**ACTA DE VOLUNTARIEDAD PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA NO ÉTNICOS**

Departamento, Municipio, corregimiento / vereda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: DD \_\_\_\_\_ MM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Seleccione*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en reconocimiento de su derecho a la reparación como sujeto colectivo, manifiesta de forma libre y democrática su voluntad dar inicio a al programa de reparación colectiva conforme a la Ley 1448 de 2011 y el Decreto reglamentario 4800 de 2011

Firman a los Click here to enter a date.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***No.*** | ***Nombre*** | ***Firma*** |
| 1 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS:  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 2 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 3 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN: |  |
| 4 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 5 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 6 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |
| 7 | NOMBRE COMPLETO  C.C.  CARGO/ROL:  TELS.  DIRECCIÓN/LUGAR DE RESIDENCIA: |  |

En representación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas firman los funcionarios:

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

***NOMBRE COMPLETO***

CARGO

DEPENDENCIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXOS** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Anexo 1** Control de cambios | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Versión** | **Ítem del cambio** | **Cambio realizado** | **Motivo del cambio** | **Fecha del cambio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |