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8						<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 cruces 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 futuro  
es de todos

DNP  
Departamento  
Nacional de Planeación

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

Firma del Solicitante

Huella  
índice derecho