

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	Código: 0001
	REPARACIÓN INTEGRAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO RUTA INDIVIDUAL DE ACOMPAÑAMIENTO AL RETORNO, LA REUBICACIÓN O LA INTEGRACIÓN LOCAL DE HOGARES INDIVIDUALES O FAMILIARES.	Fecha: 16/06/2020 Paginas 1 de 2

Nota: Previo a la realización de esta entrevista a profundidad, se debe diligenciar el "Anexo 1- Medición SSV" del formato "Acta de Voluntariedad".

Tiene por propósito la validación del principio de dignidad para el retorno, la reubicación o la integración local voluntaria de hogares individuales o familiares, previa verificación del principio de seguridad; de manera que se logre emitir el análisis de viabilidad de este principio.

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL HOGAR.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOGAR	LUIS ARMANDO MEJIA RIVERA	IDENTIFICACIÓN	80366541
NÚMERO DE TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	

TIPO DE SOLUCIÓN DURADERA (Traer de la manifestación de intencionalidad cargada en SGV - Marque con una X según corresponda)

RETORNO		REUBICACIÓN	X	INTEGRACIÓN LOCAL	
---------	--	-------------	---	-------------------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS U HOGAR QUE SERÁN ACOMPAÑADOS

No.	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	DD	MM	AA	Parentesco
1	LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	1	1	1900	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO

¿EL HOGAR SOLICITANTE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE RESIDIENDO FUERA DE TERRITORIO COLOMBIANO? (Traer de la manifestación de intencionalidad cargada en SGV - Marque con una X según corresponda)

										Si	No	X
Si la respuesta anterior fue afirmativa, indique:	PAÍS	NO APLICA	CIUDAD	NO APLICA	DIRECCIÓN	NO APLICA						

I. ¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR HA SIDO ACOMPAÑADO ANTERIORMENTE EN OTRO PROCESO DE RETORNO, REUBICACIÓN O INTEGRACIÓN LOCAL? (marque una opción)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Acompañamiento
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, describir la entidad y el programa de acompañamiento (esta información deberá obtenerse a partir del cruce de registros administrativos):

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Descripcion acompañamiento
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO APLICA

II. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN QUE MOTIVA AL RETORNO, LA REUBICACIÓN O LA INTEGRACIÓN LOCAL DEL HOGAR AL MUNICIPIO INDICADO? (marque una opción)

a. Hay una oportunidad laboral definida	X	f. Por condiciones de salud	
b. Hay una oportunidad educativa definida		g. Por arraigo, pertenencia y costumbres	
c. Consideran que hay mejor calidad de vida para el hogar.		h. Está en riesgo la seguridad de alguno de los miembros del hogar	
d. Reencontrarse con la familia		i. Otra	
e. Regresar a su casa o tierra.		Si la opcion seleccionada es Otra, indique Cual:	

III. ¿CON QUÉ TIPO DE RED DE APOYO CUENTA EN EL MUNICIPIO DE RETORNO, REUBICACIÓN O INTEGRACIÓN LOCAL ? (marque una opción)

a. Familiar		d. Otro tipo de organización o entidad	
b. Amigos o conocidos	X	e. Iglesia o comunidad religiosa	
c. Comunidad		f. No cuenta con red de apoyo	

Si el solicitante respondió alguna de las opciones diferentes a la respuesta F, pase a efectuar las preguntas No. A, B, C y D de esta sección Si la respuesta fue la opción F, pase a la pregunta No. IV.

A. INDIQUE LOS DATOS DE CONTACTO DE LA RED DE APOYO:

NOMBRE	NICOLAS MARTINEZ		
TELEFONO		CELULAR	3224128537
DEPARTAMENTO	RISARALDA	MUNICIPIO	SANTA ROSA DE CABAL
DIRECCIÓN	CR 13 # 11-36 BARRIO GALERIA		

B. ¿QUÉ COLABORACIÓN LE BRINDARÁ LA RED DE APOYO EN EL LUGAR DE RETORNO, REUBICACIÓN O INTEGRACIÓN LOCAL? (marque una opción)

a. Alojamiento		d. Cuidado fisico y mental	
b. Alimentacion		e. Otro	
c. Empleo	X	Describe el otro apoyo	

C. ¿CUÁL SERÁ SU FUENTE DE INGRESOS EN EL LUGAR DE RETORNO, REUBICACIÓN O INTEGRACIÓN LOCAL?

a. Comercialización de productos	X	f. Restaurante	
b. Agricultura		g. Sala de belleza	
c. Ganadería		h. No tiene trabajo aún	
d. Modistería		i. otra	
e. Panadería		Si la opcion seleccionada es Otra, indique cuál:	

D. LA VINCULACIÓN A ESTA ACTIVIDAD ECONÓMICA SERÁ: (marque una opción)

a. Formal		c. Ninguna de las anteriores	
b. Informal	X		

*Si la solución duradera deseada es retornar o reubicarse, responder las preguntas 5-8, en caso contrario continúe con la justificación del concepto de viabilidad o no del principio de dignidad.

IV. ¿PARA LA SOLUCIÓN DURADERA ESCOGIDA SE REQUIERE APOYO PARA EL TRANSPORTE DE PERSONAS Y TRASLADO DE ENSERES?* (marque con una X según corresponda)

SI	X	NO
----	---	----

V. ¿EN EL HOGAR HAY PERSONAS CON ENFERMEDADES RUINOSAS, CATASTRÓFICAS, DE ALTO COSTO O HUÉRFANAS?
(marque con una X si por lo menos hay una persona que cumpla esta condición)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Enfermedad	Descripcion enfermedad
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO	NO APLICA

*En caso de que la respuesta sea afirmativa indicar la enfermedad y el tipo (ruinosas, catastróficas, de alto costo o huérfanas) y anexar certificación médica.

A. ¿ANEXA CERTIFICACIÓN MÉDICA?

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Certificacion medica
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO

VI. ¿EN EL HOGAR HAY MUJERES EN ESTADO DE EMBARAZO?

*En caso de que la respuesta sea afirmativa indicar cuántas y quién (es)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Estado embarazo
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO

VII. ¿LA VIVIENDA DONDE RESIDIRÁ USTED Y LOS MIEMBROS DE SU HOGAR EN EL LUGAR DE RETORNO O REUBICACIÓN ES?: (marque una opción)

a. Familiar		g. Posesión	
b. De amigos o conocidos		h. Lugar de trabajo	
c. En arriendo	X	i. En invasión	
d. Propia		j. Otra	
e. Prestada (comodato)		Si la opcion seleccionada es Otra, indique cuál:	
f. Vivienda subsidiada			

A. INDIQUE LOS DATOS DE UBICACIÓN DE SU LUGAR DE RETORNO, REUBICACIÓN O INTEGRACIÓN LOCAL

Departamento	RISARALDA	Municipio	SANTA ROSA DE CABAL	Entorno (rural o urbano)	SIN INFORMACION
Nombre del barrio, corregimiento o vereda	CARRERA 13 # 11 36	Dirección:	CARRERA 13 # 11 36		

*Si la persona u hogar solicitante es una víctima en el exterior responda las preguntas VIII a XI

VIII. ¿NECESITA TRAMITAR DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PARA HIJOS NACIDOS EN EL EXTERIOR QUE REQUIERAN NACIONALIDAD COLOMBIANA? (marque con una X si por lo menos una persona necesita tramitar documentos de identidad)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Documentos	Documentos de identificacion para tramitar
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO	NO APLICA

IX. ¿NECESITA TRAMITAR DUPLICADOS DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD ANTES DEL RETORNO A COLOMBIA? (marque con una X si por lo menos una persona necesita tramitar documentos de identidad antes de regresar a Colombia)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Documentos duplicados	Documentos para duplicar
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO	NO APLICA

X. ¿NECESITA HOMOLOGAR TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS EN EL EXTERIOR SIGUIENDO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL? (marque con una X si por lo menos una persona necesita homologar títulos)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Homologacion	Titulos para homologar
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO	NO APLICA

XI. SI RELACIONÓ PERSONAS EN LA PREGUNTA "V", INDIQUE SI REQUIEREN ACCESO INMEDIATO A TRATAMIENTOS MÉDICOS TRAS EL RETORNO A COLOMBIA (marque con una X si por lo menos una persona lo requiere)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	No. de documento de Identidad	Parentesco	Necesita tratamiento medico	Descripcion tratamiento medico
LUIS	ARMANDO	MEJIA	RIVERA	CEDULA DE CIUDADANIA	80366541	JEFE(A) DE HOGAR - AUTORIZADO	NO	NO APLICA

Indique cómo fue efectuada la entrevista a profundidad (marque una opción)

PRESENCIAL**TELEFÓNICA**

X

Una vez concluida la entrevista informe al solicitante que:

A. Esta información será la base para el análisis de viabilidad de su acompañamiento, en virtud del principio de dignidad.

B. La realización de esta entrevista, no implica que el acompañamiento se vaya a realizar.

C. En los casos que esta se haya realizado la entrevista de manera telefónica, indique que este documento deberá ser firmado al momento en que se esté validando el principio de voluntariedad.

¿EL REPRESENTANTE DEL HOGAR MANIFIESTA QUE FUE CLARA LA ORIENTACIÓN RECIBIDA FRENTE AL ALCANCE Y CONTENIDOS DEL ACOMPAÑAMIENTO?

SI

X

NO

¿EL REPRESENTANTE DEL HOGAR SOLICITA SER ACOMPAÑADO EN SU DECISIÓN DE RETORNAR, REUBICARSE O INTEGRARSE LOCALMENTE?

SI

X

NO

XII. INFORMACIÓN FINAL

FECHA DE FIRMA

11/05/2026

FIRMA DEL REPRESENTANTE

ENTREVISTA TELEFÓNICA

XIII. DATOS DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA

IDENTIFICACIÓN

1088007732

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA

Alejandra Franco Roman

DIRECCIÓN TERRITORIAL

Eje Cafetero

CARGO

Contratista - Profesional de Retornos y Reubicaciones

FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA

