**ACTA DE CIERRE DEL PLAN DE RETORNO Y REUBICACIÓN DE COMUNIDADES NO ÉTNICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ID** | **NOMBRE DE LA COMUNIDAD** |
| *ID Plan* | *Nombre Completo de la comunidad acompañada* |
| *Lugar; departamento, municipio, vereda /corregimiento:* |
| *Fecha:* |

En cumplimiento de la Ley 1448 de 2011, la Sección 8 del Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015 y atendiendo lo indicado en el artículo 42 de la Resolución 03320 de 2019, junto con su anexo técnico, se realiza el cierre del Plan de Retorno y Reubicación de la comunidad **XXXX** aprobado a través del Comité Territorial de Justicia Transicional del **MUNICIPIO/DPTO** el día Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Se debe indicar que mediante Acta No. **XXX** del **XX** del mes de **XXXXX** de 202**X** del Comité Territorial de Justicia Transicional del municipio de **XXXXXXX** departamento de **XXXX**, se aprobó la actualización del plan de retorno y reubicación de la comunidad de **XXXXXXXXX**.

Una vez cumplidas las acciones ejecutadas en el mencionado Plan de retorno y reubicación, se realizó el balance del acompañamiento, cuyos resultados fueron los siguientes:

* **Avance con relación a la contribución de superación de situación de vulnerabilidad**: En este sentido, XXX personas avanzaron en acceso a los diferentes derechos relacionados en el componente de Superación de Situación de Vulnerabilidad.
* **Avance en el proceso de integración comunitaria y arraigo territorial**: Se relacionan a continuación las acciones contenidas en el Plan de Retorno y Reubicación actualizado en el Comité Territorial de Justicia Transicional del municipio de **XXXXXXX** departamento de **XXXX,** realizado el día Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

| **ACCIONES** | **FECHA DE IMPLEMENTACIÓN** | **ESTADO** | **SOPORTE** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*Se pueden incluir o eliminar filas, de acuerdo con lo que se requiera.

Una vez socializado el balance de su plan de retorno y reubicación, los miembros de la comunidad **XXXXXX** del Municipio de **XXXXX** Departamento de **XXXXX**, realizaron la firma del acta, validando el cumplimiento de las acciones acordadas dentro del mismo, igualmente, se definió de manera conjunta la fecha y las actividades a desarrollar en el acto simbólico de cierre.

En este sentido, el cierre implica que se ha acompañado a las personas víctimas de desplazamiento forzado que hacen parte de la Comunidad **XXXXX** (Anexo 1. Identificación poblacional), en su decisión de retornar y reubicarse, por lo cual las personas no recibirán un nuevo acompañamiento, salvo en los casos en los cuales se presente un nuevo hecho de desplazamiento forzado reconocido en el RUV.

Por consiguiente, los miembros de la comunidad **XXXXX** manifiestan conocer de la implementación de las acciones relacionadas en su Plan Retorno y Reubicación y avalan su cumplimiento como parte del acompañamiento institucional al derecho que les asiste por ser víctimas de desplazamiento forzado. En este sentido, con la firma de la presente acta, validan el cumplimiento de las acciones del Plan Retorno y Reubicación y avalan el cierre de éste.

Con la implementación de las acciones del Plan de retorno y reubicación en mención, se contribuyó a la implementación del Plan de Acción para la Transformación Regional (PATR) de la zona **XXXXXXXX**, de manera particular a la(s) siguiente(s) iniciativa(s):

| Nombre de la acción del plan RYR | CÓDIGO INICIATIVA | NOMBRE INICIATIVA |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Nota:** este diligenciamiento solo aplica con municipios PDET.

\*Se pueden incluir o eliminar filas, de acuerdo con lo que se requiera.

La (s) entidad (es) que intervinieron en el proceso de acompañamiento del plan de retorno y reubicación de la presente comunidad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Nombre de la entidadoNombre Secretaría de Despacho | TipoPública o Privada |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 \*Se pueden incluir o eliminar filas, de acuerdo con lo que se requiera.

| **DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA JORNADA EN DONDE SE FIRMA ESTA ACTA** |
| --- |
| *En este apartado se debe describir detalladamente cómo se desarrolló la jornada en donde se hace el balance de la implementación del Plan de Retorno y Reubicación, y el respectivo cierre. Se deberá tener en cuenta como mínimo, la agenda de la jornada. y una descripción del balance cualitativo que realiza la comunidad respecto de la implementación del plan.*  |

De acuerdo con lo descrito en esta acta de cierre, los y las abajo firmantes declaramos, que el Plan de Retorno y Reubicación de la comunidad **XXXXX** se cumplió en su totalidad, a través de la implementación de las acciones o bienes y servicios acordados con la comunidad y las entidades del SNARIV.

Por parte de la comunidad:

| **NOMBRE COMPLETO** | **DOCUMENTO** | **CARGO / ROL** | **TÉLEFONO** | **FIRMA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Se pueden incluir o eliminar filas, de acuerdo con lo que se requiera.

En representación de las entidades del SNARIV: Unidad para las Víctimas, Alcaldía Municipal y/o Gobernación Departamental y otras entidades nacionales o territoriales:

| **NOMBRE COMPLETO** | **CARGO** | **ENTIDAD** | **TÉLEFONO / EXT** | **FIRMA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Se pueden incluir o eliminar filas, de acuerdo con lo que se requiera.

La presente acta se firma el día Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.**, en MUNICIPIO/DPTO.**

**CONTROL DE CAMBIOS:**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 10/12/2021 | * Creación del formato
 |