“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 afectan 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

1	2		3		4		5	6	7	8	9
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
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				
Grupo familiar y/o demás víctimas (si las hay)											
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				
					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				

Enfoque Diferencial

10	11	12											13	14
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
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 98 99												SI NO	SI NO

15 Datos de Contacto

*Dirección residencia o correspondencia	Barrio	Vereda
*Departamento	*Municipio	

Número teléfonico 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 teléfonico 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?_____