"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	Código: F-UAV-001
		Fecha aprobación: 2012-04-02
	Registro Único de Víctimas	Versión: 02

FUD-AA000000000 

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

Campos obligatorios

1 *Lugar de la Declaración		2 *Entidad que lo atiende	3 *Fecha de la Declaración
Departamento	Municipio	1 Procuraduría 3 Defensoría 2 Personería	Día D D / Mes M M / Año A A A A

Campos obligatorios

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 éste, 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)

X

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 descrito)

Campos obligatorios

5 *Identificación del (de la) declarante

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

Campos obligatorios

6 Tipo y número del documento de identidad		7 Fecha de Nacimiento
Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	Día D D / Mes M M / Año A A A A

Campos obligatorios

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*Dirección residencia o correspondencia		Barrio

Vereda	*Departamento	*Municipio

Campos obligatorios

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

X

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 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
1	Atentado terrorista / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	
2	Amenaza	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	
4	Desaparición forzada	
5	Desplazamiento forzado	
6	Homicidio	
Otro (Especifique cuál en la siguiente casilla)		

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	
11	Despojo y abandono forzado de tierras	
¿Cuál?		

Señor(a) funcionario(a): Diligencie en la siguiente hoja la caracterización básica de las personas a que se refieren los hechos relacionados en el cuadro anterior. A continuación, diligencie un anexo por cada evento. Finalmente, tome la narración general de los hechos con base en las preguntas guía indicadas al respaldo de cada hoja y diligencie la hoja de verificación (Hoja 4).

NO VALIDO PARA DECLARACION

"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

Libertad y Orden

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: 01

FUD-AA0000000000

13 Tipo Documento:
1 Cédula de Ciudadanía
2 Tarjeta de Identidad
3 Registro Civil
4 Cédula de Extranjería
5 Indocumentado (No ha tramitado su documento)
98 No sabe (NS)-(No recuerda el número)
99 No responde (NR)

15 Hechos (Selección múltiple):
1 Atentado terrorista / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos
2 Amenaza
3 Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado
4 Desaparición forzada
5 Desplazamiento forzado
6 Homicidio/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
11 Abandono o Despojo Forzado de Tierras
12 Otro
13 No Víctima

16 Relación:
1 Jefe(a) de Hogar
2 Esposo(a) / Compañero(a)
3 Hijo(a) / Hijastro(a)
4 Yerno / Nuera
5 Nieto (a)
6 Padre o Madre
7 Suegros
8 Hermanos o Cuñados
9 Otros Parientes
10 No Pariente
98 No Sabe (NS)
99 No Respónde (NR)

17 Estado Civil:
1 Unión marital de hecho
2 Casado(a)
3 Viudo(a)
4 Separado(a) / Divorciado(a)
5 Soltero(a)
97 Otro
98 No Sabe (NS)
99 No Responde (NR)

18 Régimen especial:
1 Policia
2 Fuerzas Militares

Enfoque Diferencial

19 Género:
1 Mujer
2 Hombre
3 LGBTI

20 Discapacidad para llevar a cabo una o varias de las siguientes actividades:
1 Pensar, memorizar
2 Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3 Oír, aun con aparatos especiales
4 Distinguir sabores u olores
5 Dificultades para hablar y comunicarse
6 Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o de corazón
7 Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8 Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9 Caminar, correr, saltar
10 Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11 Relacionarse con las demás personas y el entorno
12 Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13 Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14 Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
15 Otra
16 Ninguna
98 No Sabe (NS)
99 No Responde (NR)

Señor(a) funcionario(a), en el siguiente cuadro relacione los datos de todas las personas que hayan resultado afectadas por los hechos referidos en esta Declaración. En la primer casilla registre al declarante.
El campo 16 (Relación) debe ser diligenciado de acuerdo a la relación de parentesco o consanguinidad de cada persona con respecto al declarante.

Campos obligatorios | **Enfoque Diferencial**

11	12		13		14			15	16	17	18	19	20	21												22	23	
No. Consecutivo de la Persona	*Nombres: Escriba en el renglón 1 el primer nombre únicamente. Escriba en el renglón 2 los demás nombres.		*Apellidos: Escriba en el reglón 1 el primer apellido. Escriba en el renglón 2 el segundo apellido.		*Tipo Doc.	*Número del documento de identidad	* Fecha de Nacimiento (Si no es posible obtener una fecha precisa, diligenciar el mes y/o el año)			*Hechos victimizantes por persona (Seleccione todos los que apliquen)	Relación	Estado civil	Régimen especial	Género	Discapacidad	Pertenencia Étnica										Mujer cabeza de Familia	Gestante o Lactante	
							Día	Mes	Año						Identifique la(s) discapacidad(es) de cada una de las personas en la actualidad	1		2		3		4	5	6	1, 2, 3, 4 o 5				
																Negro(a) o Afrocolombiano(a)	Consejo Comunitario	Gitano(a) ROM	Kumpania	Indígena	Etnia o Pueblo Indígena	Resguardo	Palenquero	Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	Ninguna	Comunidad (si aplica)		
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	
																											SI NO	SI NO	

NO VALIDO PARA DECLARAR

"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	Código: F-UAV-001
		Fecha aprobación: 2012-04-02
	Registro Único de Víctimas	Versión: 02

FUD-AA000000000 

Campos obligatorios

24 ***Describa las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dieron los hechos:** Oriente la declaración de modo tal que la narración describa con **suficiencia** el modo en que ocurrieron los hechos, así como los antecedentes, elementos relevantes y fuentes de verificación de la información.

Si la narración es extensa y requiere más espacio, utilice tantas hojas del Anexo 12 como sea necesario.

Campos obligatorios

* Señor(a) funcionario(a): Con el fin de mejorar la calidad de la información recopilada y de facilitar la valoración de esta solicitud, puede orientar la narración de los hechos con las preguntas guía que se encuentran al respaldo de los Anexos 1 a 11 de este Formato, según el (los) hecho(s) victimizante(s) a que se refiera esta declaración.

NO VALIDO PARA DECLARACION

X

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-UAV-001 Fecha aprobación: 2012-04-02 Versión: 02

FUD-AA000000000 

25 Señor (a) declarante: ¿Quiere agregar, enmendar o corregir algo de la declaración? 1 SI 2 NO (Si la respuesta es 1 (Si), haga las correcciones y aclaraciones en el siguiente espacio)

III. VERIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

26 Por favor relacione la cantidad de anexos, soportes y folios que hacen parte de la declaración:

a) Número total de anexos diligenciados ____ **b) Número total soportes aportados por el declarante** ____

c) Número total de folios en esta declaración* ____ *Incluidos Anexos y soportes

27 ¿Realizó la entrevista previa? SI NO **29** ¿Leyó al (a la) Declarante la declaración? SI NO

30 ¿Hubo orientación para corregir o enmendar? SI NO **31** ¿Se incluyeron correcciones o enmendaduras? SI NO

32 **Observaciones:** Señor(a) funcionario(a): Escriba las observaciones sobre el diligenciamiento del formato que considere pertinentes.

X

33 **Confidencialidad de la Información:** De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 156 de la Ley 1448 de 2011, con el fin de proteger el derecho a la intimidad de las víctimas y su seguridad, toda la información suministrada con ocasión de esta Declaración es de carácter reservado en concordancia con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política.

No siendo otro el objeto de la presente declaración se lee y firma por quienes en ella intervienen: *Favor diligenciar todos los campos sin excepción con letra legible.

Manifiesto que el funcionario público que tomó mi declaración me orientó sobre el trámite de esta diligencia.

Por favor registre a continuación si el declarante sabe o no firmar (En caso negativo tome la huella dactilar) SI NO

Señor (a) funcionario (a): antes de remitir esta declaración a la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, asegúrese de que todos los campos marcados como obligatorios estén diligenciados en su totalidad.

Campos obligatorios

X

34 * Declarante		**35** * Funcionario (a)
Firma _____ Nombre: _____ No. Documento de identidad:	Huella Dáctilar Declarante	Firma _____ Nombre: _____ Cargo: _____ No. Doc. de identidad:

Campos obligatorios

36 **Firma Intérprete, Tutor o Funcionario (Solo si aplica)**

Intérprete: Con la presente firma, el intérprete, en aquellos casos en que fue autorizado por la autoridad competente, da fe que asistió de forma adecuada al (a la) declarante, permitiéndole entender los alcances de esta diligencia y facilitando que los hechos narrados hayan quedado debidamente registrados en el presente Formato.

Tutor o representante legal: Con la presente firma, el representante legal da fe que el (la) niño, niña o adolescente compareció a la diligencia y que las manifestaciones realizadas por éste(a) han sido libres y espontáneas. Cuando el representante legal sea funcionario público (Defensor de familia, funcionario del ICBF o comisario de Familia), la presente firma da fe que el (la) niño, niña o adolescente compareció a la diligencia y que las manifestaciones realizadas han sido libres y espontáneas. De igual forma, esta firma da fe que se cumplió con los procedimientos establecidos cuando se trata de la atención y protección a niños, niñas o adolescentes, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional y la Ley 1098 de 2006.

Firma _____

Nombre: _____

Cargo: _____

No. Doc. de identidad: _____

NO VALIDO PARA DECLARACION

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Señor(a) funcionario(a) diligencie la siguiente información y entregue el desprendible al (la) declarante:

Certifico que recibí declaración bajo el código de formato: **FUD-AA000000000** 

Lugar y fecha de la Declaración		
Departamento	Municipio	Día D D / Mes M M / Año A A A A

Confidencialidad de la Información: De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 156 de la Ley 1448 de 2011, con el fin de proteger el derecho a la intimidad de las víctimas y su seguridad, toda la información suministrada con ocasión de esta declaración es de carácter reservado en concordancia con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política.

Firma funcionario que tomó la declaración

Señor(a) declarante: recuerde que la Unidad de Atención y Reparación Integral a las víctimas puede tomas hasta sesenta (60) días para tramitar su solicitud de inscripción en el Registro Único de Víctimas. El consecutivo impreso en este documento es el mismo registrado en las cuatro hojas básicas del formato de declaración, por lo tanto debe mantenerse en perfecto estado para poder realizar el seguimiento correspondiente ante alguna eventual consulta o solicitud, para lo cual puede dirigirse al punto de atención de esta entidad más cercano.

El presente documento no tiene validez para trámite alguno ante las diferentes entidades, su única función es certificar que el declarante acudió al Ministerio Público a realizar la diligencia de rendir declaración.

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

ANEXO 1

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

1. Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

10. Tipo de afectación (Selección múltiple):

1 Daños en bienes muebles o inmuebles	6 Parálisis total o parcial	12 Quemaduras
2 Fracturas	7 Pérdida de la audición total o parcial	13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
3 Heridas o laceraciones	8 Pérdida de la vista total o parcial	14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
4 Infección	9 Pérdida del habla total o parcial	15 Otro
5 Muerte	10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano	

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)			3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?					5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?					6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?					7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales			
SI	NO	NS/NR	Lugar		Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento		Departamento				Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio		Municipio				Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	9	10 Afectación				11 Declaración o denuncia previa													12 Daño en bienes muebles o inmuebles								13 Atención médica			
No. Consecutivo (Hoja 2-Ítem 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?		Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)				Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Muebles	Inmuebles	Descripción bienes	Calidad de la víctima frente al bien				Recibio atención médica?		Indique la entidad en que recibió la atención y el departamento y municipio en que esta entidad está ubicada
								Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde										Propietario	Poseedor	Arrendatario o tenedor	Conductor			
Víctima 1				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																													
				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
				1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A				Departamento / Municipio			1 2 3 4					SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 2

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	**FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS**	Código: F-UAV-001
	Registro Único de Víctimas	Fecha aprobación: 2011-12-09
		Versión: 01

Folio _____ de _____ En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

Campos obligatorios

2. Amenaza

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

10. Tipo de afectación (Selección múltiple):

13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)			**3** ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			**4** ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?				**5** ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				**6** ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?				**7** Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar	Lugar	Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo	Lugar	Nombre Empleador
			Departamento	Departamento					Departamento					Departamento					Departamento	1 2	Departamento	
			Municipio	Municipio					Municipio					Municipio					Municipio		Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	**9**	**10** Afectación				**11** Declaración o denuncia previa													**12** Medidas de Prevención						**13**
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?	Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	¿Ha solicitado medidas de protección?		¿Le han brindado medidas de protección?		Tipo de medida	Entidad	¿Desde cuándo goza de dicha medida?	Vigencia	¿Han continuado con las amenazas?	
							Fiscalía	Ministerio del Interior	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde											
Víctima 1				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																										
				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	
				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	
				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	
				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	
				13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO	SI	NO			D D M M A A A A		SI NO	

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 3

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

Campos obligatorios

3. Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

11. Tipo de afectación (Selección múltiple):

2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

2 Indague si existe algún niño o niña nacido como consecuencia del abuso sexual. De ser así, registre los datos del niño, niña o adolescente en el siguiente espacio. Asegúrese que esta información también quede registrada en el cuadro de caracterización (Hoja 2).

Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre		Demás Nombres (si aplica)	
Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre		Demás Nombres (si aplica)	
Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre		Demás Nombres (si aplica)	

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

3 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)			4 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			5 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisbén?					6 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?					7 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?						8 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar		Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

9	10	11	Afectación			12	Declaración o denuncia previa											13 Delito sexual del cual fue víctima					14 Atención Médica							
No. Consecutivo (Hoja 2-Ítem 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?	Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Acceso carnal violento	Esterilización forzada	Prostitución forzada	Esterilización o aborto forzado	Otros actos sexuales violentos	¿Recibió atención médica?	Indique la entidad en que recibió la atención y el departamento y municipio en que esta entidad está ubicada	¿Solicito algún tipo de apoyo o ayuda?	¿A qué entidad pidió apoyo o ayuda?	¿Recibió algún tipo de apoyo o ayuda?	Indique el tipo de apoyo o ayuda recibidos
							Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde															
Víctima 1				2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio							SI NO	Entidad Departamento Municipio	SI NO		SI NO	
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																													
				2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio							SI NO	Entidad Departamento Municipio	SI NO		SI NO	
				2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio							SI NO	Entidad Departamento Municipio	SI NO		SI NO	
				2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio							SI NO	Entidad Departamento Municipio	SI NO		SI NO	
				2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio							SI NO	Entidad Departamento Municipio	SI NO		SI NO	

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 4

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

Campos obligatorios

4. Desaparición Forzada

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

10. Tipo de afectación (Selección múltiple):

13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)				3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?					5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?					7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar	Lugar	Institución Educativa		SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento	Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio	Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

	8	9	10	11			12																		13																	
				Afectación			Declaración o denuncia previa																		Antecedentes y hechos posteriores a la desaparición																	
	No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Marque con un X la persona desaparecida	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?		Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Antes de la desaparición de la víctima. ¿se presentó alguno de los siguientes eventos?			Después de la desaparición, ¿ha sido víctima de los siguientes hechos?		Actividad que la persona desaparecida estaba realizando justo al momento de la desaparición	¿Con ocasión a estos hechos, algún niño, niña o adolescente quedó desprotegido?			¿Ha realizado la búsqueda de la víctima? (En caso afirmativo indique mediante qué entidad)			
										Fiscalía	Comisión Nacional de búsqueda de personas desaparecidas	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde																							
Víctima 1						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad
						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad
						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad
						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad
						13 14 15		SI	NO								D D M M A A A A	Departamento Municipio		Detención	Allanamiento	Atentado	Desplazamiento	Amenaza		SI	NO	Nombre del menor	SI	NO	Entidad

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 5

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	**FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍSCTIMAS**	Código: F-UAV-001
		Fecha aprobación: 2011-12-09
	Registro Único de Víctimas	Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

5. Desplazamiento Forzado

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Localidad o Comuna	Barrio	Corregimiento	Vereda
D D M M A A A A						

2 Con respecto a estos hechos usted o alguno de los miembros del hogar había presentado declaración o denuncia:

1 SI 2 NO

Entidad		
1 Defensoria del Pueblo	2 Personeria Municipal	3 Procuraduría
4 Fiscalia	5 Inspección de Policia	6 Policia
7 Despacho Judicial (MIJ)	8 Otro ¿Cuál? _____	

Fecha de Denuncia (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)									Lugar	
Día		Mes		Año					Departamento	Municipio
D	D	M	M	A	A	A	A			

En caso de conocerlo, informe el código del proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración realizada

_____

3 Tipo de desplazamiento

1 Individual
2 *Masivo

* En caso que el desplazamiento sea masivo, tomar el censo (Anexo 13)

4 Tiempo de residencia en lugar expulsor

Día		Mes		Año			
D	D	M	M	A	A	A	A

5 ¿Cuál fue la causa del desplazamiento? (Marque con una X en la casilla correspondiente)

Evento	Seleccione	Evento	Seleccione
Amenazas e Intimidaciones		Masacres	
Atentados a Bienes e Infraestructura		Presencia o accidentes con minas antipersonal/municiones sin explotar y artefacto explosivo improvisado	
Atentados a Personas		Reclutamiento forzado y o vinculación de niños, niñas o adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	
Combates		Secuestro toma de rehenes	
Desapariciones Forzadas		Otra ¿Cuál?	
Enfrentamientos			
Homicidios			

X

6 Información de arribo

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Localidad o Comuna	Barrio	Corregimiento	Vereda
D D M M A A A A						

Información de Retorno o Reubicación

7 ¿El deseo del hogar es?

1 Permanecer 2 Retornar 3 Reubicarse 98 No sabe 99 No responde

8 Si respondió la opción 3 ¿en qué lugar desearía reubicarse?

Lugar		Entorno			
Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
		Localidad o Comuna	Barrio	Corregimiento	Vereda

X

Hogar Afectado

9 Relacione en este cuadro las personas que conforman el hogar afectado por el desplazamiento

Jefe de Hogar

No, Consecutivo (Hoja 2-item 11)	¿Se desplazo?	
	SI	NO

No, Consecutivo (Hoja 2-item 11)	¿Se desplazo?		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11)	¿Se desplazo?		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11)	¿Se desplazo?		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11)	¿Se desplazo?	
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la persona Jefe de Hogar, especificada en el cuadro anterior.
Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

10 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)

SI	NO	NS/NR	Lugar
			Departamento
			Municipio

11 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (si aplica)

Lugar		Institución Educativa
Departamento		
Municipio		

12 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?

SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)
			Departamento	
			Municipio	

13 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?

SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra
			Departamento	
			Municipio	

14 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?

SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo	
			Departamento	1	2
			Municipio		

15 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales

Lugar	Nombre Empleador
Departamento	
Municipio	

Si el (la) Declarante manifiesta ser víctima de abandono forzado de bienes inmuebles (tierras, lotes o viviendas) o muebles (herramientas, animales, cultivos, vehículos, etc.), diligencie el anexo 11.

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 6

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

Campos obligatorios

6. Homicidio - Masacre

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

11. Tipo de afectación (Selección múltiple):

3 Heridas o laceraciones
5 Muerte
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)				3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?					5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?						7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar	Lugar	Institución Educativa		SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento	Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio	Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	9	10	11 Afectación				12 Declaración o denuncia previa													13 Datos del Homicidio o Masacre								
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Identifique con una X la(s) persona(s) fallecida(s)	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?		Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Con ocasión a estos hechos, algún(a) niño, niña o adolescente quedó huérfano(a)?		Nombre del menor	En caso afirmativo indique si quedo huérfano de:			¿Recuerda el número de personas muertas por este hecho?		En caso afirmativo indique cuantas
									Fiscalía	Comisión Nal. de Búsqueda de personas desaparecidas	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde							De Padre	De Madre	Padre y Madre			
Víctima 1					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																													
					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								
					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								
					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								
					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								
					3 5 13 14 15		SI	NO									D D M M A A A A	Departamento Municipio		SI	NO								

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 7

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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

Registro Único de Vìctimas

Código: F-UAV-001
Fecha aprobación: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

7. Minas antipersonal, Munición sin explotar y Artefcto Explosivo Improvisado

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

2 Describa en este campo el lugar en el cual ocurrió el accidente. Especifique si se trató de un camino, escuela, carretera, oleoducto, infraestructura eléctrica, cercanías de una fuente de agua, cercanías a una vivienda, finca o cultivos.
Especifique también señales particulares que puedan servir para ubicar el lugar del accidente.

12. Tipo de afectación (Selección múltiple):

1. Daño en bienes muebles o inmuebles
2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

15. Actividad al momento del hecho:

1 Agricultura
2 Ganadería
3 Tránsito por vía inusual
4 Juego
5 Recolección de comida, madera
6 Labores domésticas
7 Militar
8 Erradicación de cultivos ilícitos
9 Desconocida
10 Otra

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

3 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)			4 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			5 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisbén?			6 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				7 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?				8 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar		Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

9	10	11		12 Afectación				13 Declaración o denuncia previa														14 Tipo de Accidente			15	16 Menores Desprotegidos				17 Atención Médica		
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Estado de la víctima luego del accidente		Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?		Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Mina Antipersonal	Munición sin explotar	Artefacto explosivo improvisado	Actividad al momento del hecho	¿Con ocasión a estos hechos, algún niño, niña o adolescente quedó huérfano?		Nombre del menor	En caso afirmativo indique si quedo huérfano de:			Recibio atención médica?		Indique la entidad en que recibió la atención y el departamento y municipio en que esta entidad está ubicada
										Fiscalía	PAICMA	Inspección de Policia	Policia	Personeria Municipal	Defensoria del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde															
		Muerto	Herido			1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio						SI	NO		De Padre	De Madre	Padre y Madre	SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio

Víctima 1

Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)

		Muerto	Herido			1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio						SI	NO		De Padre	De Madre	Padre y Madre	SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
		Muerto	Herido			1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio						SI	NO		De Padre	De Madre	Padre y Madre	SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
		Muerto	Herido			1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio						SI	NO		De Padre	De Madre	Padre y Madre	SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio
		Muerto	Herido			1 2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio						SI	NO		De Padre	De Madre	Padre y Madre	SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 8

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

8. Secuestro

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

11. Tipo de afectación (Selección múltiple):

2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)			3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?				5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?						7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales	
SI	NO	NS/NR	Lugar		Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	9	10	11			Afectación		12 Declaración o denuncia previa																		13 Datos del Secuestro										14 LIBERTAD DE LA VÍCTIMA (diligencie esta información en caso de que la víctima este libre)											
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Marque con un X la persona secuestrada	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación		En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?	Indique la Entidad										Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)				Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	Tipo de Secuestro		Finalidad del Secuestro Extorsivo		Otra Indique ¿Cuál?	¿Le han pedido algún tipo de contraprestación a cambio de la libertad de la víctima?		¿Qué le han pedido?	Situación actual de la víctima				¿Cómo se produjo la liberación de la víctima?					Fecha en que se produjo la libertad de la víctima (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)			
									Fiscalía	Dirección Operativa para la Libertad personal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde								Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?				Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga					
					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					
Víctima 1																																																

Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)

					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					
					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					
					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					
					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					
					2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SI NO									D D M M A A A A				Departamento Municipio						SI NO																					

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 9

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

Campos obligatorios

9. Tortura

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

11. Tipo de afectación (Selección múltiple):

2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)				3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)		4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?					5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?					6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?						7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar	Lugar	Institución Educativa	SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento	Departamento					Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio	Municipio					Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	9	10 Afectación				11 Declaración o denuncia previa												12 Atención Médica								
No. Consecutivo (Hoja 2-Ítem 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?		Indique la Entidad							Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	¿Recibió atención médica?		Indique la entidad en que recibió la atención y el departamento y municipio en que esta entidad está ubicada	¿Solicito algún tipo de apoyo o ayuda?		¿A qué entidad pidió apoyo o ayuda?	¿Recibió algún tipo de apoyo o ayuda?		Indique el tipo de apoyo o ayuda recibidos
								Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde											
Víctima 1 →				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	

Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)

				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI	NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio		SI	NO	Entidad / Departamento / Municipio	SI	NO		SI	NO	

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 10

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

10. Vinculación de Niños, Niñas y Adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Barrio	Localidad o Comuna	Vereda	Corregimiento
D D M M A A A A						

Tipo de afectación (Selección múltiple):

2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
15 Otro

Por favor responda las siguientes preguntas en relación con la víctima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Estas preguntas hacen referencia al momento en el que ocurrieron los hechos

2 ¿Tenía inscrita su cédula para votar? (Solo aplica para mayores de edad)				3 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (Si aplica)			4 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?					5 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				6 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?						7 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales		
SI	NO	NS/NR	Lugar	Lugar	Institución Educativa		SI	NO	NS/NR	Lugar	Nivel (Si lo conoce)	SI	NO	NS/NR	Lugar	Entidad en la cual cobra	SI	NO	NS/NR	Lugar	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar	Nombre Empleador
			Departamento	Departamento						Departamento					Departamento					Departamento	1	2	Departamento	
			Municipio	Municipio						Municipio					Municipio					Municipio			Municipio	

DILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VÍCTIMA(S) DE ESTE HECHO

En la primera fila del siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima.
En caso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continúe diligenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones subsiguientes.

8	9	10 Afectación				11 Declaración o denuncia previa												12 Si el niño, niña o adolescente ya se encuentra desvinculado, por favor registre la siguiente información							
No. Consecutivo (Hoja 2-Ítem 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación	En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida	¿Con respecto a estos hechos ya presentó declaración o denuncia?	Indique la Entidad								Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración	¿A que grupo armado perteneció?	Fecha de desvinculación	¿Fue atendido por el ICBF?	Indique la fecha de atención	¿Fue atendido por alguna otra entidad?	Indique la fecha de atención	Indique la entidad
							Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe No Responde										
Víctima 1 →				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																								
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	
				2 3 4 5 6 7 8 / 9 10 11 12 13 14 15		SI NO									D D M M / A A A A	Departamento / Municipio			D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	SI NO	D D M M / A A A A	

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

ANEXO 11

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	**FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS**	Código: F-UAV-001
		Fecha aprobación: 2011-12-09
	Registro Único de Víctimas	Versión: 01

Folio _____ de _____

En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea necesario y numere los folios que correspondan a este grupo familiar.

11. Despojo y/o abandono forzado de bienes muebles e inmuebles

Informe al (a la) Declarante que el diligenciamiento de este formulario no reemplaza la solicitud de restitución que debe hacerse ante un(a) representante de la Unidad Administrativa Especial de Gestión para la Restitución de Tierras y, por lo tanto, no inicia el trámite de restitución contemplado en la Ley 1448.
Para efectos de la restitución, oriente al (a la) Declarante para que surta el trámite correspondiente en el punto de atención de la Unidad Administrativa Especial de Gestión para la Restitución de Tierras más cercano.

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos
(Si el abandono o despojo está asociado a otro hecho declarado en este formato, pase directamente a la pregunta 2)

Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
			Localidad o Comuna	Barrio	Corregimiento	Vereda
D D M M A A A A						

Campos obligatorios

2 Con respecto a estos hechos usted o alguno de los miembros del hogar había presentado declaración o denuncia:

1 SI 2 NO

Entidad

1 Defensoria del Pueblo	2 Personeria Municipal	3 Procuraduría
4 Fiscalia	5 Inspección de Policia	6 Policia
7 Despacho Judicial (MIJ)	8 Otro ¿Cuál? _____	

Fecha de Denuncia (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)			Lugar	
Día	Mes	Año	Departamento	Municipio
D D	M M	A A A A		

En caso de conocerlo, informe el código del proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración realizada

_____

Bienes Inmuebles (tierras, lotes o viviendas)

3 Si tuvo que abandonar bienes inmuebles (tierras, lotes o viviendas) y/o fue despojado de los mismos como consecuencia del conflicto armado, registre estos bienes en el siguiente cuadro. En la primera columna, especifique la persona a la que pertenece cada bien según el número consecutivo asignado en el ítem 11 de la Hoja 2 (cuadro de caracterización básica).

X

4. Tipo de Inmueble	6. Tipo de Tenencia	8. Unidad de Área
1. Tierra / Lote sin vivienda 2. Tierra / Lote con vivienda	1. Propiedad 3. Tenencia 2. Posesión	1 Hectáreas 3 Fanegadas 5 Cuadras 99 No Responde 2 Metro cuadrado 4 Plazas 98 No Sabe

No. Consecutivo (Hoja 2-item 11)	4 Tipo de Inmueble	5 Localización			6 Tipo de Tenencia	7 Nombre / Dirección	8 Extensión	
		Lugar	Urbano	Rural			Área	Unidad de área
		Departamento	Barrio	Vereda				
		Municipio	Localidad o Comuna	Corregimiento				
		Departamento	Barrio	Vereda				
		Municipio	Localidad o Comuna	Corregimiento				
		Departamento	Barrio	Vereda				
		Municipio	Localidad o Comuna	Corregimiento				
		Departamento	Barrio	Vereda				
		Municipio	Localidad o Comuna	Corregimiento				

Nota: Utilice un renglón para cada uno de los inmuebles abandonados o despojados.

9 ¿Su Tierra / Lote le fue despojado(a)?

1 SI 98 No sabe
2 NO 99 No Responde

Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 12

10 En caso de que su Tierra / Lote le haya sido despojado(a), indique el tipo y autor del despojo

1 Despojo material ¿Quién? _____
2 Despojo administrativo ¿Qué entidad? _____
3 Despojo judicial ¿Qué juzgado? _____
4 Despojo mediante negocio privado ¿Quién? _____

11 Su Tierra / Lote actualmente se encuentra:

1 Explotado o habitado por usted mismo
2 Explotado o habitado por un tercero sin su consentimiento
3 Explotado o habitado por un tercero con su consentimiento
4 Abandonado 98 No Sabe

X

12 ¿Solicita que le sea tramitada la protección de los bienes inmuebles que dejó abandonados o que le fueron despojados?

1 SI 2 NO 3 No Sabe 4 No Responde ¿Porqué?

Nota: En caso que la respuesta a la anterior pregunta sea afirmativa (SI), diligencie el formulario único de solicitud individual de protección de predios abandonados a causa de la violencia. Si el (la) Declarante pertenece a un grupo étnico, diligencie el Formulario Único de solicitud de Protección de los Derechos Territoriales de Grupos Étnicos Afectados a Causa de la Violencia. El diligenciamiento de estos formatos es responsabilidad de los(as) representantes del Ministerio Público. Estos formatos son requisito para que los bienes protegidos sean inscritos en el Registro Único de Predios y Territorios Abandonados (RUPTA).

Bienes Muebles (herramientas, animales, cultivos, vehículos, etc.)

13 Si fueron abandonados bienes muebles (herramientas, animales, cultivos, vehículos, etc.) como consecuencia del conflicto armado, registre estos bienes en el siguiente cuadro . En la primera columna, especifique la persona a la que pertenece cada bien según el número consecutivo asignado en el ítem 11 de la Hoja 2 (cuadro de caracterización básica).

14. Tipo de Bien			16. Tipo de tenencia	
1. Semovientes	3. Herramientas	5. Maquinaria y vehículos	1. Propiedad	3. Tenencia
2. Muebles, enseres y electrodomésticos	4. Cultivos y plantaciones	6. Otros	2. Posesión	

No. Consecutivo (Hoja 2-item 11)	14 Tipo de Bien	15 Descripción	16 Tipo de Tenencia	17 Cantidad

Créditos y Pasivos asociados a los bienes muebles e inmuebles despojados y/o abandonados

18 Pregunte si, al momento de los hechos victimizantes, existían créditos o pasivos asociados a los bienes muebles y/o inmuebles referenciados en este anexo. Indague si estas obligaciones entraron en mora o han sido objeto de refinanciación, reestructuración o consolidación como consecuencia de los hechos victimizantes. De ser así, registre en el siguiente cuadro los datos básicos de estas obligaciones.

Tipo de acreedor:
1. Empresa de servicios públicos
2. Tesorería o Hacienda Municipal o Departamental
3. Entidad financiera pública
4. Entidad financiera privada
5. Persona natural
6. Establecimiento comercial

Tipo de acreedor	Nombre del acreedor	Fecha en que contrajo la deuda u obligación (año y Mes)	Monto adeudado

NO VALIDO PARA DECLARACION

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

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social Libertad y Orden	FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS	Código: F-UAV-001
		Fecha aprobación: 2011-12-09
	Registro Único de Víctimas	Versión: 01

Campos obligatorios

1 ***Describa las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dieron los hechos:** Oriente la declaración de modo tal que la narración describa con **suficiencia** el modo en que ocurrieron los hechos, así como los antecedentes, elementos relevantes y fuentes de verificación de la información.

Si requiere más espacio, utilice tantas hojas del Anexo 12 como sea necesario.

* Señor(a) funcionario(a): Con el fin de mejorar la calidad de la información recopilada y de facilitar la valoración de esta solicitud, puede orientar la narración de los hechos con las preguntas guía que se encuentran al final de los Anexos 1 a 11 de este Formato, según el (los) hecho(s) victimizante(s) a que se refiera esta declaración.

NO VALIDO PARA DECLARACION

X

X

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

ANEXO 13

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Libertad y Orden

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: 2011-12-09
Versión: 01

Folio _____ de _____

Anexo 13. Formato de censo para eventos masivos - Caracterización básica por hogar afectado

3 Tipo Documento:
1 Cédula de Ciudadanía
2 Tarjeta de Identidad
3 Registro Civil
4 Cédula de Extranjería
5 Indocumentado (No ha tramitado su documento)
98 No sabe (NS)-(No recuerda el número)
99 No responde (NR)

5 Hechos (Selección múltiple):
1 Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos
2 Amenaza
3 Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado
4 Desaparición forzada
5 Desplazamiento forzado
6 Homicidio/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
11 Abandono o Despojo Forzado de Tierras
12 Otro
13 No Víctima

6 Afectación (Selección multiple):
1 Daños en bienes muebles o inmuebles
2 Fracturas
3 Heridas o laceraciones
4 Infección
5 Muerte
6 Parálisis total o parcial
7 Pérdida de la audición total o parcial
8 Pérdida de la vista total o parcial
9 Pérdida del habla total o parcial
10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
12 Quemaduras
13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afecten notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
14 Otro

7 Relación:
1 Jefe(a) de Hogar
2 Esposo(a) / Compañero(a)
3 Hijo(a) / Hijastro(a)
4 Yerno / Nuera
5 Nieto (a)
6 Padre o Madre
7 Suegros
8 Hermanos o Cuñados
9 Otros Parientes
10 No Pariente
98 No Sabe (NS)
99 No Respónde (NR)

8 Estado Civil:
1 Unión marital de hecho
2 Casado(a)
3 Viudo(a)
4 Separado(a) / Divorciado(a)
5 Soltero(a)
97 Otro
98 No Sabe (NS)
99 No Responde (NR)

9 Régimen especial:
1 Policia
2 Fuerzas Militares

Enfoque Diferencial

10 Género:
1 Mujer
2 Hombre
3 LGBTI

11 Discapacidad para llevar a cabo una o varias de las siguientes actividades:
1 Pensar, memorizar
2 Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
3 Oír, aun con aparatos especiales
4 Distinguir sabores u olores
5 Dificultades para hablar y comunicarse
6 Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o de corazón
7 Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
8 Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
9 Caminar, correr, saltar
10 Mantener piel, uñas y cabellos sanos
11 Relacionarse con las demás personas y el entorno
12 Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
13 Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
14 Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
15 Otra
16 Ninguna
98 No Sabe (NS)
99 No Responde (NR)

Señor(a) funcionario(a): Relacione a continuación los integrantes de un mismo hogar afectado por el hecho declarado en este formato.
El campo 7 (Relación) debe ser diligenciado de acuerdo a la relación de parentesco o consanguinidad de cada persona con respecto al Jefe de Hogar.

No. Hogar

* Asigne un número a cada hogar.
Diligencie una hoja por cada hogar afectado en el evento masivo.

Campos obligatorios | **Enfoque Diferencial**

1	2		3		4			5	6		7	8	9	10	11	12												13	14
No. Consecutivo de la Persona	*Nombres: Escriba en el renglón 1 el primer nombre únicamente. Escriba en el renglón 2 los demás nombres.	*Apellidos: Escriba en el reglón 1 el primer apellido. Escriba en el renglón 2 el segundo apellido.	*Tipo Doc.	*Número del documento de identidad	* Fecha de Nacimiento (Si no es posible obtener una fecha precisa, diligenciar el mes y/o el año) Día	Mes	Año	*Hechos victimizantes por persona (Seleccione todos los que apliquen)	Afectación	En caso de haber marcado la casilla 14 (Otro) en el campo anterior, registre en este campo la afectación sufrida)	Relación	Estado civil	Régimen especial	Género	Discapacidad: Identifique la(s) discapacidad(es) de cada una de las personas en la actualidad	Pertenencia Étnica 1: Negro(a) o Afrocolombiano(a)	2: Consejo Comunitario	2: Gitano(a) ROM	2: Kumpania	3: Indígena	3: Etnia o Pueblo Indígena	3: Resguardo	4: Palenquero	5: Raizal del Archip. de San Andrés y Providencia	6: Ninguna	1, 2, 3, 4 o 5: Comunidad (si aplica)	Mujer cabeza de Familia	Gestante o Lactante
Jefe de Hogar					D D M M A A A A			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99													SI NO	SI NO
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)																													

15 Datos 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		

16 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 NO
Mensajes de voz a través del teléfono fijo SI NO
Mensajes a través de correo electrónico SI NO
Otro medio ¿Cuál?_____

NO VALIDO PARA DECLARACIÓN

NO VALIDO PARA DECLARACION