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 “Acuerdo de confidencialidad de usuarios de herramientas tecnológicas 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 Usuario Titular: |  | | |
| Cédula de Ciudadanía: |  | | |
| Entidad y/o Empresa: |  | Dependencia/Operador: |  |
| Cargo que desempeña: |  | Terminación vigencia usuario:(Máximo 31 de diciembre): |  |
| Departamento: |  | Municipio: |  |
| Teléfono fijo y/o Celular: |  | | |
| Correo Electrónico: |  | | |
| Firma del Usuario Titular: |  | | |

Relacionar la herramienta a la cual solicita acceso, así como el perfil y horario (en caso que aplique):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herramienta** | | **Perfil** | **Horario** |
| 1 | SIGO | MIXTO | LUNES A DOMINGO |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

En caso de requerir acceso a más herramientas, diligencie el anexo 1: Lista de herramientas adicionales requeridas.

**Solicitado por:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Colaborador designado/ Enlace Unidad: |  |
| 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 Director Territorial, Enlace Territorial y Articulador Territorial, se da aval de la finalidad, pertinencia y validez del presente compromiso:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Articulador/ Director / Enlace territorial: |  |
| Cédula de Ciudadanía: |  |
| Firma del Articulador territorial: |  |

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

\*\* Sección no aplica para Acceso a Sistemas de Información administrados por la Subdirección de Valoración y Registro.