

	FORMATO DE ACEPTACIÓN DEL COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIO DE APLICATIVOS, HERRAMIENTAS O INFORMACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	CÓDIGO 520.06.15-15
	PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	VERSIÓN 01
	LINEAMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIOS DE APLICATIVOS, HERRAMIENTAS O INFORMACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	FECHA 14/12/2015
		PÁGINA

FORMATO DE ACEPTACIÓN DEL COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIO DE APLICATIVOS, HERRAMIENTAS O INFORMACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

Yo, _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía

No _____ expedida en _____, en mi condición de usuario de los aplicativos, herramientas o información dispuestos por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas relacionada con la población víctima del conflicto armado interno, entiendo y acepto las condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados en el documento "lineamiento de confidencialidad de usuarios de aplicativos, herramientas o información de la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas".

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma a los _____ () días del mes de _____ del año _____.*

Nombre del titular del Usuario:			
Cédula de Ciudadanía:			
Entidad y/o Empresa:	Dependencia/Operador:		
Cargo que desempeña:	Terminación vigencia usuario: (máx 31 de diciembre):		
Departamento:	Municipio:		
Teléfono fijo y/o Celular:			
Correo Electrónico:			
Firma del Titular del Usuario:			
Firma del Titular del Usuario:			

Se solicita acceso a (marcar con una X):

Modulo	Perfil		Horario	
Vivanto consulta individual	<input type="checkbox"/> Verificador	<input type="checkbox"/> Asistencial	<input type="checkbox"/> Lunes a Sábado	<input type="checkbox"/> Lunes A domingo
Vivanto Caracterización	<input type="checkbox"/> Supervisor	<input type="checkbox"/> Encuestador	<input type="checkbox"/> Lunes a Sábado	<input type="checkbox"/> Lunes A domingo
Otro cual:				

Solicitado por:

De acuerdo a la responsabilidad descrita para el colaborador designado de la Entidad, se da aval de la finalidad, pertinencia y validez del presente compromiso:

Nombre Colaborador designado:	
Cédula de Ciudadanía:	
Firma del Colaborador designado:	

Autorizado por: (solo para autorización de usuarios del nivel territorial)

De acuerdo a la responsabilidad descrita para el articulador territorial, se da aval de la finalidad, pertinencia y validez del presente compromiso:

Nombre Articulador territorial:	
Cédula de Ciudadanía:	
Firma del Articulador territorial:	

 UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	FORMATO DE ACEPTACIÓN DEL COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIO DE APLICATIVOS, HERRAMIENTAS O INFORMACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	CÓDIGO 520.06.15-15
	PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	VERSIÓN 01
	LINEAMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIOS DE APLICATIVOS, HERRAMIENTAS O INFORMACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	FECHA 14/12/2015
		PÁGINA

*Todos los campos sí obligatorios. La ausencia de un dato invalida la solicitud de creación de usuario.