



**El futuro
es de todos**

DNP
Departamento
Nacional de Planeación



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

Atención por medios virtuales de solicitudes en fase de demanda

DDS – Subdirección de Promoción Social y
calidad de Vida

Mayo, 2020



1. Diligenciamiento del formato manual.
2. Firma digital del formato.
3. Revisión del formato
4. Registro del tramite en el sistema

1. Diligenciamiento del formato manual.

Diligenciamiento del formato manual.

Envío formato manual para ciudadano

REPORTE NUEVA SOLICITUD

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales **Sisbén**

Fecha
Día Mes Año
Municipio Departamento

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido Sexo ☐ F ☐ M ☐
Estranjero ☐ 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

¿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 ordenar 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 "Informe 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

El municipio puede enviar al solicitante el formato de registro manual de solicitudes por correo electrónico o lo puede disponer para la descarga en su página web.

Diligenciamiento del formato manual.

Paso 1: Fecha, Municipio y Departamento.

REPORTE NUEVA SOLICITUD
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Sisbén

Fecha
Día: 01 Mes: 05 Año: 2020

Municipio
California

Departamento
Santander

Paso 2: Fecha, Municipio y Departamento.

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre Juan	Segundo nombre Pedro	Primer apellido Ramirez	Segundo apellido Suarez	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo de documento CC	Número de documento 1000100100	Fecha de nacimiento 01/02/1990	Fecha de expedición doc. 01/02/2010
País Colombia	Departamento Santander	Municipio California	Correo electrónico juan1234@gmail.com	
Dirección domicilio Calle 19 No 11 - 08 Barrio San pedro			Teléfono 3213213232	

Diligenciamiento del formato manual.

Paso 3: Detalle de la Solicitud.

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿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	Juan	Pedro	Ramirez	Suarez	CC 1000100100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Luis		Ramirez	Suarez	CC 2000200200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diana	Patricia	Ramirez	Suarez	TI 3000300300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	María	Camila	Torres	Avila	CC 900900900	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>

En la imagen se muestra, un ejemplo de tramite sobre el cual se realiza una **Modificación, retiro e inclusión** de una persona, todas en un mismo tramite.

Diligenciamiento del formato manual.

Paso 4: Autorización y Declaración de la Persona Solicitante.

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

En la imagen se muestra, un ejemplo de la autorización y declaración de la persona solicitante con firma digitalizada.

2. Firma digital del formato.

Firma digital del formato.

Formato manual completamente diligenciado por parte del ciudadano sin firma.

REPORTE NUEVA SOLICITUD
Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha
Día 01 Mes 05 Año 2020

Municipio California Departamento Santander

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre Juan Segundo nombre Pedro Primer apellido Ramirez Segundo apellido Suarez Sexo F ☐ M ☒

Extranjero ☐ Tipo de documento CC Número de documento 1000100100 Fecha de nacimiento 01/02/1990 Fecha de expedición doc. 01/02/2010

País Colombia Departamento Santander Municipio California Correo electrónico juan1234@gmail.com

Dirección domicilio Calle 19 No 11 - 08 Barrio San pedro Teléfono 3213213232

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿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	Juan	Pedro	Ramirez	Suarez	CC 1000100100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Luis		Ramirez	Suarez	CC 2000200200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diana	Patricia	Ramirez	Suarez	TI 3000300300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maria	Camila	Torres	Avila	CC 9009009000	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 cruce 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 o refrendará con su firma esta solicitud

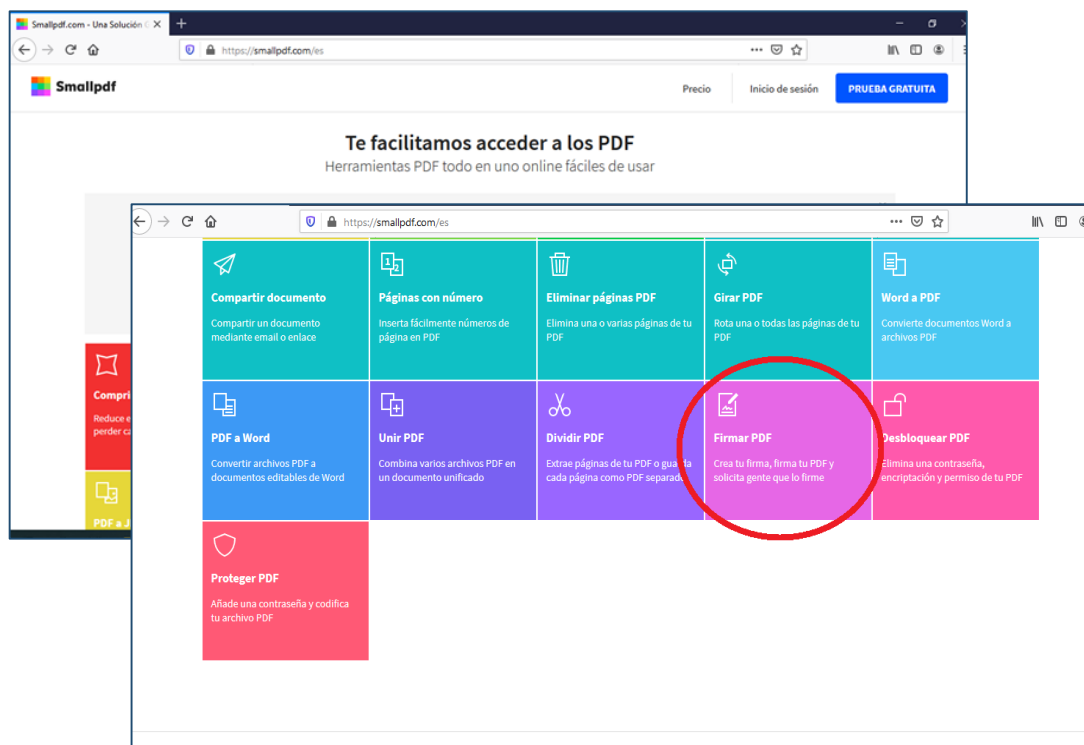
Firma del Solicitante _____ Huella Índice derecho

Formulario_Solicitud Manual.pdf

Una vez el solicitante a completado el formato manual en pdf puede firmarlo de manera digital, siguiendo el siguiente paso a paso:

Firma digital del formato.

Paso 1: Ingresar a la pagina de firma digital en PDF

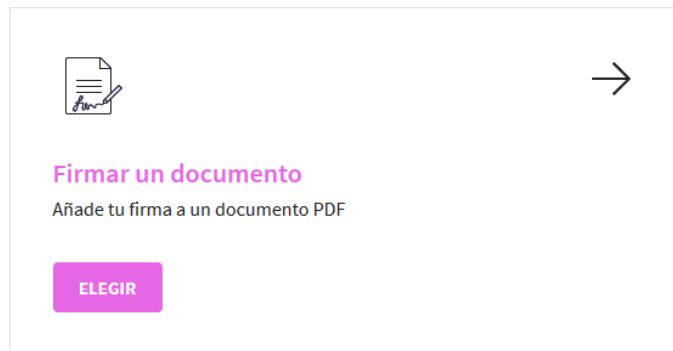


El ciudadano puede firmar digitalmente el formato de solicitud haciendo uso de la herramienta gratuita para firma digital de documentos PDF disponible en <https://smallpdf.com/es> a la cual se puede acceder desde un computador o un teléfono móvil.

Fuente: <https://smallpdf.com/es>

Firma digital del formato.

Paso 2: Elegir pdf formato de solicitud



Se selecciona el archivo en pdf formato de solicitud completamente diligenciado y se carga a la pagina para poder firmarlo digitalmente.



Fuente: <https://smallpdf.com/es>

Firma digital del formato.

Paso 2: Elegir el pdf formato de solicitud.

The screenshot displays the 'Firmar PDF' (Sign PDF) interface. At the top, it says 'Firmar PDF' and 'Firma documentos o solicita una firma electrónica'. Below this, there are two buttons: 'COLOCAR FIRMA' (highlighted with a red circle) and 'AÑADIR TEXTO'. The main area shows a document with a handwritten signature. To the right of the signature is a 'BORRAR' (Delete) button. Below the document, there is a 'GUARDAR' (Save) button. At the bottom, there is a section with a warning message: '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'. To the right of this message is a box for the 'Huella índice derecho' (Right index finger). At the bottom right, there are two buttons: 'PEDIR A OTROS QUE FIRMEN' and 'FINALIZAR'.

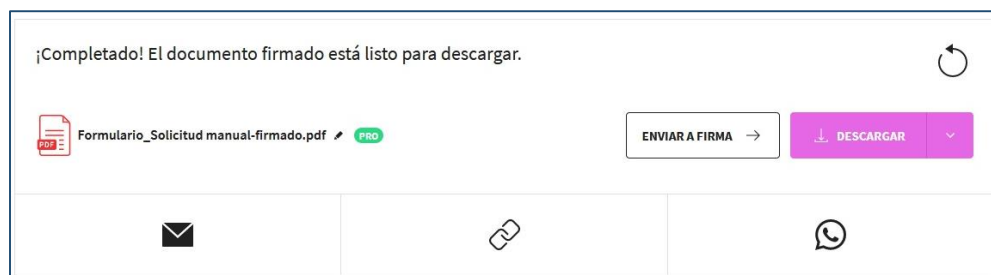
Se selecciona **COLOCAR FIRMA** y se realizar la firma en el campo en blanco y se da clic en **guardar**.

Una vez firmado el formato se única la firma en Firma del solicitante y se da clic en **finalizar**.

Fuente: <https://smallpdf.com/es>

Firma digital del formato.

Paso 3: Enviar formato firmado al correo.



Opción 1: Puede dar clic en descargar para guardar el formato firmado en pdf y enviarlo desde un correo personal.

Opción 2: Desde la misma pagina puede enviar el formato firmado al correo de administrador municipal.

3. Revisión del formato.

Revisión del formato.

Formato manual completamente diligenciado por parte del ciudadano sin firma.

REPORTE NUEVA SOLICITUD

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha: Día 01 Mes 05 Año 2020

Municipio: California Departamento: Santander

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre: Juan Segundo nombre: Pedro Primer apellido: Ramirez Segundo apellido: Suarez Sexo: ☐ F ☒ M

Extranjero: ☐ Tipo de documento: CC Número de documento: 1000100100 Fecha de nacimiento: 01/02/1990 Fecha de expedición doc.: 01/02/2010

País: Colombia Departamento: Santander Municipio: California Correo electrónico: juan1234@gmail.com

Dirección domicilio: Calle 19 No 11 - 08 Barrio San pedro Teléfono: 3213213232

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿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	Juan	Pedro	Ramirez	Suarez	CC 1000100100	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Luis		Ramirez	Suarez	CC 2000200200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diana	Patricia	Ramirez	Suarez	TI 3000300300	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maria	Camila	Torres	Avila	CC 900900900	<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

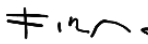
El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisben y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.


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 dichos cruces con bases de datos generará la exclusión del Sisben, 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 Sisben a refrendar con su firma esta solicitud

 Huella Índice derecho



El futuro es de todos DNP Departamento Nacional de Planeación

Una vez llega el formato al municipio es importante que el administrador municipal del Sisben revise su contenido teniendo encuenta todos su campos y validando los siguientes puntos:

Revisión del formato.

Punto 1: Aceptación del campo de autorización y Declaración de la Persona Solicitante y el campo donde el solicitante responde Si en la pregunta ¿puede aportar información para la solicitud?

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud?

SI ☒ NO ☐

De no estar aceptada la declaración o el campo de aportar información, no será posible realizar el trámite en sistema local SisbeAPP.

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.

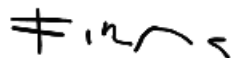
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. 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 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

 El futuro es de todos DNP Departamento Nacional de Planeación


Firma del Solicitante


Huella Índice derecho

Revisión del formato.

Punto 2: En los datos del solicitante es obligatorio se documente numero de teléfono, porque al numero que se registre en el formato será donde se realiza la llamada llamara para validar los datos que sean necesarios.

DATOS DEL SOLICITANTE				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo
Juan	Pedro	Ramirez	Suarez	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjero	Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento	Fecha de expedición doc.
<input type="checkbox"/>	CC	1000100100	01/02/1990	01/02/2010
País	Departamento	Municipio	Correo electrónico	
Colombia	Santander	California	juan1234@gmail.com	
Dirección domicilio			Teléfono	
Calle 19 No 11 - 08 Barrio San pedro			3213213232	

Revisión del formato.

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿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	Juan	Pedro	Ramirez	Suarez	CC 1000100100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Luis		Ramirez	Suarez	CC 2000200200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diana	Patricia	Ramirez	Suarez	TI 3000300300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	María	Camila	Torres	Avila	CC 900900900	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>

Punto 3: Se debe validar que información de la encuestas desea modificar el solicitante:

- Datos Hogar
- Datos Personas

De igual forma de deben validar si en el hogar se va a realizar alguna **modificación**, **retiro** o **inclusión** de personas.

Revisión del formato.

Punto 4.1: Se debe revisar las longitudes de los tipos de documento, según como se informa en la siguiente tabla, para garantizar su registro en el sistema SisbenAPP:

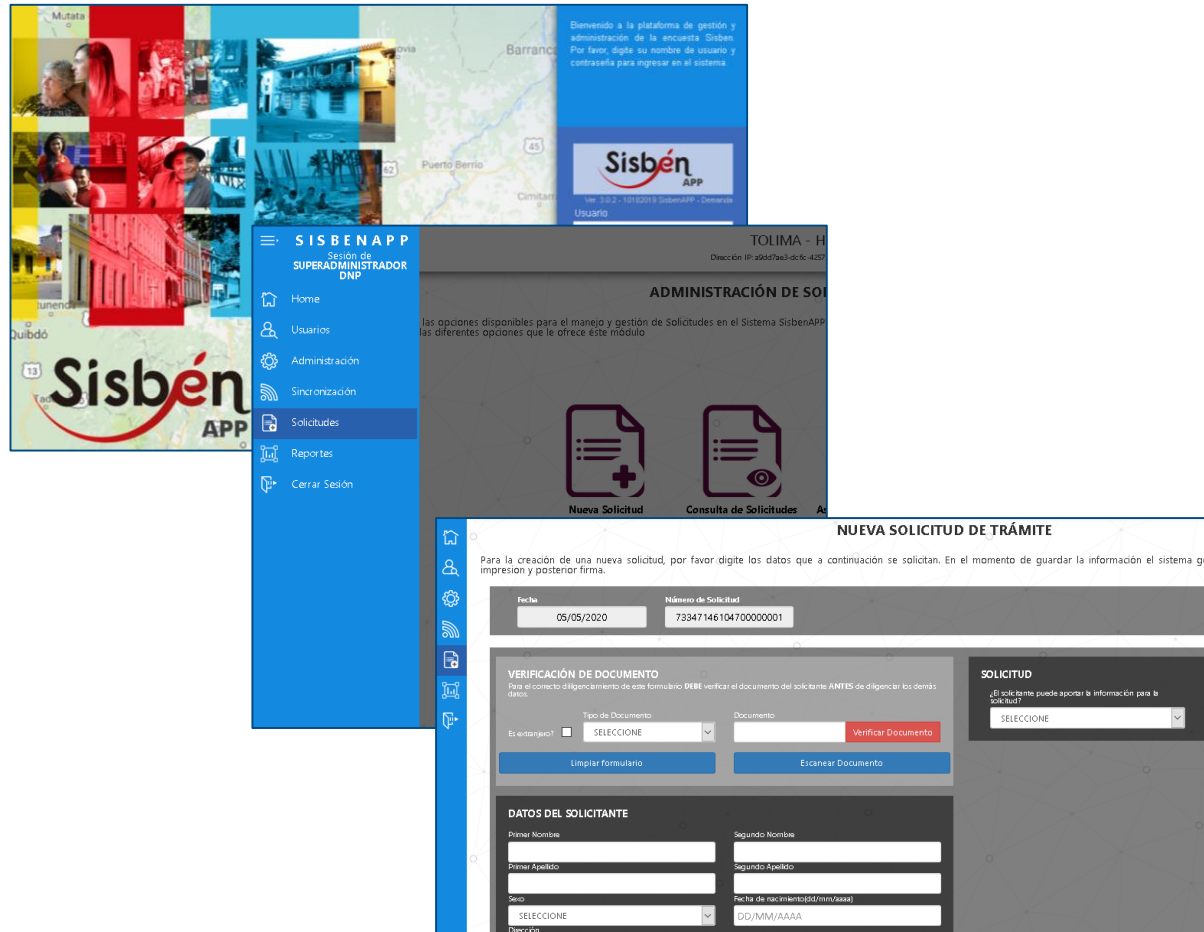
Tipo de documento	Siglas tipo de documento	Longitud establecida
Cedula de ciudadanía	CC	Mínimo 5 y Máximo 10 dígitos
Tarjeta de Identidad	TI	Mínimo 10 y Máximo 11 dígitos
Registro civil	RC	Mínimo 4 y máximo 10 dígitos
Cedula de extranjería	CE	Mínimo 6 dígitos
Permiso especial de permanencia	PEP	Exactamente 15 dígitos
Documento nacional de identidad	DNI	Mínimo 6 dígitos
Salvoconducto	SCR	Mínimo 6 dígitos
Pasaporte	PA	Mínimo 8 dígitos - alfanumérico

Tabla 1: Longitudes tipo de documentos

4. Registro del tramite en el sistema

Registro del tramite en el sistema

SisbenApp y control



Imágenes sistema SisbenAPP

Se debe realizar el tramite de la solicitud en el sistema según como lo solicite cada ciudadano y se deberá llevar el control de acuerdo como se menciona en el documento: **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION POR MEDIOS VIRTUALES DE SOLICITUDES EN FASE DE DEMANDA.pdf**



**El futuro
es de todos**

DNP
Departamento
Nacional de Planeación