**ACTA DE NO CONTACTABILIDAD**

El día \_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el director territorial, (INCLUIR EL NOMBRE DEL DIRECTOR TERRITORIAL), identificado con documento de identidad cédula de ciudadanía No. (INCLUIR EL NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL DIRECTOR TERRITORIAL) de la Dirección Territorial (INCLUIR LA DIRECCION TERRITORIAL CORRESPONDIENTE), junto con el profesional/colaborador designado para esta labor (INCLUIR EL NOMBRE DEL PROFESIONAL/COLABORADOR) identificado con documento de identidad cédula de ciudadanía No. (INCLUIR EL NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PROFESIONAL/COLABORADOR), por medio del presente documento se deja constancia de las acciones de contactabilidad realizadas con el fin de lograr la localización de la(s) víctima(s) que se relaciona(n) a continuación, notificar la carta de pago y materializar la entrega de la medida de indemnización.

En su orden, se relacionan las acciones de contactabilidad realizadas para lograr el contacto y/o ubicación de la(s) siguiente(s) persona(s), haciendo la salvedad que se salvaguardó la confidencialidad de la información de la víctima:

(DILIGENCIAR LA SIGUIENTE TABLA DE FORMA LEGIBLE)

| **Nombre Completo de la Víctima** | **Documento de identidad de la víctima** | **Radicado de la solicitud de indemnización** | **Acción de contactabilidad realizada** | **Resultado** | **fecha** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

La presente constancia, se firma el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCLUIR EL NOMBRE DEL DIRECTOR TERRITORIAL

CC No. XXXXXXXXXXX

DIRECTOR TERRITORIAL DE XXXXXXXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCLUIR EL NOMBRE DEL PROFESIONAL/COLABORADO

C.C. No. XXXXXXXXXXX

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA DE CONTACTABILIDAD:**

1. En el cuadro propuesto por favor relacione los datos de la(s) persona(s), respecto de las cuales se realizó las acciones de contactabilidad.
2. El radicado tal como aparece en la base indemniza.
3. Tipo y documento de identidad de la Víctima.
4. Actividades que la Dirección Territorial desarrolló para contactar a la persona, tales como:

* Rastreo y acopio de información (como y donde encontró datos de la víctima).
* Remisión de correo electrónico (indicar correo electrónico enviado).
* Mensajes de texto (indicar el número celular y a quien pertenece).
* Comunicación con familiares (indicar el parentesco con relación a la víctima a localizar).
* Comunicación con Ministerio público (Nombre del personero Municipal y el municipio al que pertenece).
* Apoyo en bases gubernamentales, (relacione la fuente de datos).
* Colaboración con entidades públicas, etc. (relacione nombre del funcionario público y la entidad).
* Contacto con líder comunitario (Nombre del líder y de la comunidad).

1. En la casilla “Resultado”, haga una breve descripción de los resultados obtenidos con las mencionadas acciones.

**ANEXOS:**

**Anexo 1:** Instructivo para la gestión de casos de víctimas no localizadas o fallecidas sin soporte de fallecimiento.

**Control de cambios:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha del cambio** | **Descripción de la modificación** |
| V1 | 28/04/2022 | * Creación del formato |