

	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON PUTUMAYO – ACIMVIP SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS	Código:
		Versión: 1.0

1. PERSONA CON LA CUAL SE PERDIÓ EL CONTACTO

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
Apodo / Alias: _____ **Grupo étnico:** ☐ Indígena **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro
Lugar de nacimiento: _____ **Fecha de nacimiento:**
Documento de identidad: ☐ Cédula ☐ C.E. ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Registro Civil ☐ No tiene
Número: _____ **Lugar de expedición:** _____ **Estado civil:** _____
Pueblo o etnia: _____ **Subgrupo étnico** (familia, clan, otro): _____
Nivel educativo: _____ **Ocupación:** _____
Última dirección conocida: _____
Vereda / Corregimiento / Barrio: _____ **Municipio:** _____
Resguardo: _____ **Departamento:** _____
Estatura: _____ **Características particulares:** Visibles de la persona como: prótesis, tatuajes, tuerto, manco, cicatriz en la cara, dentadura, etc. _____
Nombre completo de la Madre: _____
Nombre completo del Padre: _____

2. SITUACIÓN QUE CAUSO LA PÉRDIDA DE NOTICIAS O CONTACTO

A. Conflicto Armado: ☐ Desaparición forzada (toma contra su voluntad) ☐ Secuestro u otra privación de libertad
☐ Reclutamiento forzado ☐ Desplazamiento forzado ☐ Muerte en Hostilidades ☐ Búsqueda de restos humanos
B. ☐ Desastre natural o antrópico **C. ☐ Migración / Trata de personas** **D. ☐ Sin información**
D. ☐ Otras situaciones de violencia: _____

3. PRESUNTO PERPETRADOR O RESPONSABLE DE LA DESAPARICIÓN

Nivel de Certeza: ☐ Seguro ☐ Posible Si el solicitante no lo conoce con precisión consultar con los equipos en terreno para determinar el posible perpetrador, aclarar si hay varios responsables, o si se recolectó la información con el análisis de contexto...
☐ FARC-EP ☐ Disidencias ☐ ELN ☐ EPL ☐ AUC ☐ AGC ☐ Banda Armada ☐ Cartel/Mafia
Bloque, frente, columna: _____ ☐ desconocido
Fuerza Pública: ☐ Ejército Nacional ☐ Armada o marina ☐ Fuerza Aérea ☐ Policía Nacional ☐ ESMAD
División, brigada, batallón: _____
☐ Fiscalía General de la Nación / CTI ☐ Instituto de Medicina Legal ☐ DAS ☐ F2 ☐ Desconocido ☐ Otro

4. CIRCUNSTANCIAS DE LA PÉRDIDA DE CONTACTO

A. Lugar de desaparición: Dirección _____ **Fecha de desaparición:**
Barrio / Vereda / Corregimiento _____
Resguardo _____ Municipio _____ Departamento _____

	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON PUTUMAYO – ACIMVIP SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS	Código:
		Versión: 1.0

B. Circunstancias exactas de la ruptura de contacto:

Describir acciones realizadas por el solicitante/familia con respecto a la búsqueda y fuera de la ruta estatal; también señalar fecha, lugar e índole de las últimas noticias.

5. OTRA PERSONA DESAPARECIDA EN EL EVENTO BUSCADA POR EL MISMO SOLICITANTE

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
Apodo / Alias: _____ **Grupo étnico:** ☐ Indígena **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro
Lugar de nacimiento: _____ **Fecha de nacimiento:**
Documento de identidad: ☐ Cédula ☐ C.E. ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Registro Civil ☐ No tiene
Número: _____ **Lugar de expedición:** _____ **Estado civil:** _____
Pueblo o etnia: _____ **Subgrupo étnico** (familia, clan, otro): _____
Nivel educativo: _____ **Ocupación:** _____
Última dirección conocida: Dirección _____ Barrio / Vereda / Corregimiento _____
Resguardo _____ Municipio _____ Departamento _____ País _____
Estatura: _____ **Características particulares:** Visibles de la persona como: prótesis, tatuajes, tuerto, manco, cicatriz en la cara, dentadura, etc. _____
Nombre completo de la Madre: _____
Nombre completo del Padre: _____

6. TESTIGO DEL EVENTO

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
Nacionalidad: ☐ Colombiana ☐ Otra: _____ **Grupo étnico:** ☐ Indígena **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro
Pueblo o etnia: _____ **Subgrupo étnico** (familia, clan, otro): _____
Dirección de residencia: Dirección _____ Barrio / Vereda / Corregimiento _____
Resguardo _____ Municipio _____ Departamento _____ País _____
Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro **Número:** _____ ; _____ ; _____
E-mail: _____ **Organización** (cabildo, AATIS, otro): _____
Nivel educativo: _____ **Ocupación:** _____

	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON PUTUMAYO – ACIMVIP SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS	Código:
		Versión: 1.0

7. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
Nacionalidad: ☐ Colombiana ☐ Otra: _____ **Grupo étnico:** ☐ Indígena **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro
Lugar de nacimiento: _____ **Fecha de nacimiento:**
Documento de identidad: ☐ Cédula ☐ C.E. ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Registro Civil ☐ No tiene
Número: _____ **Lugar de expedición:** _____ **Estado civil:** _____
Pueblo o etnia: _____ **Subgrupo étnico** (familia, clan, otro): _____
Nivel educativo: _____ **Ocupación:** _____
Dirección de residencia: _____
Vereda / Corregimiento / Barrio: _____
Municipio: _____ **Departamento:** _____ **País:** _____
Resguardo: _____ **Organización:** _____
Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro **Número:** _____ ; _____ ; _____
E-mail: _____ **Institución educativa:** _____
La persona buscada es mi: _____ parentesco / afinidad / allegado

8. OTRAS PERSONAS DE CONTACTO (EN EL CASO QUE NO SEA POSIBLE LOCALIZAR EL SOLICITANTE)

Nombres: _____ **Apellidos:** _____
Nacionalidad: ☐ Colombiana ☐ Otra: _____ **Grupo étnico:** ☐ Indígena **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro
Pueblo o etnia: _____ **Organización** (cabildo, AATIS, otro): _____
Dirección de residencia: Dirección _____ Barrio / Vereda / Corregimiento _____
Resguardo _____ Municipio _____ Departamento _____ País _____
Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro **Número:** _____ ; _____ ; _____
E-mail: _____ **Relación con el solicitante:** _____ familiar / amigo / vecino

9. ACCIONES EMPRENDIDAS POR LOS FAMILIARES PARA LA BÚSQUEDA

- ☐ **Mecanismo de Búsqueda Urgente (MBU):** Fiscales o jueces de la república.
- ☐ **Denuncia o Noticia Criminal:** Fiscalía (CTI, URI, SAU) / Policía (SIJIN, DIJIN)
- ☐ **Reporte de desaparición SIRDEC - Registro Nacional de Desaparecidos:** Medicina Legal
- ☐ **Toma de muestras biológicas (ADN):** Medicina Legal, Fiscalía General, Policía Nacional
- ☐ **Declaración de víctima individual (o colectiva) al Ministerio Público:** Personería, Defensoría, Procuraduría
- ☐ **Declaración de la desaparición a la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas**
- ☐ **Declaración de la desaparición al Comité Internacional de la Cruz Roja** o ☐ **Cruz Roja Colombiana**

Número,
fecha y lugar
del Reporte

SPOA/NUNC: _____ **MBU:** _____
Entrevista/Declaración/N° de inclusión RUV/Radicado: _____

	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON PUTUMAYO – ACIMVIP SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS	Código:
		Versión: 1.0

10. EN CASO DE SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE RESTOS HUMANOS

La familia conoce la ubicación del cuerpo: ☐ SÍ (Llenar Anexo de Sitio de Entierro) ☐ NO

¿Cuándo fue el entierro? _____
 ¿Participó en el entierro? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿Fue testigo directo del entierro? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿Vio el momento en que el cuerpo estaba siendo enterrado? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿Vio a la víctima muerta en la fosa? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿Vio la fosa ya cubierta? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿Acepta señalar el sitio de entierro? ☐ SÍ ☐ NO (¿por qué?)
 ¿Conoce a otros testigos directos del entierro? ¿Quiénes? ☐ SÍ ☐ NO
 ¿La comunidad esta dispuesta a apoyar técnicamente la operación de recuperación? ☐ SÍ ☐ NO

11. DOCUMENTOS ANEXOS APORTADOS POR EL SOLICITANTE

☐ Cédula ☐ Registro Civil ☐ Fotografía reciente ☐ Otro: _____ ☐ Otro: _____

12. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ hago entrega de la información personal de [nombre del desaparecido] _____ y autorizo libremente a la ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZÓN PUTUMAYO (ACIMVIP) para que utilice la información suministrada, para adelantar el proceso de búsqueda de la persona cuyo paradero se desconoce. Mi información de contacto y la información de la persona buscada pueden ser compartidas exclusivamente para efectos de la búsqueda con carácter humanitario a:

- | | |
|--|---|
| A. Comisión de Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas (CDDHHPI) | SI ☐ NO ☐ |
| B. Unidad de Búsqueda de Personas dadas por desaparecidas (UBPD) | SI ☐ NO ☐ |
| C. Comisión de Búsqueda de Personas Desaparecidas (CBPD) | SI ☐ NO ☐ |
| D. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) o Cruz Roja Colombiana (CRC) | SI ☐ NO ☐ |
| E. Fiscalía General de la Nación / Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses | SI ☐ NO ☐ |

Solicito y/o autorizo la activación del Mecanismo de Búsqueda Urgente (Ley Estatutaria 971 de 2005): SI ☐ NO ☐

Es de mi conocimiento y aprobación que cualquier información sensible proporcionada por mí a ACIMVIP es de carácter confidencial, y por lo tanto no podrá ser compartida con personas o instituciones que no estén relacionadas con la búsqueda de mi familiar desaparecido, y que cualquier resultado de su análisis y procesamiento me debe ser informado.

Entiendo que, al haber suministrado esta información confiable, es mi responsabilidad informar a ACIMVIP cualquier cambio de domicilio y/o adicionar información nueva que conozca sobre mi familiar desaparecido.

Firma del solicitante: _____

Nº de identificación: _____ Lugar y fecha: _____

13. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA (RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN)

Nombre entrevistador: _____ Fecha de recolección:

Profesión: _____ Organización: _____

Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro Número: _____ ; _____ ; _____

E-mail: _____ Grupo étnico: ☐ Indígena ☐ _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro