INFORME MENSUAL	**X**	**INFORME FINAL**	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO										
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME							01	11	22	
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	Del 01 de octubre de 2022 hasta el 30 de octubre de 2022									
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES									
No. CONTRATO	CD-1315 de 2022									
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YAMILED LÓPEZ BUITRÓN									
C.C.	34.638.692									
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales para la orientación, asesoría y acompañamiento jurídico respecto a la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en las regionales.									
ACTA DE INICIO	**SI**		**N/A**	X	**FECHA SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO**					
FECHA DE INICIO	09	08	22	**FECHA DE TERMINACIÓN**			31	12	22	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 24.700.000				**FORMA DE PAGO**		MENSUAL			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	24522				**REGISTRO PRESUPUESTAL No.**		2561622			
Supervisión o Interventor										
NOMBRE DEL SUPERVISOR	GERSON ALEJANDRO VERGARA TRUJILLO									
CARGO	DEFENSOR REGIONAL VALLE DEL CAUCA									

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	
Pago de seguridad social y riesgos laborales	
Pago aporte al sistema de salud Aporte Obligatorio.	$ 247.000
Pago aporte al sistema de pensiones Aporte Obligatorio.	$316.200
Pago aporte de ARL obligatorio.	$ 10.400
Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	
CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).	SI
Subsistema de Gestión Ambiental (SGA)	
CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión Ambiental (SGA) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SGA).	SI
Obligaciones del Contratista	

Obligaciones	Descripción de actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones, logros y obstáculos
1. Orientar y Asesorar jurídicamente a las Víctimas respecto a sus derechos y garantía de acceso a los programas de protección, atención, asistencia y reparación integral, de acuerdo a las indicaciones institucionales.	Se orientó y se asesoró jurídicamente a las Víctimas con respecto a los derechos y garantías, en la toma de declaraciones en las Instalaciones del Centro Regional de Atención a Víctimas (CRAV) Defensoría Regional del Valle el día 3 de octubre de 2022 a los señores: FARLEMIR PAZ CANO, DEYANIRA OBANDO GÓNGORA, SAYRA ALICIA QUIÑONES ANGULO, BELLANIRA ALEGRÍA MOSQUERA. el día 4 de octubre de 2022 a los señores: DARWIN ERMILSON LÓPEZ GALLEGO, el día 10 de octubre de 2022, a los señores: ANGIE SULAY LANDAZURI RIASCOS, JORGE ELIECER CERQUERA CUELLAR. NECTARIO CUAICAL ZAMBRANO, MARIELA DEL SOCORRO RENDON CAICEDO, el día 14 de octubre de 2022, a las señoras: SONIA MARÍA GIRALDO CARCÍA, LINA MILETH URCUE TROCHEZ, el día 18 de octubre de 2022 a los señores: JHON WILSON CAICEDO HERRERA, LINA MARIA VALENCIA VALENCIA, NELSON ENRIQUE GUERRERO AGUIRRE, PATRICIA LOANGO CAICEDO, el día 19 de octubre de 2022 a los señores GLORIA TATIANA BENITEZ LANDÁZURI, SINDI MARCELA MARTÍNEZ QUIÑONEZ, el día 24 de octubre de 2022 a los señores: ARCELIA BALTÁN DÍAZ, VICTOR JULIO RIVAS ARAGÓN, RICARDO LOBOA MURILLO.
2. Elaborar recursos administrativos y legales que requieran las víctimas frente a la negación de la solicitud de inclusión en el registro único de víctimas RUV, en lo individual y lo colectivo y/o contra los actos que suspenden las ayudas humanitarias.	El día 26 de octubre de 2022, se elaboró Recurso de Reposición al usuario MARDEN ORLANDO CALDONO CERÓN, contra la RESOLUCIÓN No. 2021-36567 del 18 de mayo de 2021 en el que niega inclusión en el Registro Único de Víctimas, quien se encuentra domiciliado en Alicante España.
3. Elaborar, cuando así se lo requieran las víctimas, el documento de solicitud de indemnización administrativa.	1. El día 10 de octubre de 2022 de da respuesta mediante la Plataforma ORFEO a Derechos de petición a los usuarios JULIETH ELIZABETH MARTÍNEZ SALAS, a quien se asesoró referente a el trámite de declaración en el exterior, ESTHER YATE MARTÍNEZ, a quien se traslada su petición de pago de indemnización administrativa A la UARIV, el día 12 de octubre de 2022, a la señora CAROLINA POLO RODRÍGUEZ, víctima de amenazas de muerte, desplazamiento forzado, Persecución y constreñimiento ilegal Armado, por el grupo al margen de la ley, Frente de Guerra Occidental ELN, quien se asesora referente a la activación de medida de Protección y toma de declaración, el día 13 de octubre a la señora MARIA EULALIA BERNAL GALLEGO, se contesta petición y se traslada por competencia a la UARIV el día 21 de octubre de 2022, al señor ARBEY CALLE GALLEGO a quien se da traslado por

	competencia a la UARIV, solicitud de indemnización y una acción defensorial se insta a la entidad se tenga en cuenta los hechos narrados por el petitente, Y MARÍA ELODIA PEÑARANDA VELASCO, a quien se le radico una tutela ante el juez competente en el aplicativo de la rama Judicial.
4. Proyectar documentos como apoyo a la acción constitucional de la Tutela a la población víctima del conflicto armado, cuando se considere procedente para la exigibilidad de derechos.	El día 22 de octubre de 2022 se radica Tutela al juzgado competente en el Municipio de Cerrito, Valle del Cauca mediante aplicativo de la Rama Judicial correspondiente a la señora MARÍA ELODIA PEÑARANDA VELASCO
5. Alcance de apoyo a la participación activa que la institución realiza en los escenarios de política pública	El día 5 de octubre de 2022 se apoyó al encuentro Diálogos Reflexivos de Paz, convocado por la Defensoría del pueblo Regional Valle, la Delegada para Orientación y Atención a Víctimas, llevado a cabo en la Ciudad de Cali, con la participación de las entidades y reincorporados espacio en el que se compartió dinámicas con mensajes alusivos a la Reincorporación, Reconciliación, aceptación y búsqueda de la paz dentro de una sociedad incluyente. El día 15 de octubre de 2022 se llevó a cabo el acompañamiento a las mesas de los Diálogos Regionales vinculantes realizados en los campos de la Universidad del Valle, desde las ocho de la mañana hasta las cuatro de la tarde en el que se asistió con prioridad la mesa de Víctimas del Conflicto por su complejidad y la necesidad del acompañamiento, toda vez que los asistentes solicitan el cumplimiento de acuerdos con la Unidad de Atención y Reparación Integral a alas Victimas, mayor atención y compromiso con las mismas.
6. Brindar la orientación y el acompañamiento debido a las víctimas del conflicto armado que han perdido más del 50% de su capacidad laboral en el acceso a la prestación humanitaria periódica, de acuerdo a la circular 22 de 2018 de la Defensoría Nacional del Pueblo.	El día 24 de octubre de 2022 se brindó orientación al Señor RICARDO LOBOA MURILLO, de acuerdo a la circular 22 de 2018 de la Defensoría Nacional del Pueblo quien ha sido víctima de repetidos atentados con cinco impactos en el cuerpo, tal como se especificó en el Formulario único de declaración.
7. Brindar la orientación y el acompañamiento debido a las víctimas para el acceso a las rutas de prevención y protección, a través de cualquier medio de comunicación, siendo presencial cumpliendo con los protocolos de bioseguridad o virtual.	el día 12 de octubre de 2022, mediante derecho de Petición se asesoró a la señora CAROLINA POLO RODRÍGUEZ, quien fue víctima de amenazas de muerte, desplazamiento forzado, Persecución y constreñimiento ilegal Armado, por el grupo al margen de la ley, Frente de Guerra Occidental ELN, en la activación de la Ruta de protección ante las entidades competentes.
8. Realizar el acompañamiento a los procesos de Reparación Colectiva en el marco del	1. No fue asignada para el presente periodo.

protocolo definido por la Delegada de Víctimas.	
9. Alimentar el Sistema de Información Interinstitucional de Justicia Transicional– SIIJT- así como toda la información correspondiente a su gestión en la regional dentro de las herramientas e instrumentos diseñados por la Delegada para la Orientación y Asesoría a las Víctimas del Conflicto Armado Interno.	Se Alimentó el Sistema de Información Interinstitucional de Justicia Transicional (SIIJT) con la información recopilada dentro de las jornadas de toma de declaraciones y orientación a la población víctima de conflicto armado, a los señores FARLEMIR PAZ CANO, DEYANIRA OBANDO GÓNGORA, SAYRA ALICIA QUIÑONES ANGULO, BELLANIRA ALEGRÍA MOSQUERA, DARWIN ERMILSON LÓPEZ GALLEGO, ANGIE SULAY LANDAZURI RIASCOS, JORGE ELIECER CERQUERA CUELLAR. NECTARIO CUAICAL ZAMBRANO, MARIELA DEL SOCORRO RENDON CAICEDO, SONIA MARÍA GIRALDO CARCÍA, LINA MILETH URCUE TROCHEZ, JHON WILSON CAICEDO HERRERA, LINA MARIA VALENCIA VALENCIA, NELSON ENRIQUE GUERRERO AGUIRRE, PATRICIA LOANGO CAICEDO, GLORIA TATIANA BENITEZ LANDÁZURI, SINDI MARCELA MARTÍNEZ QUIÑONEZ, ARCELIA BALTÁN DÍAZ, VICTOR JULIO RIVAS ARAGÓN, RICARDO LOBOA MURILLO.

OBSERVACIONES

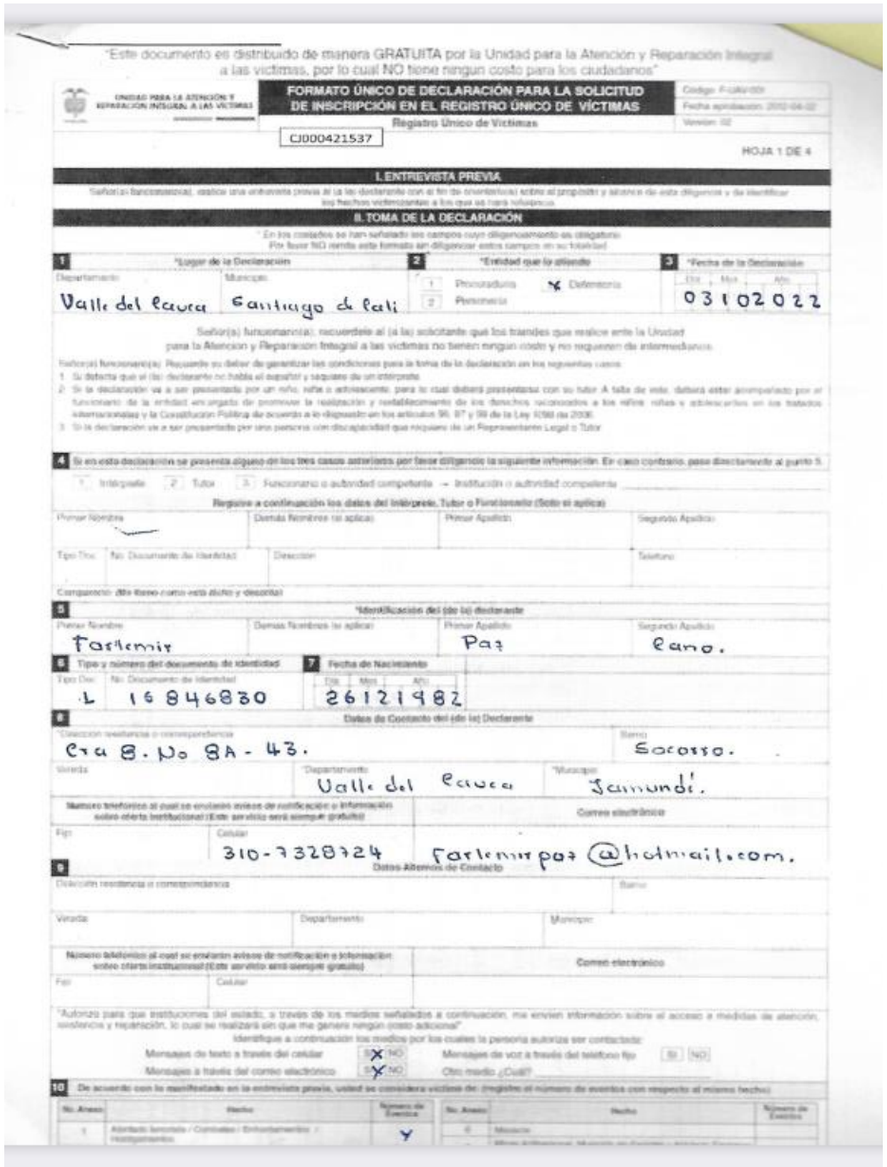
N/A: No aplica.

Yamiled López Buitrón.

_____

YAMILED LÓPEZ BUITRÓN

ANEXOS



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningun costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CJD00421537

HOJA 1 DE 4

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración: 03 / 02 / 2022

Señor(a) funcionario(a): recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si dispone que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos vulnerados a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 99 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc. | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Compromiso: (No tiene costo esta dicha y diligencia)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fortemir		Paz	Cano.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc: CC — No. Documento de Identidad: 16846830 — Día: 26 — Mes: 12 — Año: 1982

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Cra 8. No 8A - 43. — Barrio: Socorro.

Vereda: — *Departamento: Valle del Cauca — *Municipio: Jamundí.

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito): 310-7328724

Correo electrónico: fortemirpaz@hotmail.com.

Fijo: — Celular:

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia: — Barrio:

Vereda: — Departamento: — Municipio:

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito): — Correo electrónico:

Fijo: — Celular:

"Autoriza para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me generen ningún costo adicional"

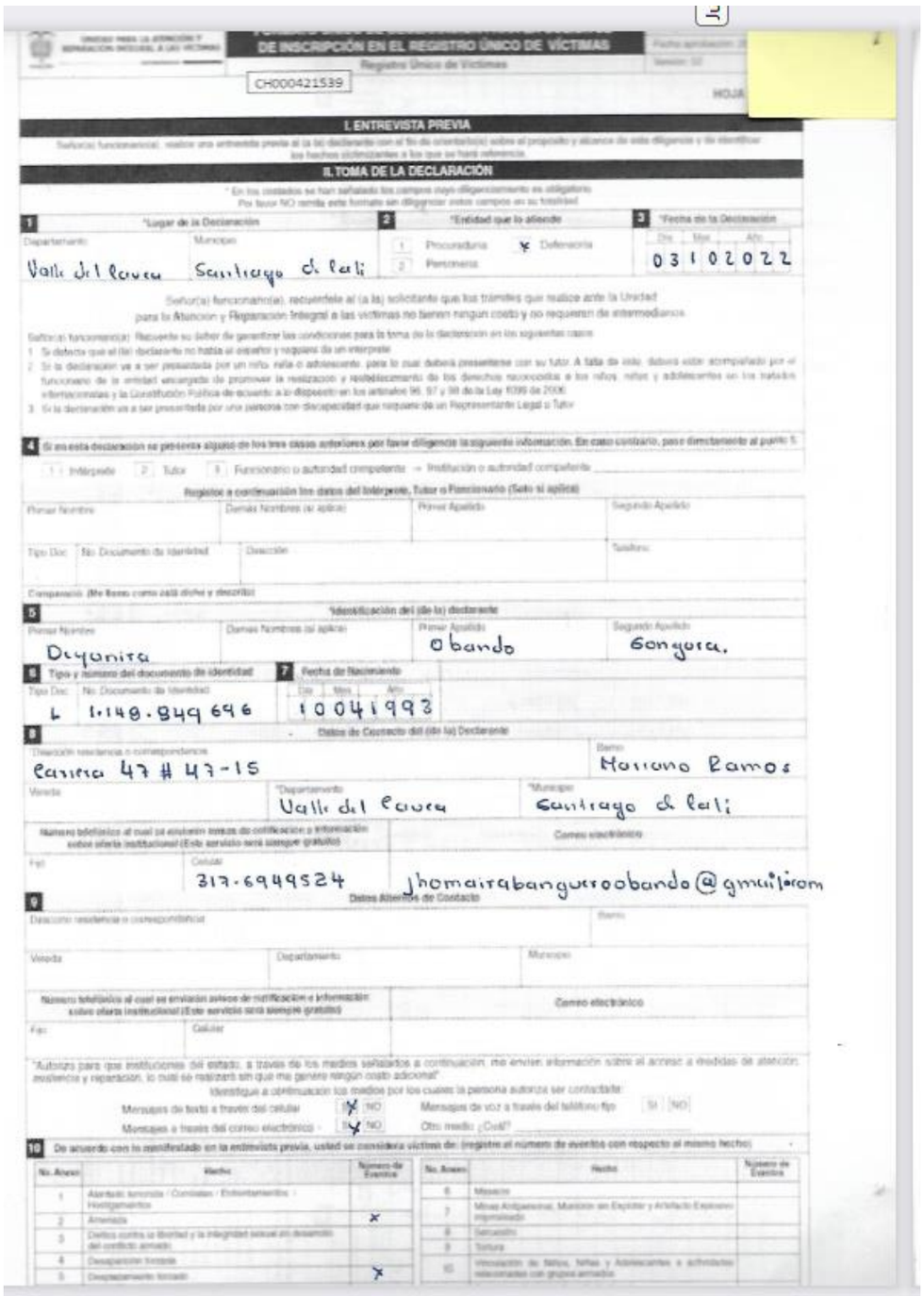
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: SI X NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI X NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinado / Enfrentamiento / Hostigamiento	Y	6	Masacre	



DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CH000421539

HOJA

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día 03 Mes 10 Año 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si debería que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Comparecencia (Me llamo como está dicho y escrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Dayanira | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido: Obando | Segundo Apellido: Gongora.

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc: C | No. Documento de Identidad: 1.148.849 696

7 Fecha de Nacimiento — Día 10 Mes 04 Año 1993

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

Dirección residencia o correspondencia: Carrera 47 # 47-15 | Barrio: Mariano Ramos

Vereda | *Departamento: Valle del Cauca | *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular: 317.6949524 | jhomairabanguerroobando@gmail.com

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

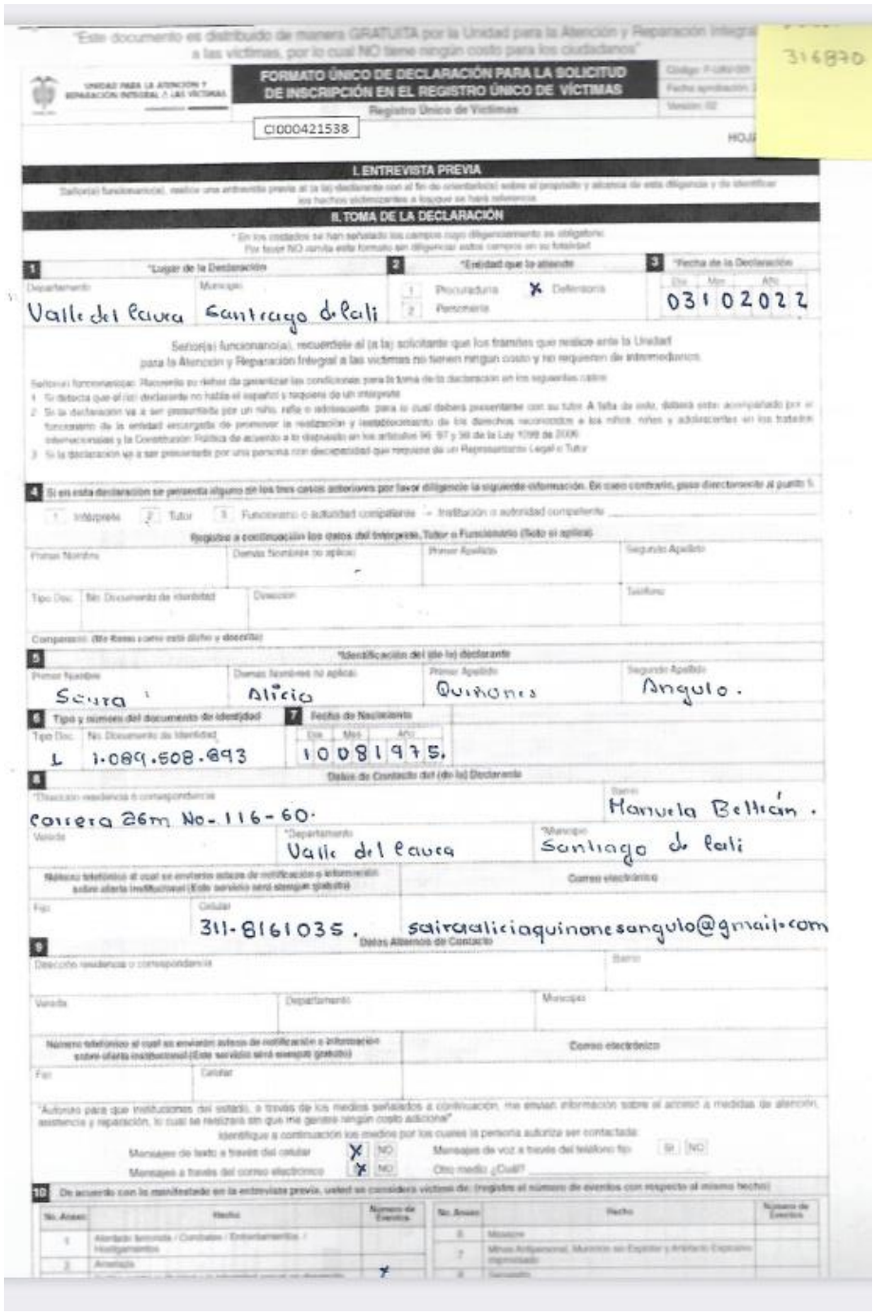
Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio: ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos	
2	Amenaza	X
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	
4	Desaparición forzada	
5	Desplazamiento forzado	X

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
6	Masacre	
7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
8	Secuestro	
9	Tortura	
10	Vinculación de Niños, Niñas y Adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

316870

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CI000421538

HOJ

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientarle(a) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los casillas se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio.
Por favor NO omita este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día 03 Mes 10 Año 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español o requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente — Institución o autoridad competente: ____

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
	-		

Tipo Doc. | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Comparación: (No firma como este dicho y declaro)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Seura	Alicia	Quiñones	Angulo.

6 Tipo y número del documento de identidad — **7** Fecha de Nacimiento

Tipo Doc.: C — No. Documento de Identidad: 1.089.508.893 — Día 10 Mes 08 Año 1975.

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Carrera 26m No. 116-60. — Barrio: Manuela Beltrán.

Vereda — *Departamento: Valle del Cauca — *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fax — Celular: 311-8161035. — sairaaliciaquinonesangulo@gmail.com

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia — Barrio

Vereda — Departamento — Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fax — Celular

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

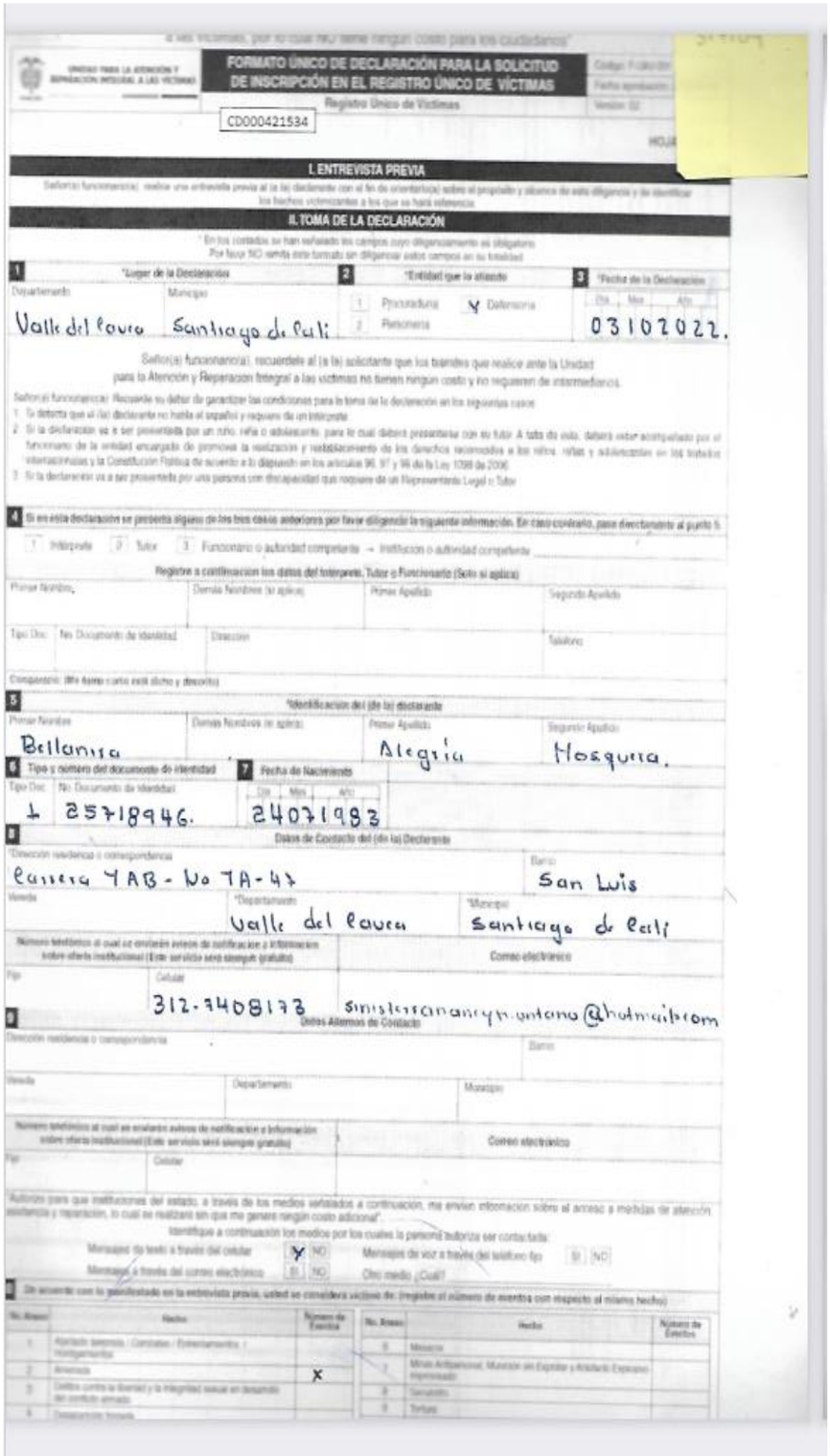
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio ¿Cuál? ____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos		6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Municion sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
			8	Secuestro	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CD000421534

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — 03102022.

Señor(a) funcionario(a): recuerdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A toda de esta, deberá estar acompañado por el funcionario de la unidad encargado de promover la realización y restablecimiento de los derechos vulnerados a los niños, niñas y adolescentes en los términos establecidos en la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Consentimiento: (Me fueron explicados los motivos de esta diligencia y doy mi consentimiento para que se lleve a cabo)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Bellanira | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido: Alegría | Segundo Apellido: Mosquera.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc: 1 | No. Documento de Identidad: 25718946. | Día: 24 | Mes: 07 | Año: 1983

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Carrera 4AB - No 7A-47 | Barrio: San Luis

Vereda | *Departamento: Valle del Cauca | *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será otorgado gratuito) | Correo electrónico

Pijo | Celular: 312-7408178 | sinisterramancyn.antano@hotmail.com

9 Otros Números de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será otorgado gratuito) | Correo electrónico

Pijo | Celular

Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional*.

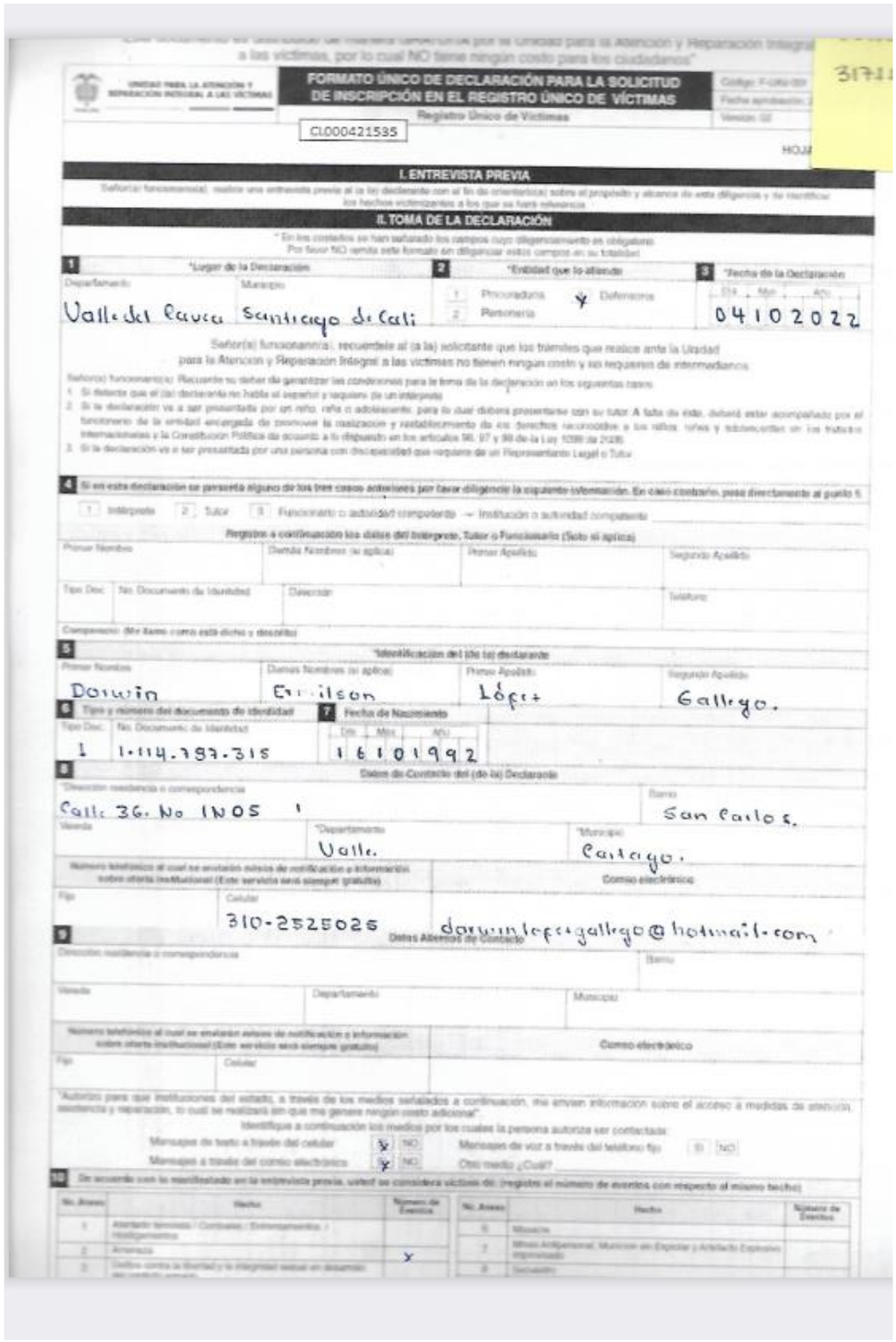
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso, Confinado, Enfrentamientos y hostigamientos		6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Municion sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado		8	Secuestro	
4	Desaparición forzada		9	Tortura	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CL000421535

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día 04 Mes 10 Año 2022

4 Si en esta declaración se presentó alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Darwin	Emilson	López	Gallego.

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc.: 1 — No. Documento de Identidad: 1.114.789.315

7 Fecha de Nacimiento — Día 16 Mes 01 Año 1992

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia	Barrio
Calle 36. No 1N05	San Carlos.
Vereda	*Departamento: Valle. — *Municipio: Cartago.
Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo	Celular: 310-2525025 — darwinlopezgallego@hotmail.com

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia	Barrio
Vereda	Departamento — Municipio
Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo	Celular

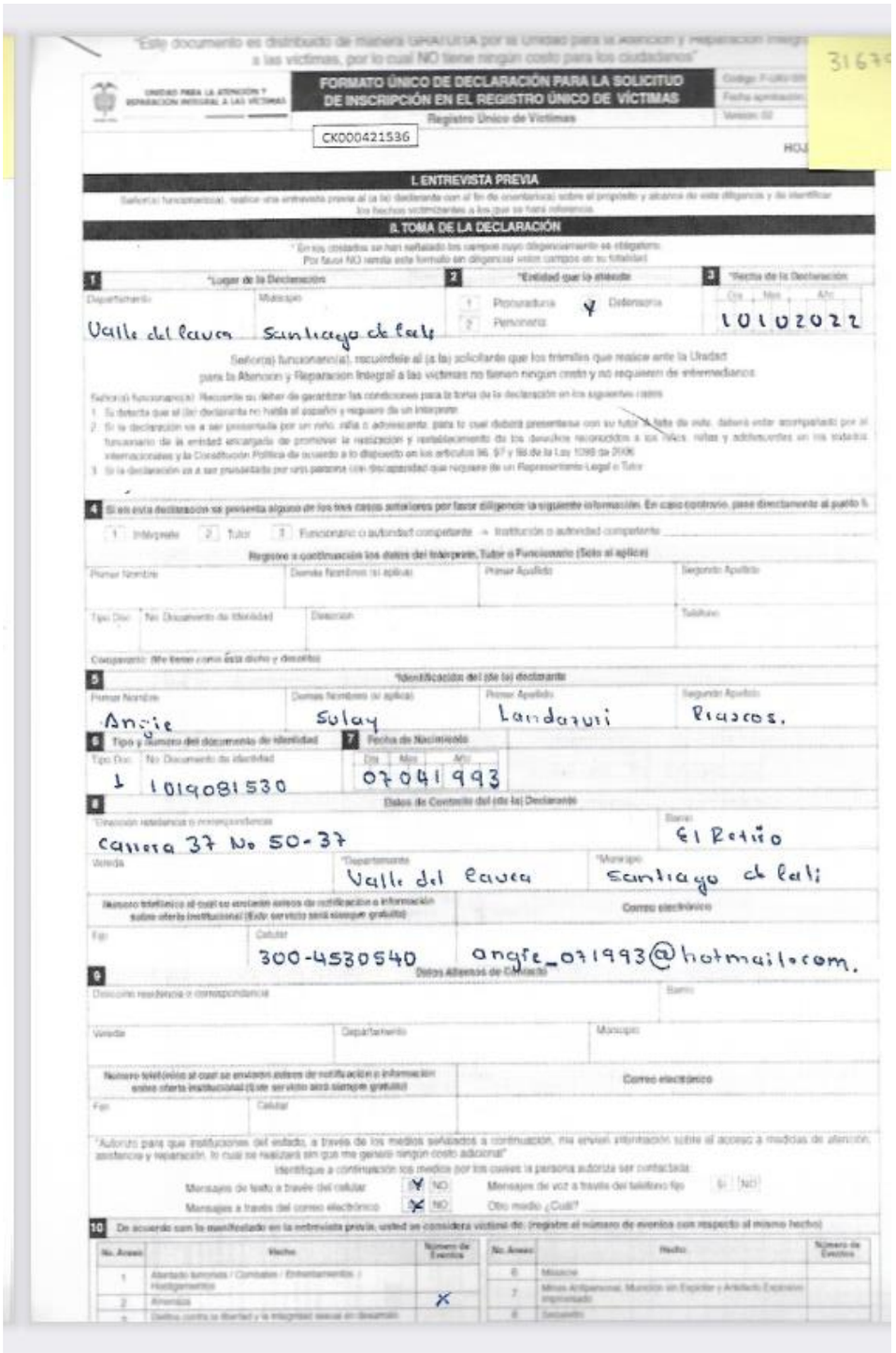
"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional".

Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI — NO
Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI — NO
Mensajes a través del correo electrónico: X SI — NO
Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamiento	
2	Amenaza	X
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	
4	Desaparición forzada	
5	Homicidio	
6	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
7	Secuestro	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CK000421536

3167

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

Por favor NO remita este formulario sin diligenciar estos campos en su totalidad

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali*

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría, Defensoría y Personería: X*

3 *Fecha de la Declaración — Día 10 Mes 10 Año 2022*

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los estatutos internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, §7 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Consigne: (No tiene como esta dicho y decidio)

5 *Identificación del (de la) declarante*

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Angie	Sulay	Landazuri	Piazcos.

6 Tipo y Número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc: 1 — No. Documento de Identidad: 1019081530 — Día 07 Mes 04 Año 1993

8 *Datos de Contacto del (de la) Declarante*

*Dirección residencia o correspondencia: Carrera 37 No 50-37 — Barrio: El Retiro

Vereda — *Departamento: Valle del Cauca — *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular: 300-4530540 — angie_071993@hotmail.com.

9 *Datos Alternos de Contacto*

Dirección residencia o correspondencia — Barrio

Vereda — Departamento — Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular

*Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

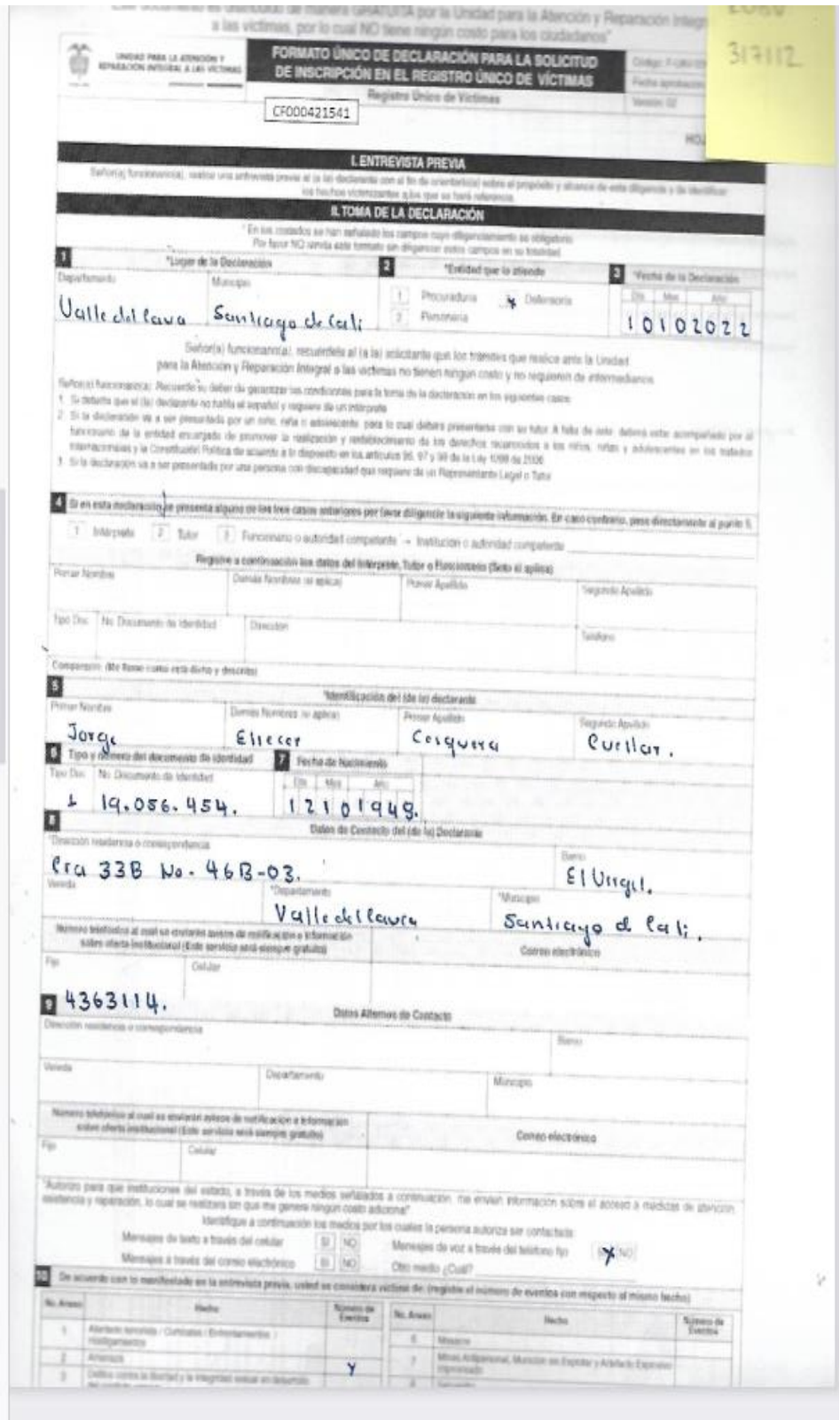
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado de tierras / Confinamiento / Desplazamiento forzado		6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo		8	Secuestro	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CF000421541

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que la atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día: 10 — Mes: 10 — Año: 2022

Señor(a) funcionario(a): recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si debe(n) hacerlo en el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargado de promover la realización y restablecimiento de los derechos vulnerados a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Interpuesto 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del Interprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Segundo Nombre (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Comparación: (No firma cuando está dicho y descrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Jorge | Segundo Nombre (si aplica): Eliecer | Primer Apellido: Cerquera | Segundo Apellido: Ruellar.

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc: C | No. Documento de Identidad: 19.056.454.

7 Fecha de Nacimiento — Día: 12 — Mes: 10 — Año: 1949.

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Cra 33B No. 46B-03. | Barrio: El Uriguí.

Vereda | *Departamento: Valle del Cauca | *Municipio: Santiago de Cali.

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular: 4363114.

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizara sin que me genere ningún costo adicional"

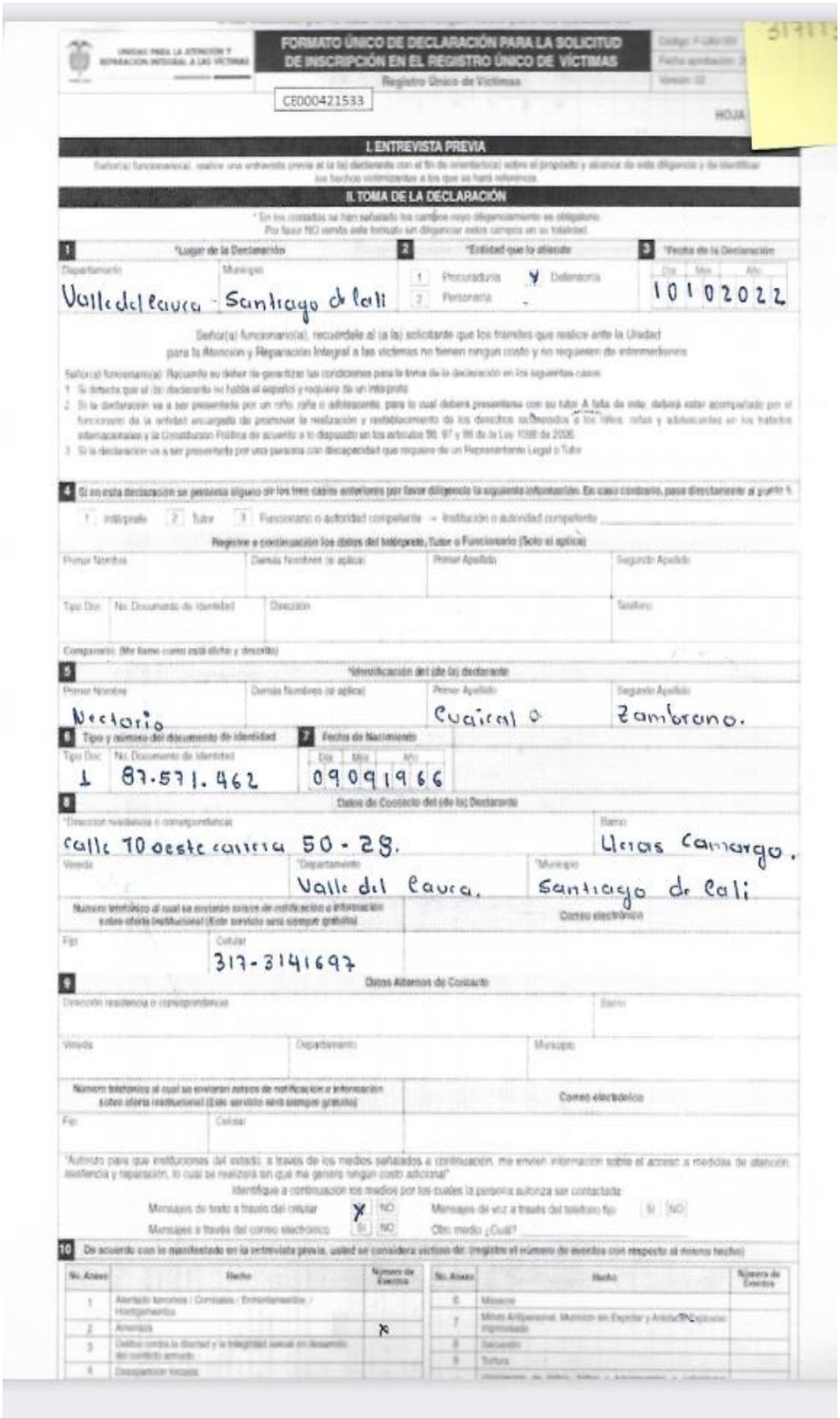
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: SI NO | Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI X NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO | Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Entrenamiento / Hostigamiento		6	Masacre	
2	Amenaza	Y	7	Minas Antipersonal, Municion sin Explotar y Artefacto Explosivo Improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo		8		



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CE00042153 3

HOJA

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día Mes Año: 10 10 2022

Señor(a) funcionario(a), recuerdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningun costo y no requieren de intermediarios

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 99 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se pretenda alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comparación: (Me llamo como está dicho y escrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Nectario		Cuaical	Zambrano.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Día Mes Año
1	87.571.462	09 09 1966

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia		Barrio
calle 70 oeste carrera 50 - 28.		Lleras Camargo.
Vereda	*Departamento: Valle del Cauca.	*Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo	Celular	
	317-3141697	

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia		Barrio
Vereda	Departamento	Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo	Celular	

*Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizara sin que me genere ningun costo adicional"

Identifique a continuacion los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo SI NO

Mensajes a través del correo electrónico SI NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera victima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinado / Desplazamiento / Hostigamiento		6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Municion sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado		8	Secuestro	
4	Desaparición forzada		9	Tortura	



a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

317114

CL000421544

HOJ

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientar(la) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

" En los cuadros se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio.
Por favor NO arroba este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali*

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería*

3 *Fecha de la Declaración — Día 10 Mes 10 Año 2022.*

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presentan algunos de los tres casos señalados por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comentarios (Me fue como está dicho y escrito)

5 *Identificación del (de la) declarante*

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Mariela	del Socorro	Rendón	Cayredo.

6 *Tipo y número del documento de identidad* — **7** *Fecha de Nacimiento*

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Día	Mes	Año
1	66.870.570	14	01	1972

8 *Datos de Contacto del (de la) Declarante*

Dirección residencia o correspondencia		*Barrio*
Carrera 94 No 2B1s 40		Jordán.
Vereda	*Departamento*	*Municipio*
	Valle del Cauca	Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	*Correo electrónico*
Fijo / *Celular*: 320-4600342	socorrocayredo@hotmail.com.

9 *Datos Alternos de Contacto*

Dirección residencia o correspondencia		*Barrio*
Vereda	*Departamento*	*Municipio*

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	*Correo electrónico*
Fijo / *Celular*	

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

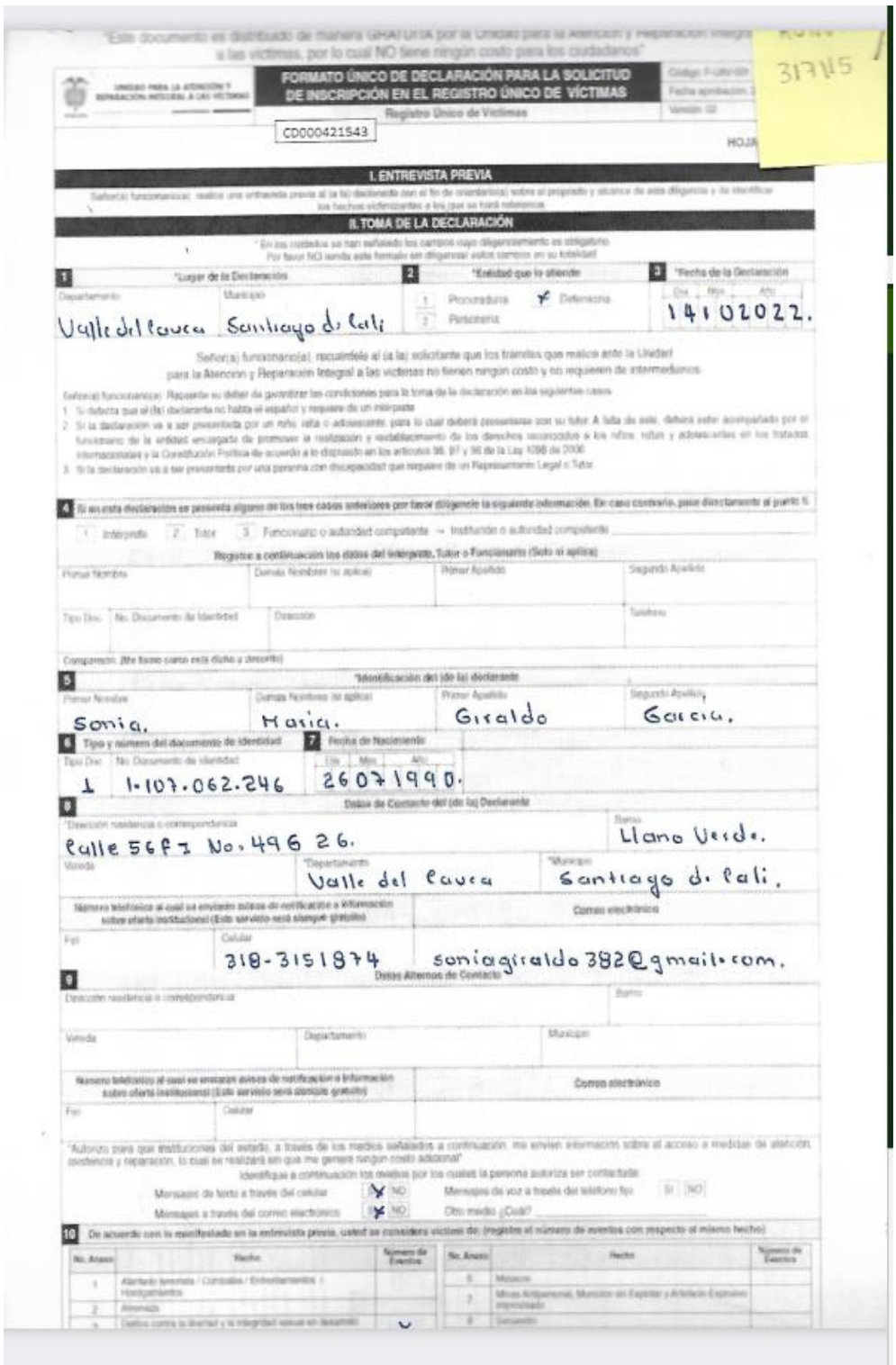
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Desplazamiento / Hostigamiento		6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado		8	Secuestro	
			9	Tortura	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

317115

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CD000421543

HOJA

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a): realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientarlo(a) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

"En los cuadros se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio. Por favor NO vuelva este formato en diligencias estos campos en su totalidad"

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali*

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería*

3 *Fecha de la Declaración — Día: 14 — Mes: 02 — Año: 2022.*

Señor(a) funcionario(a): recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si dudecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 *Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.*

1 Interprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente — Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc. | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Competencia: (Me tiene usted esta dicha o descrita)

5 *Identificación del (de la) declarante*

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sonia.	Maria.	Giraldo	Garcia.

6 *Tipo y número del documento de identidad* — **7** *Fecha de Nacimiento*

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Día	Mes	Año
1	1.107.062.246	26	07	1990.

8 *Datos de Contacto del (de la) Declarante*

Dirección residencia o correspondencia: Calle 56f1 No. 496 26. — Barrio: Llano Verde.

Vereda — *Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali.*

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fax — Celular: 318-3151874 — soniagiraldo382@gmail.com.

9 *Datos Alternos de Contacto*

Dirección residencia o correspondencia — Barrio

Vereda — Departamento — Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fax — Celular

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

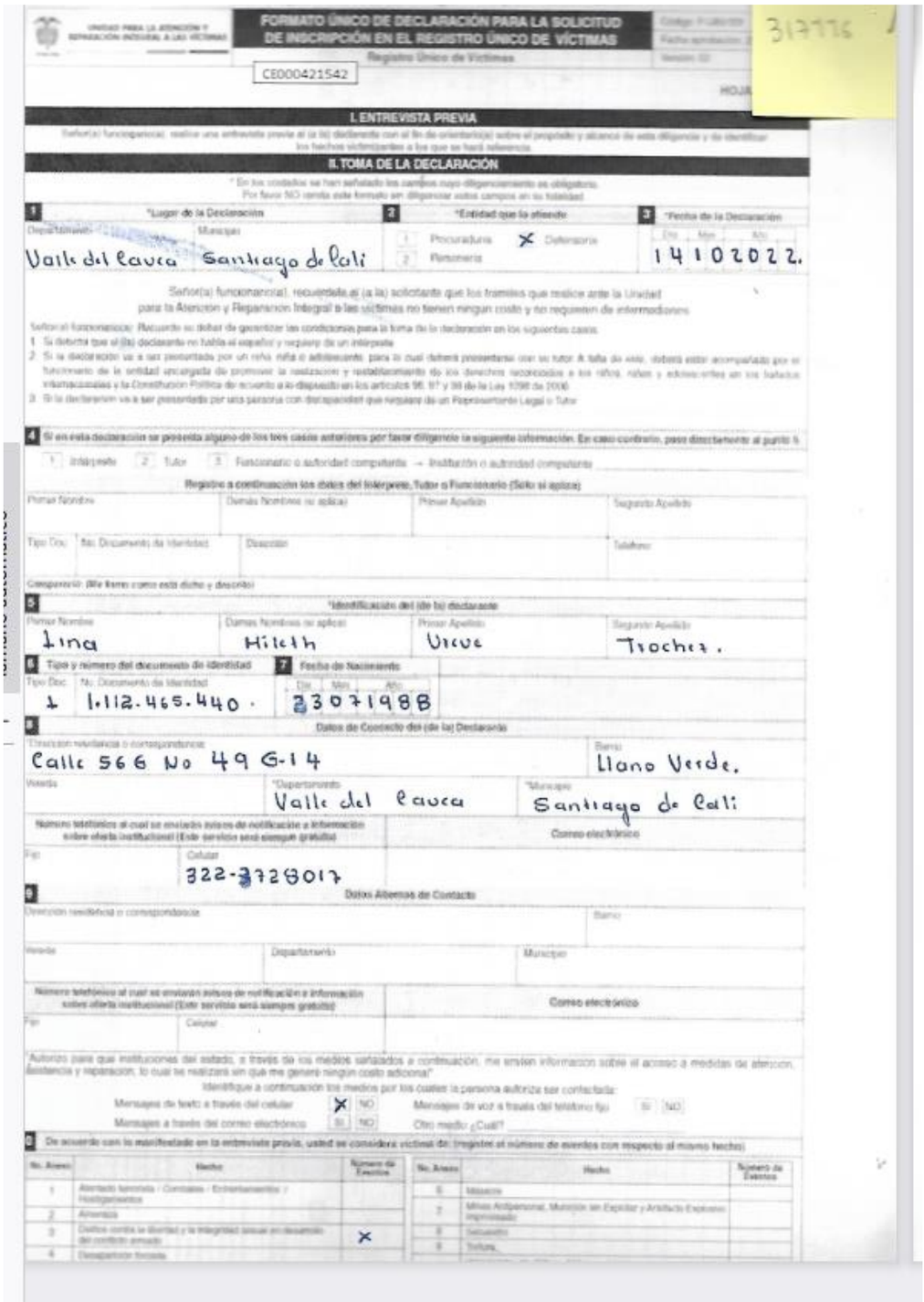
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI — NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI — NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI — NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 *De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)*

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos		6	Masacre	
2	Amenaza		7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo		8	Secuestro	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CE000421542

317776

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración: Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que la atiende: 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración: Día 14 Mes 10 Año 2022.

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si declara que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiera de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc: _____ No. Documento de Identidad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Compareció: (Me llamo como está dicho y declaro)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Lina	Hileth	Urrue	Trochez.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc: 1 — No. Documento de Identidad: 1.112.465.440 — Día 23 Mes 07 Año 1988

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Calle 56 G No 49 G-14 — Barrio: Llano Verde.

Vereda: _____ — *Departamento: Valle del Cauca — *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito): _____ — Correo electrónico: _____

Fijo: _____ — Celular: 322-3729017

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia: _____ — Barrio: _____

Vereda: _____ — Departamento: _____ — Municipio: _____

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito): _____ — Correo electrónico: _____

Fijo: _____ — Celular: _____

*Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual no realizará sin que me genere ningún costo adicional"

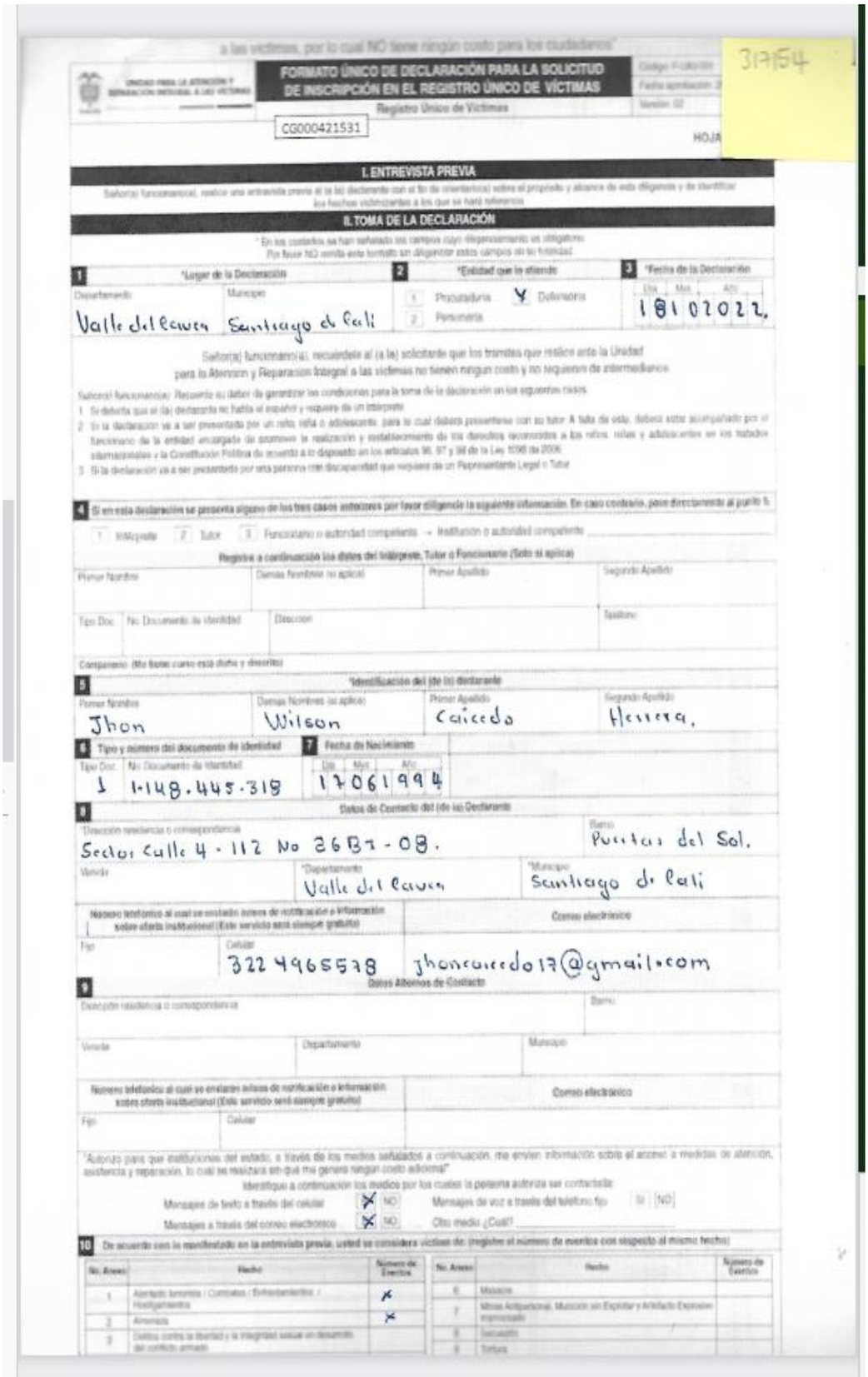
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado y Despojo de Tierras		6	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
2	Amenaza		7	Secuestro	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	X	8	Tortura	
4	Desaparición forzada				



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CG000421531

31154

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día 18 Mes 10 Año 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si debería que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual debera presentarse con su tutor. A falta de este, debera estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Demás Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc. | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Comparendo: (No llenar cuando está dicha y diligencia)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Jhon	Wilson	Caicedo	Herrera.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	Día	Mes	Año
1	1.148.445.318	17	06	1994

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Sector Calle 4 - 112 No 26B7 - 08. — Barrio: Puertas del Sol.

Vereda | *Departamento: Valle del Cauca | *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular: 322 4965578 | jhoncaicedo17@gmail.com

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular

*Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizara sin que me genere ningun costo adicional"

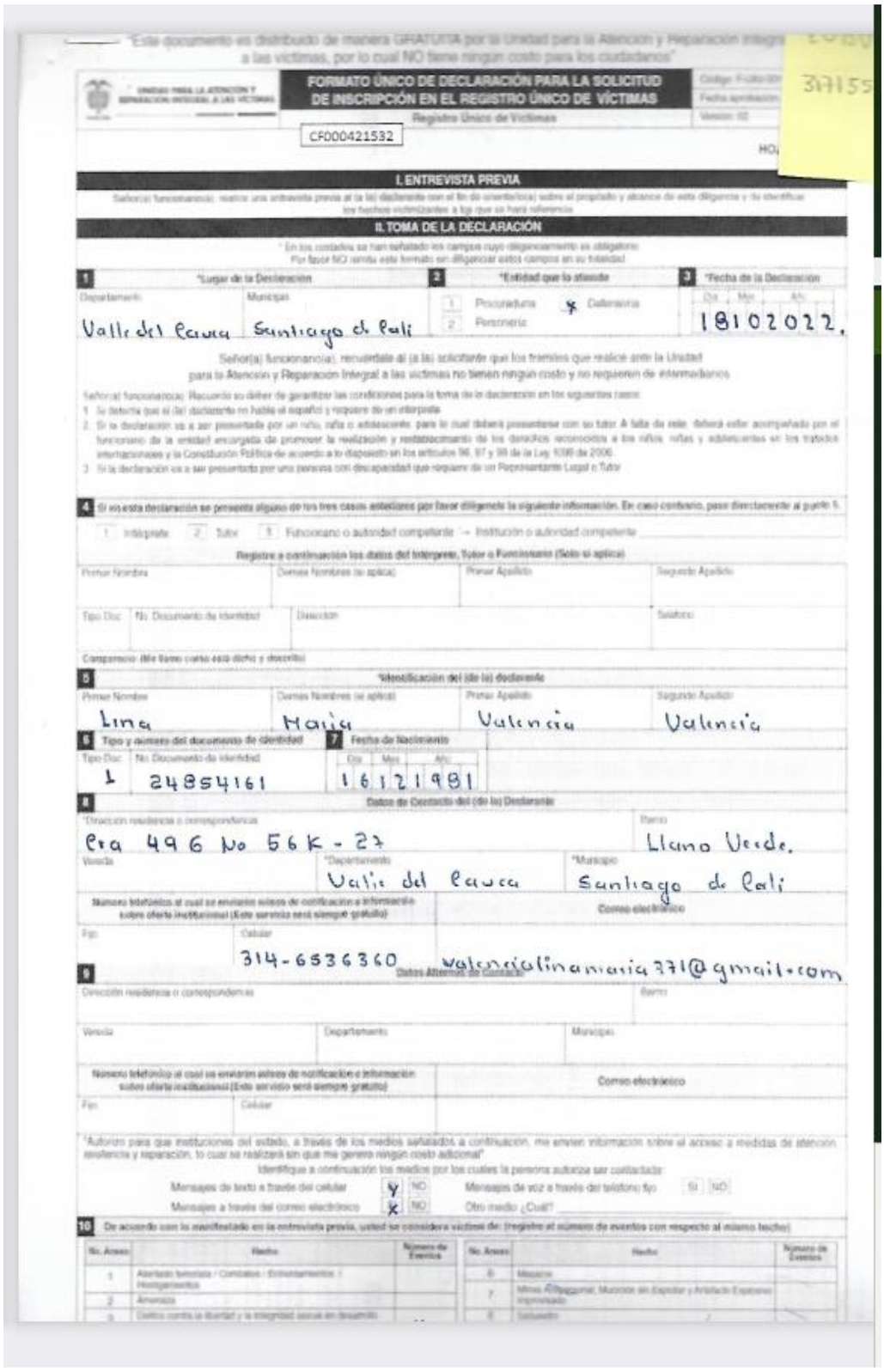
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: X NO

Mensajes a través del correo electrónico: X NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con la manifestado en la entrevista previa, usted se considera victima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Atentado terrorista / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	X	6	Masacre	
2	Amenaza	X	7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado		8	Secuestro	
			9	Tortura	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CF000421532

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a): realice una entrevista previa al (la la) declarante con el fin de orientar(la) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hara referencia

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los cuadros se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio
Por favor NO omita este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que la atiende — 1 Procuraduría — 2 Personería — X Defensoría

3 *Fecha de la Declaración — Día 18 Mes 02 Año 2022

Señor(a) funcionario(a), recuerdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si va esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Integrante — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Integrante, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comparecio (Me tomo curso esta dicho y describio)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Lina	Maria	Valencia	Valencia

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Día	Mes	Año
1	24854161	16	12	1981

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia	Barrio
Cra 49G No 56K - 27	Llano Verde.

Vereda	*Departamento	*Municipio
	Valle del Cauca	Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo	Celular	
	314-6536360	valencialinamaria771@gmail.com

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia	Barrio

Vereda	Departamento	Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo	Celular	

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

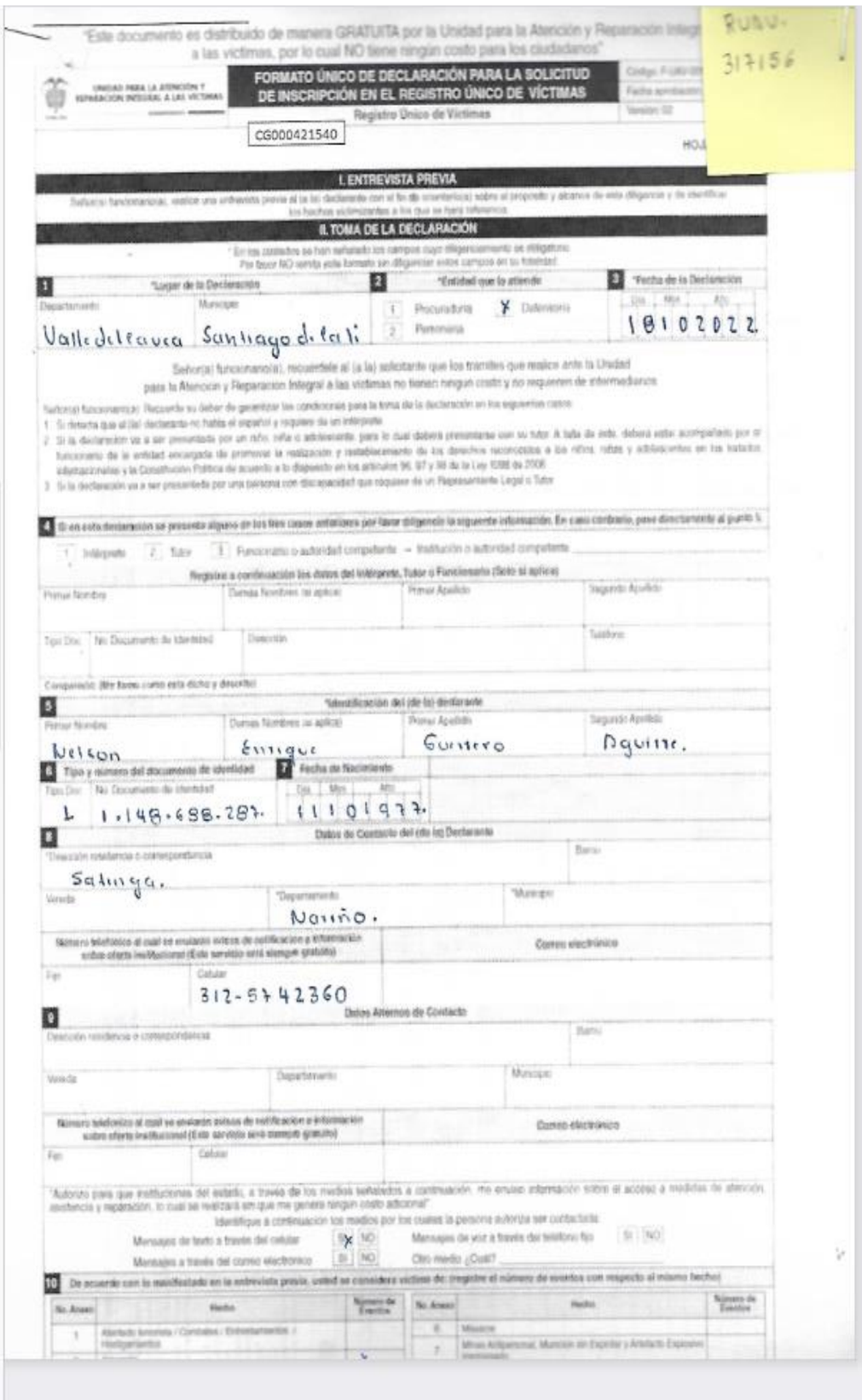
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: Y SI / NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI / NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI / NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos		6	Masacre	
2	Amenaza		7	Minas Antipersonal, Municion sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo		8	Secuestro	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CG000421540

RUV- 317156

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — X Defensoría — 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración (Día Mes Año): 18 10 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si observa que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Consignación: (Me hizo saber todo lo anteriormente dicho y declaro)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Nelson | Otros Nombres (si aplica): Enrique | Primer Apellido: Gutierrez | Segundo Apellido: Aguirre.

6 Tipo y número del documento de identidad — 7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc: L | No. Documento de Identidad: 1.148.688.287 | Día Mes Año: 11 01 1977

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Satinga. | Barrio

Vereda | *Departamento: Nariño. | *Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular: 312-5742360

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Fijo | Celular

*Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

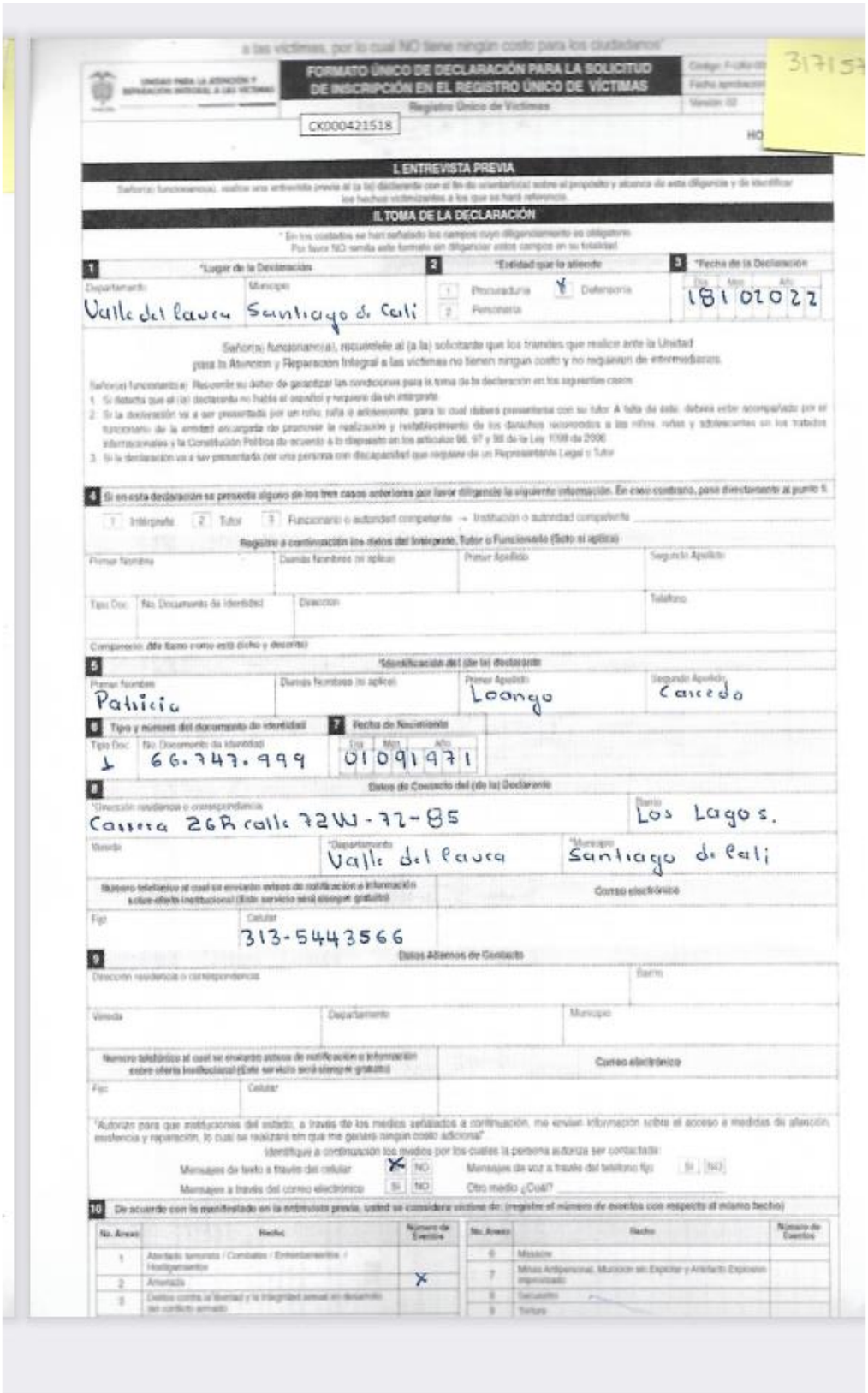
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: SI X NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos		6	Masacre	
			7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CK000421518

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — Procuraduría — Defensoría (Y) — Personería

3 *Fecha de la Declaración — Día 18 Mes 10 Año 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual debe presentarse con su tutor. A falta de este, debe ser acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Compareció (Me hizo como está dicho y descrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Patricia — Otros Nombres (si aplica) — Primer Apellido: Loango — Segundo Apellido: Caicedo

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc: 1 — No. Documento de Identidad: 66.747.999

7 Fecha de Nacimiento — Día 01 Mes 09 Año 1971

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Carrera 26A calle 72W-72-85 — Barrio: Los Lagos.

Vereda — *Departamento: Valle del Cauca — *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular: 313-5443566

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia — Barrio

Vereda — Departamento — Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular

*Autorizo para que notificaciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me generen ningún costo adicional"

Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

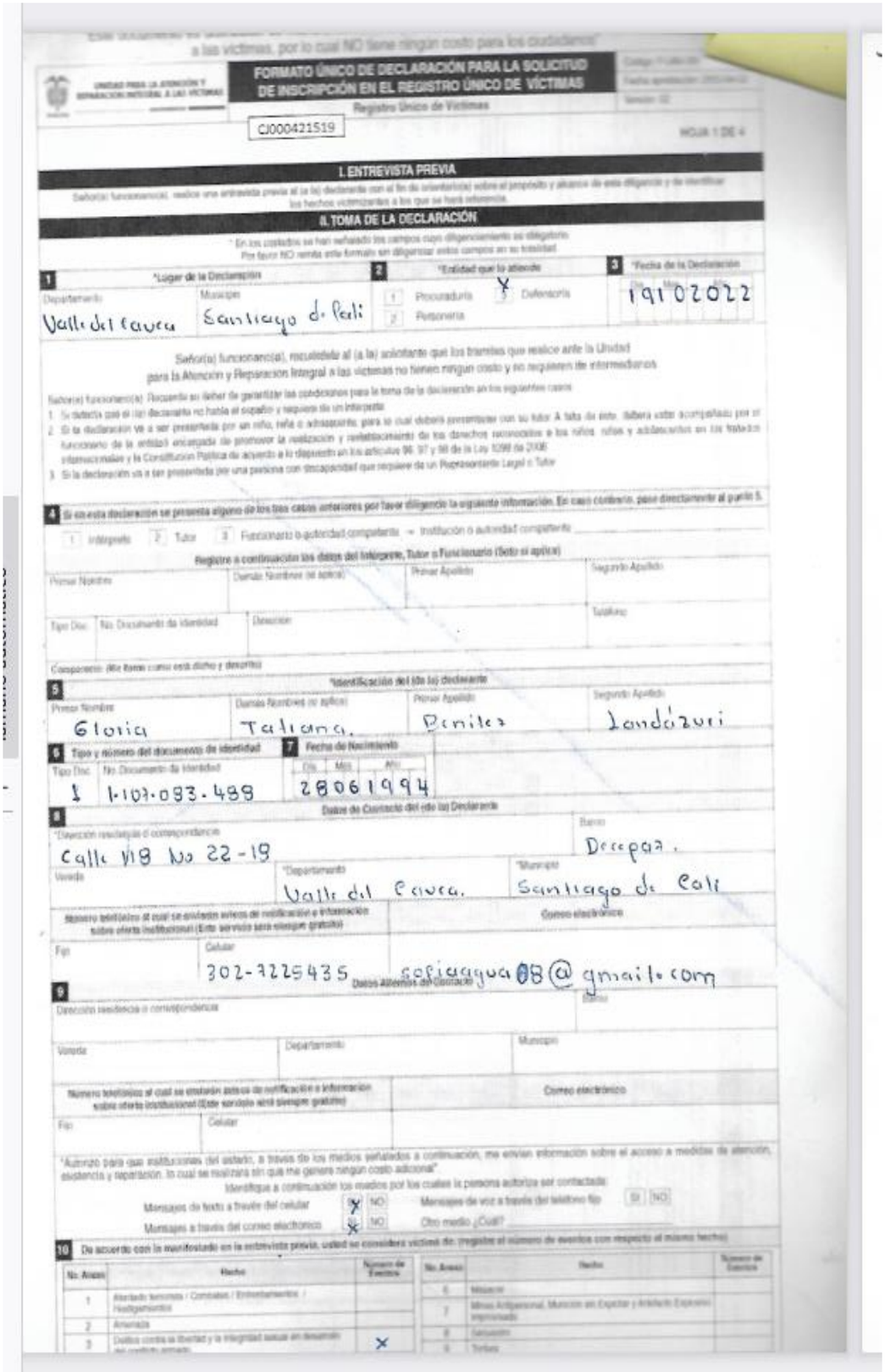
Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO — Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con la manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinamiento / Desplazamiento	
2	Amenaza	X
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
6	Masacre	
7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
8	Secuestro	
9	Tortura	



FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

CJ000421519

I. ENTREVISTA PREVIA

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — 2 Personería — 3 Defensoría: X

3 *Fecha de la Declaración: 19/02/2022

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Gloria	Tatiana.	Benitez	Landázuri

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc: 1 — No. Documento de Identidad: 1.107.083.489

7 Fecha de Nacimiento: 28/06/1994

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Calle 118 No 22-19 — Barrio: Decepaz.

Vereda — *Departamento: Valle del Cauca. — *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular: 302-7225435 — sofiagagua08@gmail.com

9 Datos Adicionales de Contacto

Dirección residencia o correspondencia — Barrio

Vereda — Departamento — Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) — Correo electrónico

Fijo — Celular

Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación. Lo cual se realizara sin que me genere ningun costo adicional

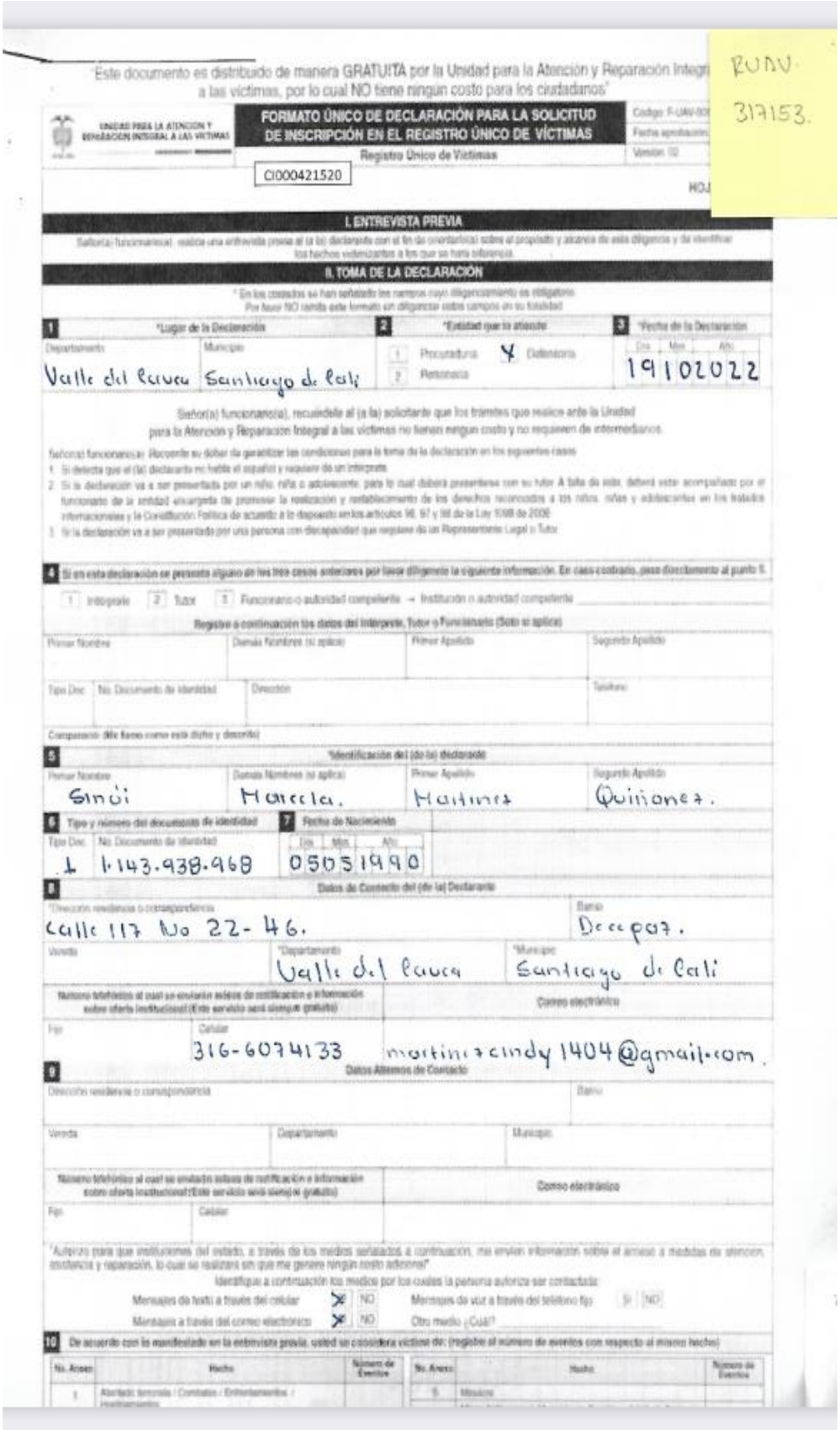
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de hecho con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Hechos
1	Abandono forzado / Confinado / Desplazamiento / Hostigamientos	
2	Amenaza	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	X
4	Desaparición forzada	
5	Homicidio / Masacre	
6	Masacre	
7	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado	
8	Secuestro	
9	Tortura	



Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integr
a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos.

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Victimas

Código: F-UAV-00
Fecha aprobación:
Versión: 02

CI000421520

HOJ

RUV
317153.

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a): realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientarlo(a) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hara referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los casillos se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio.
Por favor NO rasgue este formato ni diligencie estos campos en su totalidad

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduria X Defensoria — 2 Personeria

3 *Fecha de la Declaración — Dia Mes Año: 19 10 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si declara que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente

Registre a continuación los datos del Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comparación: (No firma como está dicho y descrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sindi	Marcela.	Martinez	Quiñonez.

6 Tipo y número del documento de identidad — **7** Fecha de Nacimiento

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dia Mes Año
1	1.143.938.968	05 05 1990

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia	Barrio
Calle 117 No 22-46.	Decepaz.

Vereda	*Departamento	*Municipio
	Valle del Cauca	Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo: — Celular: 316-6074133	martinezcindy1404@gmail.com.

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia	Barrio

Vereda	Departamento	Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo: — Celular:	

Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizara sin que me genere ningún costo adicional

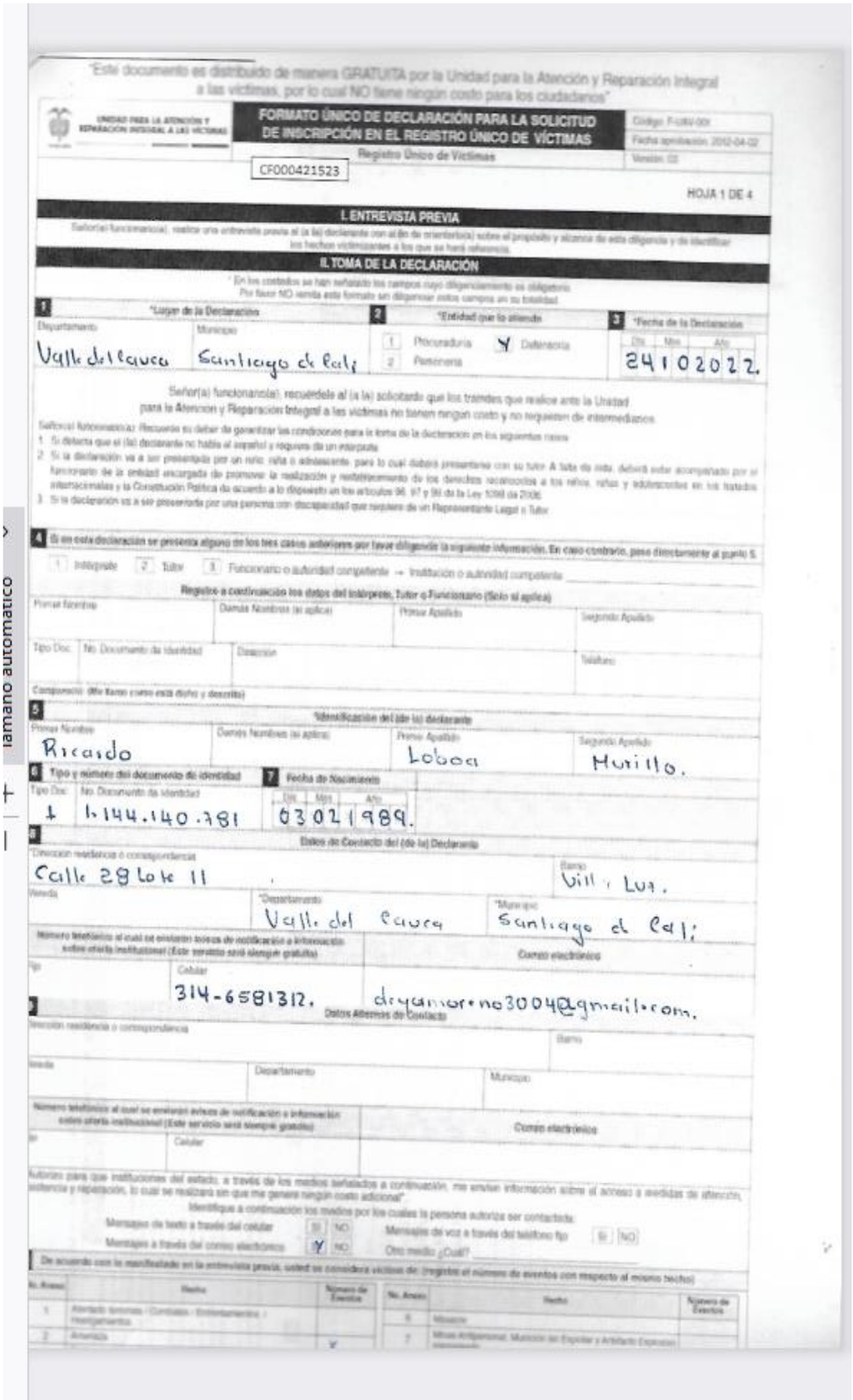
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI NO — Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X SI NO — Otro medio ¿Cuál?

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinamiento / Desplazamiento		6	Minas	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

Código: F-URV-001 | Fecha aprobación: 2012-04-02 | Versión: 02

CF000421523

HOJA 1 DE 4

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientar(lo) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los contenidos se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio. Por favor NO reenvíe este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad.

1 *Lugar de la Declaración: Departamento: Valle del Cauca; Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende: 1 Procuraduría; X Defensoría; 2 Personería

3 *Fecha de la Declaración: Día 24 Mes 10 Año 2022.

Señor(a) funcionario(a): recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si declara que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente:

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido | Segundo Apellido

Tipo Doc | No. Documento de Identidad | Dirección | Teléfono

Comparecencia: (De forma como está dicho y descrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre: Ricardo | Otros Nombres (si aplica) | Primer Apellido: Lobon | Segundo Apellido: Murillo.

6 Tipo y número del documento de identidad: Tipo Doc: T | No. Documento de Identidad: 1.144.140.781

7 Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 02 Año 1989.

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia: Calle 28 Lote 11 | Barrio: Vill. Lua.

Vereda | *Departamento: Valle del Cauca | *Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Tipo | Celular: 314-6581312. | deyanorero3004@gmail.com.

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia | Barrio

Vereda | Departamento | Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación o información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito) | Correo electrónico

Tipo | Celular

Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

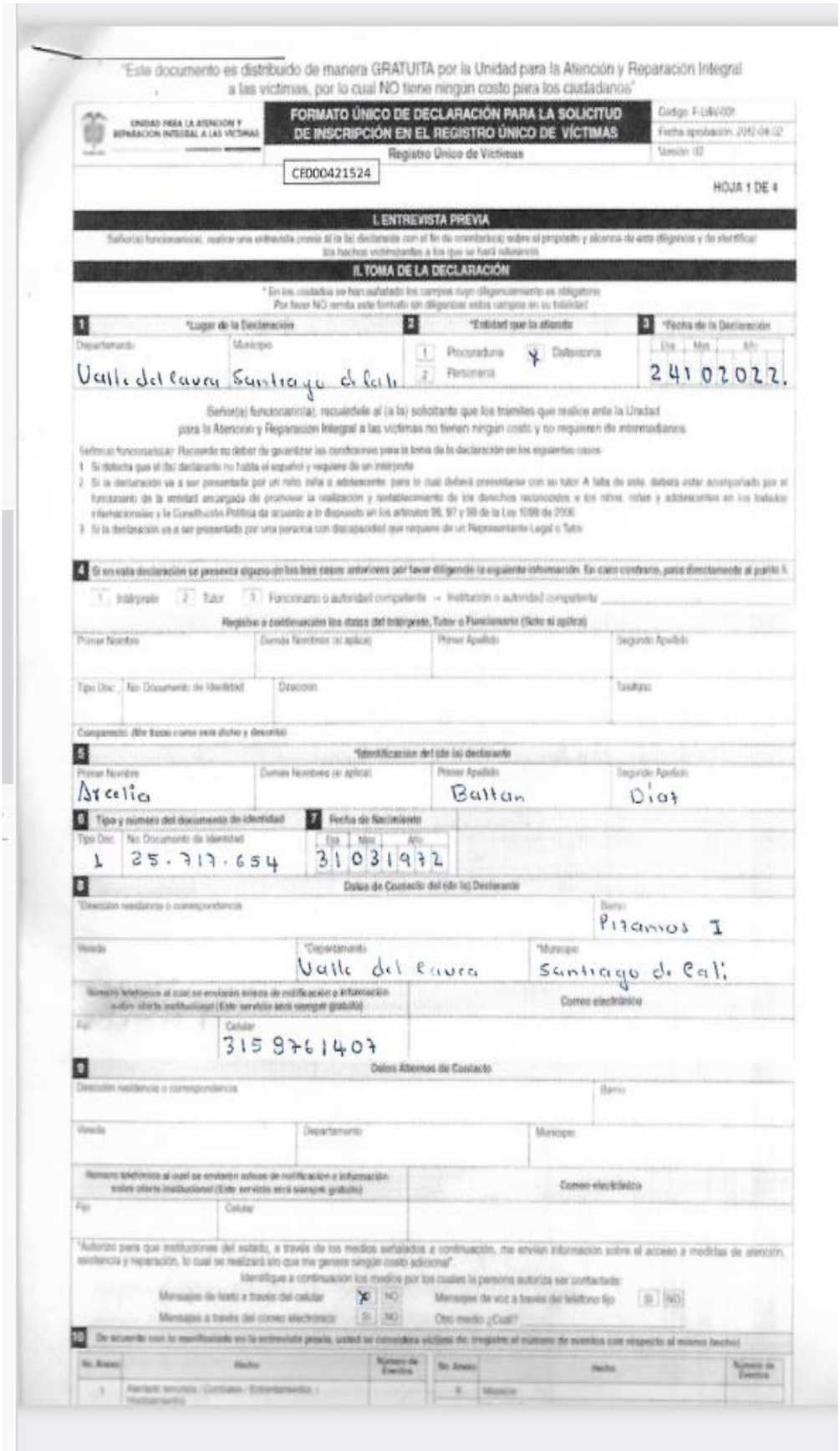
Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: SI X NO | Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: X NO | Otro medio ¿Cuál?

De acuerdo con la manifestación en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzoso / Confinado / Enfrentamientos / Hostigamientos		6	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo	
2	Amenaza	X			



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

Código: F-UARIV-001
Fecha aprobación: 2012-04-02
Versión: 02

CE000421524

HOJA 1 DE 4

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientarlo(a) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los casilleros se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio.
Por favor NO remita este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad.

1 *Lugar de la Declaración — Departamento: Valle del Cauca — Municipio: Santiago de Cali

2 *Entidad que lo atiende — 1 Procuraduría — 2 Personería — X Defensoría

3 *Fecha de la Declaración — Día: 24 — Mes: 10 — Año: 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde no deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:
1. Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete — 2 Tutor — 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comparecio: (Me hizo como está dicho y declaro)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Demás Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Arcelia		Baltan	Diaz

6 Tipo y número del documento de identidad — Tipo Doc: 1 — No. Documento de Identidad: 25.717.654

7 Fecha de Nacimiento — Día: 31 — Mes: 03 — Año: 1972

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia	Barrio	
Piramos I		
Vereda	*Departamento	*Municipio
	Valle del Cauca	Santiago de Cali
Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)		Correo electrónico
Fijo	Celular	
	315 976 1407	

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia	Barrio	
Vereda	Departamento	Municipio
Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)		Correo electrónico
Fijo	Celular	

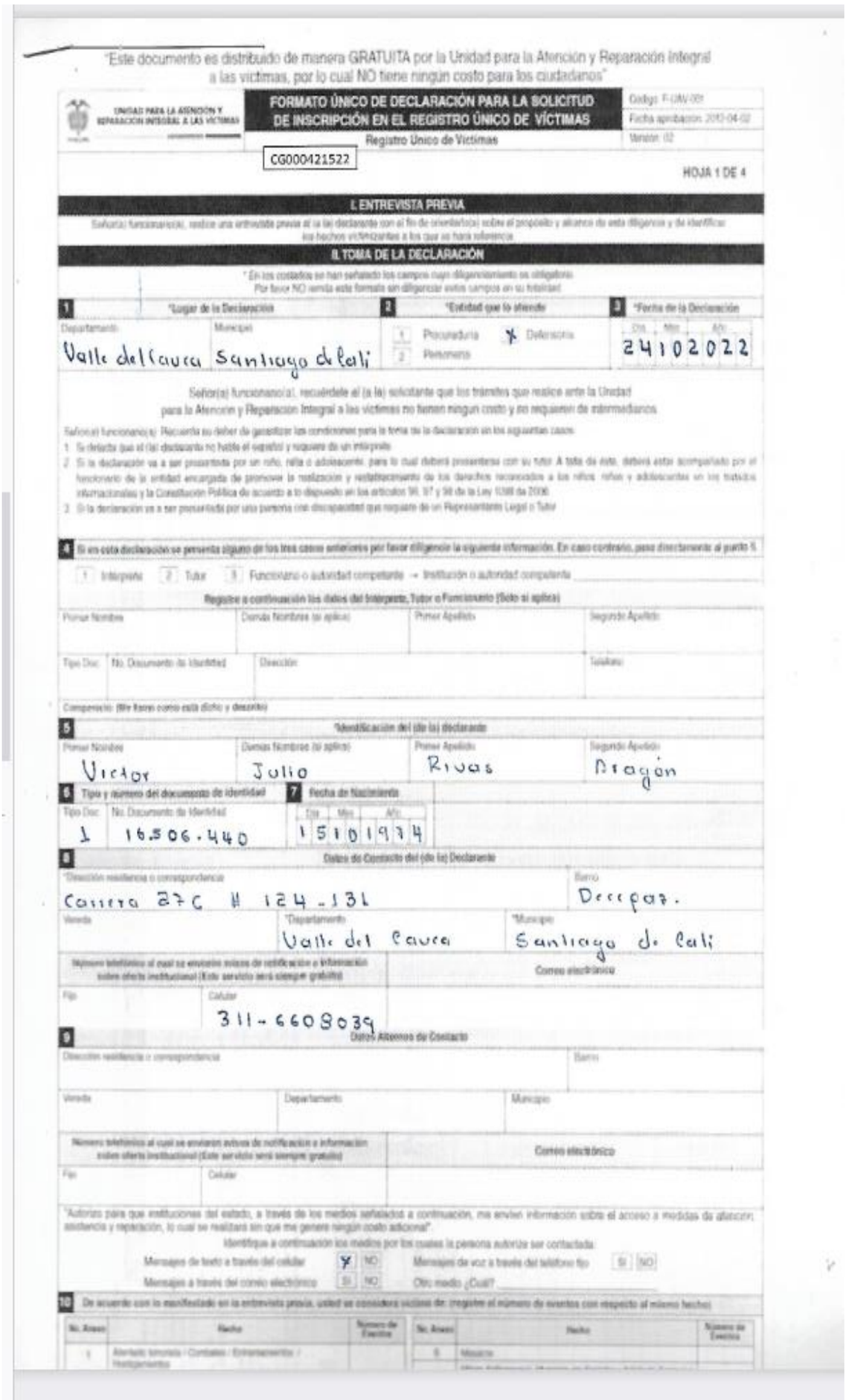
"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional"

Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

Mensajes de texto a través del celular: X SI — NO
Mensajes a través del correo electrónico: SI — NO
Mensaje de voz a través del teléfono fijo: SI — NO
Otro medio ¿Cuál?: _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado y/o Despojo de tierras		8	Minas	



"Este documento es distribuido de manera GRATUITA por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos"

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Registro Único de Víctimas

Código: F-UAV-001 | Fecha aprobación: 2012-04-02 | Versión: 02

CG000421522

HOJA 1 DE 4

I. ENTREVISTA PREVIA

Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista previa al (a la) declarante con el fin de orientar(lo)(a) sobre el propósito y alcance de esta diligencia y de identificar los hechos victimizantes a los que se hará referencia.

II. TOMA DE LA DECLARACIÓN

* En los casilleros se han señalado los campos cuyo diligenciamiento es obligatorio. Por favor NO remita este formato sin diligenciar estos campos en su totalidad.

1 *Lugar de la Declaración		2 *Entidad que lo atiende		3 *Fecha de la Declaración
Departamento: Valle del Cauca	Municipio: Santiago de Cali	1 Procuraduría / 2 Personería / X Defensoría		Día: 24 Mes: 10 Año: 2022

Señor(a) funcionario(a), recuérdele al (a la) solicitante que los trámites que realice ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas no tienen ningún costo y no requieren de intermediarios.

Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de garantizar las condiciones para la toma de la declaración en los siguientes casos:

1. Si declara que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
2. Si la declaración va a ser presentada por un niño, niña o adolescente, para lo cual deberá presentarse con su tutor. A falta de este, deberá estar acompañado por el funcionario de la entidad encargada de promover la realización y restablecimiento de los derechos vulnerados a los niños, niñas y adolescentes en los tratados internacionales y la Constitución Política de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 96, 97 y 98 de la Ley 1098 de 2006.
3. Si la declaración va a ser presentada por una persona con discapacidad que requiere de un Representante Legal o Tutor.

4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.

1 Intérprete 2 Tutor 3 Funcionario o autoridad competente → Institución o autoridad competente: _____

Registre a continuación los datos del intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Dirección	Teléfono

Comparecio: (Mire hacia como está dicho y describir)

5 *Identificación del (de la) declarante

Primer Nombre	Otros Nombres (si aplica)	Primer Apellido	Segundo Apellido
Victor	Julio	Rivas	Dragón

6 Tipo y número del documento de identidad **7** Fecha de Nacimiento

Tipo Doc	No. Documento de Identidad	Día	Mes	Año
1	16.506.440	15	01	1974

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia		Barrio
Carrera 27C # 124-131		Decepaz.
Vereda	*Departamento: Valle del Cauca	*Municipio: Santiago de Cali

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo	Celular: 311-6608039

9 Datos Alternos de Contacto

Dirección residencia o correspondencia		Barrio
Vereda	Departamento	Municipio

Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)	Correo electrónico
Fijo	Celular

"Autorizo para que instituciones del estado, a través de los medios señalados a continuación, me envíen información sobre el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación, lo cual se realizará sin que me genere ningún costo adicional".

Identifique a continuación los medios por los cuales la persona autoriza ser contactada:

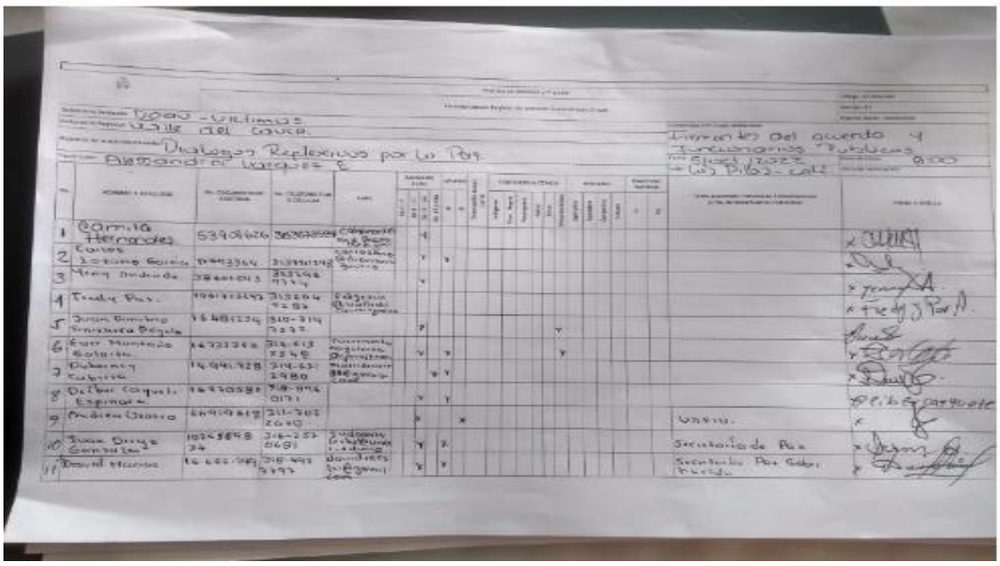
Mensajes de texto a través del celular: X SI NO | Mensajes de voz a través del teléfono fijo: SI NO

Mensajes a través del correo electrónico: SI NO | Otro medio ¿Cuál? _____

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: registre el número de eventos con respecto al mismo hecho.

No. Anexo	Hecho	Número de Eventos	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Abandono forzado / Confinamiento / Desplazamiento		5	Minas	







Ciudad Santiago de Cali Fecha 01 de noviembre de 2022

Yo, YAMILED LÓPEZ BUITRÓN, C.C. No. 34,638,692 de Bolívar, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 1315 de 2022 de la Regional Valle del Cauca, de conformidad con el Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y para efectos de depuración de los ingresos mensuales que han de determinar la base gravable de Retención en la Fuente, aplicable a los empleados independientes, informo que el valor pagado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., corresponden al mes de octubre del año 2022 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	466336190
Valor Pagado Salud	+$ 247.000
Valor Pagado Pensión	+$ 316.200
Valor Pagado A.R.L.	+$ 10.400
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=$ 573.600
Es Pensionado	**Si** ☐ **No** ☒ .

OTRAS DEDUCCIONES (BENEFICIO TRIBUTARIO) A TENER EN CUENTA PARA DISMINUIR AÚN MÁS LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTOS (POR UNA SOLA VEZ AL AÑO) CITADOS A CONTINUACIÓN:

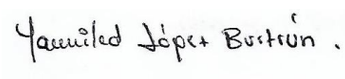
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2021**___. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2021**. (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .

Declarante de Renta: **Si** ☐ **No** ☒.

El Contrato de prestación de servicios, suscrito con la Defensoría del Pueblo, se detalla a continuación:

Número del contrato	Valor total del Contrato	Valor a pagar en el mes incluido IVA	Fecha de iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
1315	$24.700.000	$ 4.940.000	09 de Agosto de 2022	31 de diciembre de 2022	ninguna

En constancia de lo anterior, se firma al primero (01) del mes de noviembre de 2022



Nombre: YAMILED LÓPEZ BUITRÓN
No. C. C. 34.638.692 De Bolívar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34639892
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			YAMILED LOPEZ BUITRON
CIUDAD/MUNICIPIO:	CORINTO	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 1 10 -101	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4488388180	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991889761

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 316.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 316.200	$ 0	$ 316.200
SUBTOTALES:										$ 316.200	$ 0	$ 316.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 247.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.000	$ 0	$ 0	$ 247.000
SUBTOTALES:													$ 247.000	$ 0	$ 0	$ 247.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.400	$ 10.400	$ 0	$ 0	$ 10.400
SUBTOTALES:									$ 10.400	$ 0	$ 0	$ 10.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COTIZANTE EXTRANJERO	RESIDENTE EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						PARAFISCALES							
																										ADMIN	ESTADO COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	ESTADO COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	ESTADO COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ESTADO COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																												SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																			ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 34639892	LOPEZ BUITRON YAMILED	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.978.000				NO																230201-PROTECCIÓN		$ 1.978.000	$ 316.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 316.200	EPS002-SALUD TOTAL		$ 1.978.000	$ 247.000	$ 0	$ 247.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		$ 1.978.000	$ 34639892	$ 10.400		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	$ 573.600

Planilla Pagada