*Municipio y Departamento:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de apoyo personal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, persona con discapacidad identificado (a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia por medio del presente documento, que mi calidad de apoyo personal ha sido reconocida por la Unidad para las Víctimas, de acuerdo con los resultados del procedimiento de valoración de apoyos, y en consecuencia me comprometo a realizar actos de conservación, administración y disposición del dinero recibido de la Unidad para las Víctimas por concepto de indemnización administrativa otorgada a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme a la voluntad y preferencias de la víctima propendiendo por su bienestar, inclusión social y la realización de su proyecto de vida propio.

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

Firma del APOYO

C.C.

**CONTROL DE CAMBIOS:**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 16/10/2019 | Creación del Formato. |