

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

FUD-AA000000000



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 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	Campos obligatorios			
	Departamento	Municipio	<input type="checkbox"/> 1 Procuraduría <input type="checkbox"/> 2 Personería	<input type="checkbox"/> 3 Defensoría	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A A A</td> </tr> </table>	Día		Mes	Año	D
Día	Mes	Año								
D	M	A A A								

Señor(a) funcionario(a), recuérdale 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:

- Si detecta que el (la) declarante no habla el español y requiere de un intérprete.
- 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.
- 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

Compareció: (Me llamo como está dicho y descrito)

5 *Identificación del (de la) declarante

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

6 Tipo y número del documento de identidad

7 Fecha de Nacimiento

Tipo Doc.	No. Documento de Identidad	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A A A</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	D	M	A A A
Día	Mes	Año						
D	M	A A A						

8 Datos de Contacto del (de la) Declarante

*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	

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	No. Anexo	Hecho	Número de Eventos
1	Atentado terrorista / Combates / 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 del conflicto armado		8	Secuestro	
4	Desaparición forzada		9	Tortura	
5	Desplazamiento forzado		10	Vinculación de Niños, Niñas y Adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	
6	Homicidio		11	Despojo y abandono forzado de tierras	
Otro (Especifique cuál en la siguiente casilla)			¿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).



“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 <small>Libertad y Orden</small>	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: 2012-04-02
		Versión: 02

FUD-AA000000000



HOJA 3 DE 4

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.

* 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.

Campos obligatorios

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”

 <p>UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS Libertad y Orden</p>	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: 2012-04-02
		Versión: 02

FUD-AA000000000



HOJA 4 DE 4

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.

33 **Confidencialidad de la Información:** De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 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.

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.

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

34 * Declarante

Firma _____

Nombre: _____

No. Documento de identidad:

35 * Funcionario (a)

Firma _____

Nombre: _____

Cargo: _____

No. Doc. de identidad:

Huella Dáctilar Declarante

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:

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						
	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>D D</td> <td>M M</td> <td>A A A A</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	D D	M M	A A A A
Día	Mes	Año					
D D	M M	A A A A					

Confidencialidad de la Información: De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 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 tomar 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.



Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

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.

2. Amenaza

1. Relacione la fecha y lugar de los hechos												
Fecha (Si no es precisa, aproxíme mes y/o año)			Lugar		Entorno							
			Departamento	Municipio	Urbano			Rural				
					Barrio	Localidad o Comuna		Vereda	Corregimiento			
D	D	M	M	A	A	A	A	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Lugar	Nombre Empleador
														Departamento	
														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									
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación		Indique la Entidad											¿Ha solicitado medidas de protección?		¿Le han brindado medidas de protección?		¿Desde cuándo goza de dicha medida?		¿Han continuado con las amenazas?							
						Fiscalía	Ministerio del Interior	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No sabe	No responde	Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxíme mes y/o año)	Lugar denuncia o declaración	Registre en caso de conocer el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración		SI	NO	SI	NO			SI	NO				
				13	14									D	D	M	M	Departamento							D	D	M	M		
				15										A	A	A	A	Municipio							A	A	A	A		

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

				13	14									D	D	M	M	Departamento					D	D	M	M		
				15										A	A	A	A	Municipio					A	A	A	A		
				13	14									D	D	M	M	Departamento					D	D	M	M		
				15										A	A	A	A	Municipio					A	A	A	A		
				13	14									D	D	M	M	Departamento					D	D	M	M		
				15										A	A	A	A	Municipio					A	A	A	A		
				13	14									D	D	M	M	Departamento					D	D	M	M		
				15										A	A	A	A	Municipio					A	A	A	A		





Departamento Administrativo
para la Prosperidad Social

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.

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

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 Sisben?			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	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.

9	10	11	12 Declaración o denuncia previa								13 Delito sexual del cual fue víctima					14 Atención Médica																													
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					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 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		¿Solicitó 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				
				2	3	4	5	6	7	8					SI	NO	Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabes	No Responde	D	D	M	M	Departamento						SI	NO	Entidad	SI	NO					
				9	10	11	12	13	14	15																A	A	A	A	Municipio								Departamento							

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

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



 <p>Departamento Administrativo para la Prosperidad Social</p>	<p>FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS</p> <p>Registro Único de Víctimas</p>	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.

5. Desplazamiento Forzado

Campos obligatorios

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos					
Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año) D D M M A A A A		Lugar Departamento Municipio		Entorno Urbano Rural	
				Localidad o Comuna Barrio Corregimiento Vereda	

2 Con respecto a estos hechos usted o alguno de los miembros del hogar había presentado declaración o denuncia:																		
1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Entidad</th> </tr> <tr> <td>1 Defensoría del Pueblo</td> <td>2 Personería Municipal</td> <td>3 Procuraduría</td> </tr> <tr> <td>4 Fiscalía</td> <td>5 Inspección de Policía</td> <td>6 Policía</td> </tr> <tr> <td>7 Despacho Judicial (MIJ)</td> <td>8 Otro ¿Cuál?</td> <td></td> </tr> </table>	Entidad			1 Defensoría del Pueblo	2 Personería Municipal	3 Procuraduría	4 Fiscalía	5 Inspección de Policía	6 Policía	7 Despacho Judicial (MIJ)	8 Otro ¿Cuál?		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Lugar</th> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>Municipio</td> </tr> </table>	Lugar		Departamento	Municipio
Entidad																		
1 Defensoría del Pueblo	2 Personería Municipal	3 Procuraduría																
4 Fiscalía	5 Inspección de Policía	6 Policía																
7 Despacho Judicial (MIJ)	8 Otro ¿Cuál?																	
Lugar																		
Departamento	Municipio																	
<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Denuncia</th> </tr> <tr> <td colspan="3">(Si no es precisa, aproxime mes y/o año)</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>D D M M A A A A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha de Denuncia			(Si no es precisa, aproxime mes y/o año)			Día	Mes	Año	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					
Fecha de Denuncia																		
(Si no es precisa, aproxime mes y/o año)																		
Día	Mes	Año																
D D M M A A A A																		

3 Tipo de desplazamiento 1 <input type="checkbox"/> Individual 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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)																													
<table border="1"> <tr><th>Evento</th><th>Seleccione</th></tr> <tr><td>Amenazas e Intimidaciones</td><td></td></tr> <tr><td>Atentados a Bienes e Infraestructura</td><td></td></tr> <tr><td>Atentados a Personas</td><td></td></tr> <tr><td>Combates</td><td></td></tr> <tr><td>Desapariciones Forzadas</td><td></td></tr> <tr><td>Enfrentamientos</td><td></td></tr> <tr><td>Homicidios</td><td></td></tr> </table>	Evento	Seleccione	Amenazas e Intimidaciones		Atentados a Bienes e Infraestructura		Atentados a Personas		Combates		Desapariciones Forzadas		Enfrentamientos		Homicidios		<table border="1"> <tr><th>Evento</th><th>Seleccione</th></tr> <tr><td>Masacres</td><td></td></tr> <tr><td>Presencia o accidentes con minas antipersonal/municiones sin explotar y artefacto explosivo improvisado</td><td></td></tr> <tr><td>Reclutamiento forzado y o vinculación de niños, niñas o adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados</td><td></td></tr> <tr><td>Secuestro toma de rehenes</td><td></td></tr> <tr><td>Otra ¿Cuál?</td><td></td></tr> </table>	Evento	Seleccione	Masacres		Presencia o accidentes con minas antipersonal/municiones sin explotar y artefacto explosivo improvisado		Reclutamiento forzado y o vinculación de niños, niñas o adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados		Secuestro toma de rehenes		Otra ¿Cuál?	
Evento	Seleccione																												
Amenazas e Intimidaciones																													
Atentados a Bienes e Infraestructura																													
Atentados a Personas																													
Combates																													
Desapariciones Forzadas																													
Enfrentamientos																													
Homicidios																													
Evento	Seleccione																												
Masacres																													
Presencia o accidentes con minas antipersonal/municiones sin explotar y artefacto explosivo improvisado																													
Reclutamiento forzado y o vinculación de niños, niñas o adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados																													
Secuestro toma de rehenes																													
Otra ¿Cuál?																													

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

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 Departamento Municipio		Entorno Urbano Rural			
		Localidad o Comuna Barrio Corregimiento Vereda			

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? SI NO		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11) ¿Se desplazo? SI NO		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11) ¿Se desplazo? SI NO		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11) ¿Se desplazo? SI NO		No, Consecutivo (Hoja 2-item 11) ¿Se desplazo? 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)			11 ¿Dónde estudiaban sus hijos? (si aplica)			12 ¿Le aplicaron la encuesta del Sisben?								
SI	NO	NS/NR	Lugar Departamento Municipio		Lugar Departamento Municipio		Institución Educativa		SI	NO	NS/NR	Lugar Departamento Municipio		Nivel (Si lo conoce)

13 ¿Estaba inscrito en el programa (Familias en Acción)?				14 ¿Se encontraba vinculado al sistema de Salud?				15 Indique el lugar en el cual desempeñaba sus actividades laborales								
SI	NO	NS/NR	Lugar Departamento Municipio		Entidad en la cual cobra		SI	NO	NS/NR	Lugar Departamento Municipio		Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar Departamento Municipio		Nombre Empleador

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.



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
Versión: 01

Registro Único de Víctimas

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 Artefacto Explosivo Improvisado

1 Relacione la fecha y lugar de los hechos

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

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):

- Daño en bienes inmuebles o muebles
- Fracturas
- Heridas o laceraciones
- Infección
- Muerte
- Parálisis total o parcial
- Pérdida de la audición total o parcial
- Pérdida de la vista total o parcial
- Pérdida del habla total o parcial
- Pérdida o amputación de algún miembro u órgano
- Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.
- Quemaduras
- Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas
- Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos
- Otro

15. Actividad al momento del hecho:

- Agricultura
- Ganadería
- Tránsito por vía inusual
- Juego
- Recolección de comida, medicina
- Labores domésticas
- Militar
- Eradicación de cultivos ilícitos
- Desconocida
- 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 Sisbé?		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	Lugar		Institución Educativa		SI	NO	Lugar		Entidad en la cual cobra	
NS/NR		Departamento	Departamento			SI	NO	Departamento	Tipo Afiliación 1. Subsidiado 2. Contributivo		Lugar
		Municipio	Municipio					Municipio	1	2	Departamento
											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 No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	10 Víctima de este hecho	11 Estado de la víctima luego del accidente	12 Afectado	13 Afectación								14 Declaración o denuncia previa							15 Tipo de Accidente			16 Menores Desprotegidos			17 Atención Médica			
				Tipo de Afectación								Indique la Entidad							Mina Antipersonal			¿Con ocasión a estos hechos, algún niño, niña o adolescente quedó huérfano?			En caso afirmativo indique si quedó huérfano de:		Recibió atención médica?	
	Muerto	Herido		1	2	3	4	5	6	7	8	Fiscalía, PAICMA, Inspección de Policía, Policía, Personería Municipal, Defensoría del pueblo, Procuraduría, No Sabe, No Responde							Mina Antipersonal, Munición sin explotar, Artefacto explosivo improvisado			SI, NO			De Padre, De Madre, Padre y Madre		SI, NO	
				9	10	11	12	13	14	15	Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)							Lugar denuncia o declaración			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad		
												Departamento							Departamento			SI, NO			Departamento			
												Municipio							Municipio			SI, NO			Municipio			

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

	Muerto	Herido		1	2	3	4	5	6	7	8	SI, NO							SI, NO			De Padre, De Madre, Padre y Madre			SI, NO			
				9	10	11	12	13	14	15	Departamento							Departamento			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad		
												Municipio							Municipio			SI, NO			Departamento			
												Departamento							Departamento			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad	
												Municipio							Municipio			SI, NO			Departamento			
												Departamento							Departamento			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad	
												Municipio							Municipio			SI, NO			Departamento			
												Departamento							Departamento			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad	
												Municipio							Municipio			SI, NO			Departamento			
												Departamento							Departamento			Nombre del menor			De Padre, De Madre, Padre y Madre		Entidad	
												Municipio							Municipio			SI, NO			Departamento			





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
Versión: 01

Registro Único de Víctimas

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

1. Relacione la fecha y lugar de los hechos										11. Tipo de afectación (Selección múltiple):												
Fecha (Si no es precisa, aproxime mes y/o año)					Lugar					Entorno					2 Fracturas		8 Pérdida de la vista total o parcial		12 Quemaduras			
					Departamento					Urbano					3 Heridas o laceraciones		9 Pérdida del habla total o parcial		13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas			
					Municipio					Barrio		Localidad o Comuna			Vereda		Rural		10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano		14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos	
																			11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.		15 Otro	
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A						4 Infección							
															5 Muerte							
															6 Parálisis total o parcial							
															7 Pérdida de la audición total o parcial							

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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Lugar	
NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	Lugar	
Lugar		Lugar		Institución Educativa		Lugar		Entidad en la cual cobra		Lugar	
Departamento		Departamento				Departamento		1. Subsidiado		Lugar	
Municipio		Municipio				Municipio		2. Contributivo		Municipio	
										Nombre Empleador	

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. Afectación								13. Declaración o denuncia previa								14. Datos del Secuestro				15. LIBERTAD DE LA VÍCTIMA													
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Marque con un X la persona secuestrada	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación								Indique la Entidad								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?							
					2	3	4	5	6	7	8	Fiscalía, Dirección Operativa para la defensa de la libertad personal, Inspección de Policía, Policía, Personería Municipal, Defensoría del pueblo, Procuraduría, No Sabe, No Responde								Lugar denuncia o declaración						Registre en caso de conocerlo el código de proceso, radicado o algún dato de la denuncia o declaración		Cautivo		Libre		Muerto		Rescate		Liberación	
					2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	D	D	M	M	Departamento	Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?	SI	NO	Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga	D	D	M	M	
					9	10	11	12	13	14	15			A	A	A	A	Municipio	Extorsivo																		

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

					2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	D	D	M	M	Departamento	Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?	SI	NO	Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga	D	D	M	M		
					9	10	11	12	13	14	15			A	A	A	A	Municipio	Extorsivo																			
					2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	D	D	M	M	Departamento	Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?	SI	NO	Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga	D	D	M	M		
					9	10	11	12	13	14	15			A	A	A	A	Municipio	Extorsivo																			
					2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	D	D	M	M	Departamento	Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?	SI	NO	Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga	D	D	M	M		
					9	10	11	12	13	14	15			A	A	A	A	Municipio	Extorsivo																			
					2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	D	D	M	M	Departamento	Simple	Extorsivo	Económica	Política	¿Cuál?	SI	NO	Cautivo	Libre	Muerto	Rescate	Liberación	Liberación por presión	Fuga	D	D	M	M		
					9	10	11	12	13	14	15			A	A	A	A	Municipio	Extorsivo																			





Departamento Administrativo
para la Prosperidad Social

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.

9. Tortura

1. Relacione la fecha y lugar de los hechos										11. Tipo de afectación (Selección múltiple):										
Fecha (Si no es precisa, aproxíme mes y/o año)					Lugar					Entorno					2 Fracturas		8 Pérdida de la vista total o parcial		12 Quemaduras	
					Departamento					Urbano					3 Heridas o laceraciones		9 Pérdida del habla total o parcial		13 Trastornos psicológicos o psiquiátricos que afectan notablemente el funcionamiento o desempeño en las actividades cotidianas	
D D M M A A A A										Barrio					4 Infección		10 Pérdida o amputación de algún miembro u órgano		14 Disminución o pérdida de sus fuentes de ingresos	
										Localidad o Comuna					5 Muerte		11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audición o habla.		15 Otro	
										Vereda					6 Parálisis total o parcial					
										Corregimiento					7 Pérdida de la audición total o parcial					

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 aplicarían 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	Lugar			Lugar			Lugar			Lugar			Lugar	
		Departamento			Departamento			Departamento			Departamento			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 Afectación				11 Declaración o denuncia previa										12 Atención Médica																	
No. Consecutivo (Hoja 2-Item 11)	Víctima de este hecho	Afectado	No Afectado	Tipo de Afectación				Indique la Entidad										¿Recibió atención médica?		Indique la entidad en que recibió la atención y el departamento y municipio en que esta entidad está ubicada		¿Solicitó 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							
				2	3	4	5	6	7	8	Fiscalía	Medicina Legal	Inspección de Policía	Policía	Personería Municipal	Defensoría del pueblo	Procuraduría	No Sabe	No Responde	Fecha denuncia o declaración (Si no es precisa, aproxíme 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	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
				9	10	11	12	13	14	15									D	D	M	M	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO				
																			A	A	A	A	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									D	D	M	M	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				9	10	11	12	13	14	15									A	A	A	A	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				2	3	4	5	6	7	8									D	D	M	M	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				9	10	11	12	13	14	15									A	A	A	A	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				2	3	4	5	6	7	8									D	D	M	M	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				9	10	11	12	13	14	15									A	A	A	A	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				2	3	4	5	6	7	8									D	D	M	M	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		
				9	10	11	12	13	14	15									A	A	A	A	SI	NO	Entidad	Departamento	Municipio	SI	NO	SI	NO		

Campos obligatorios

Víctima 1

DECLARACIÓN DE VÍCTIMA



 <p>Departamento Administrativo para la Prosperidad Social Libertad y Orden</p>	<p>FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS</p> <p>Registro Único de Víctimas</p>	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.

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

Informe al (a) 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) 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.

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, aproxíme mes y/o año)	Lugar		Entorno			
	Departamento	Municipio	Urbano		Rural	
D D M M A A A A			Localidad o Comuna	Barrio	Corregimiento	Vereda

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 Defensoría del Pueblo	2 Personería Municipal	3 Procuraduría
4 Fiscalía	5 Inspección de Policía	6 Policía
7 Despacho Judicial (MIJ)	8 Otro ¿Cuál? _____	

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

Lugar	
Departamento	Municipio

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).

No. Consecutivo (Hoja 2-ítem 11)	4 Tipo de Inmueble	5	6 Localización		6 Tipo de Tenencia	7	8 Unidad de Área				
			Lugar	Urbano			Rural	Nombre / Dirección	8 Área	Unidad de área	
	1. Tierra / Lote sin vivienda 2. Tierra / Lote con vivienda		Departamento	Barrio	Vereda			1 Hectáreas	3 Fanegadas	5 Cuadras	99 No Responde
			Municipio	Localidad o Comuna	Corregimiento			2 Metro cuadrado	4 Plazas	98 No Sabe	
			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)?	10 En caso de que su Tierra / Lote le haya sido despojado(a), indique el tipo y autor del despojo	11 Su Tierra / Lote actualmente se encuentra:
1 SI 98 No sabe 2 NO 99 No Responde Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 12	¿Quién? 1 Despojo material ¿Qué entidad? 2 Despojo administrativo ¿Qué juzgado? 3 Despojo judicial ¿Quién? 4 Despojo mediante negocio privado	1 Explorado o habitado por usted mismo 2 Explorado o habitado por un tercero sin su consentimiento 3 Explorado o habitado por un tercero con su consentimiento 4 Abandonado 98 No Sabe

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).

No. Consecutivo (Hoja 2-ítem 11)	14 Tipo de Bien	15 Descripción	16 Tipo de Tenencia	17 Cantidad
	1. Semovientes 2. Muebles, enseres y electrodomésticos		16. Tipo de tenencia 1. Propiedad 3. Tenencia 2. Posesión	

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



“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 12



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

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

NO VALIDO PARA DECLARACION