



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 1 de 8

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE. Lea con atención antes de diligenciar el formulario:

- Diligencie cada una de las secciones de este formulario.
- Diligencie este formulario en computador. De no ser posible, hágalo a mano en letra imprenta clara, legible, sin tachones ni enmendaduras.
- Envíe este formulario con sus anexos en un único documento, en formato PDF.

Los formularios que estén incompletos no entrarán a estudio.

1. Información personal de la persona solicitante

1.1. Datos personales

Primer Nombre		Otros Nombres	
Primer Apellido		Otros Apellidos	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre		
País de nacimiento		Ciudad de nacimiento	
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
			Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersex
¿Grupo poblacional?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Étnica <input type="checkbox"/> Religiosa <input type="checkbox"/> Pueblo Indígena <input type="checkbox"/> LGBTIQ+ <input type="checkbox"/> Otra		
Si aplica, especifique el nombre y los detalles del grupo al cual pertenece			
Género	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Otro _____		Nacionalidad
Nivel educativo máximo alcanzado	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria/secundaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo/Tecnológico <input type="checkbox"/> Pregrado/profesional <input type="checkbox"/> Posgrado/Maestría-Doctorado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
Área de conocimiento		Otra(s) Nacionalidad(es)	

1.2. Información migratoria La solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado se deberá presentar únicamente si quién solicita y sus beneficiarios se encuentran en territorio colombiano

Fecha de salida de país de origen	Día	Mes	Año
Fecha de su último ingreso a Colombia	Día	Mes	Año
Lugar por el cual ingresó a Colombia	Ciudad/municipio		
	Departamento		
Su último ingreso a Colombia fue de manera:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular (no ingresó por puesto de control migratorio)		
¿Se encuentra actualmente en territorio colombiano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha solicitado anteriormente una visa colombiana? (En caso afirmativo ingrese los datos de la última solicitud)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Solicitud	Día
		Tipo de visa	
		Estatus de visa	
¿Ha aplicado al permiso por protección temporal PPT? (únicamente para nacionales venezolanos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado PPT	
		Fecha Estado	Día
¿Ha solicitado refugio en Colombia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día	Mes
¿Ha solicitado refugio en un país diferente a Colombia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de solicitud	
		Fecha de solicitud	Día
		Estado de solicitud	



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:		FORMATO			CÓDIGO: DP-FO-273	
NOMBRE:		DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD			VERSIÓN: 3	
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:		GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO			Página 2 de 8	
¿Usted se encuentra privado/a de la libertad o en detención intramural?	<input type="checkbox"/> Sí	Lugar de detención				
	<input type="checkbox"/> No	Centro de reclusión				
En caso de ser citado/a a entrevista, por favor indique:	Preferencia de entrevistador		<input type="checkbox"/> Sin Preferencia <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
	Idioma de preferencia		<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____			
2. Información Adicional						
2.1. Documentos de identidad						
¿Cuenta con pasaporte?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuenta con documento(s) de identidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo , relacione a continuación cada uno de sus documentos de identidad, tales como pasaporte y/o documento de identidad (cédula, acta de nacimiento, DNI, etc.) expedido por su país de origen y/o nacionalidad(es):						
No.	País de expedición	Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Fecha de expedición	Fecha de vencimiento	Lugar de expedición
1						
2						
3						
En caso de no contar con documentos de identidad, indique el número de su(s) documento(s) de identidad y/o describa las razones por las cuales no cuenta o no puede aportar copia de estos.						
2.2. Datos de contacto de la persona solicitante						
País		Colombia		Teléfono fijo		
Ciudad o municipio				Teléfono móvil		
Correo(s) electrónico(s)* autorizado(s) para notificaciones y/o comunicaciones						
Es recomendable que la cuenta de correo electrónico que proporcione sea personal y no de uso compartido. Tenga en cuenta que la información de contacto suministrada servirá como medio, para notificarle cualquier novedad sobre el trámite de su solicitud de refugio. Por ello, la información proporcionada debe ser correcta.						
2.3 Situaciones especiales de la persona solicitante: ¿Se encuentra en alguna/s de las siguientes situaciones especiales?						
<input type="checkbox"/> Ninguna.		<input type="checkbox"/> Condición médica grave que requiere asistencia.		<input type="checkbox"/> Menor de edad no acompañado o separado de sus padres.		
<input type="checkbox"/> Persona en condición de discapacidad física, psicosocial, mental, sensorial y/o intelectual.		<input type="checkbox"/> Víctima y/o sobreviviente de violencia sexual y/o de género.		<input type="checkbox"/> Su vida se encuentra en inminente riesgo de homicidio, feminicidio o transfeminicidio por amenazas y/o violencia intrafamiliar.		
<input type="checkbox"/> Persona mayor de 60 años que no puede cuidar de sí misma.		<input type="checkbox"/> Víctima de trata de personas y/o tráfico de migrantes.		<input type="checkbox"/> Otra. Por favor especificar		
<input type="checkbox"/> Líder o lideresa social cuya vida se encuentra en riesgo de inminente riesgo.						
Si seleccionó alguna(s) de la(s) situaciones especiales, por favor describa detalladamente la situación a la que hace referencia y aporte los documentos que certifiquen esa situación.						



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 3 de 8

3. Tránsito

3.1 ¿Usted o alguna de sus personas de sus beneficiarias ha ingresado, transitado, permanecido o residido en un país diferente a Colombia después de haber ocurrido los hechos por los que teme regresar a su país? Sí No

En caso afirmativo, para cada uno de esos países, explique en detalle lo siguiente: ¿Cuál es el país a dónde ingresó, transitó, permaneció o residió después de haber ocurrido los hechos por los que teme regresar a su país?, ¿En qué fecha ingresó a ese país?, ¿En qué fecha salió de ese país?, ¿Por qué abandonó el territorio de ese país?, ¿En qué situación migratoria se encontraba?

4. Afiliaciones

4.1 ¿Usted y/o sus personas beneficiarias han pertenecido, colaborado o han estado asociados con alguno(s) de estos grupos en su país de origen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Fuerzas armadas | <input type="checkbox"/> Grupos o agremiaciones de empresarios |
| <input type="checkbox"/> Partidos políticos | <input type="checkbox"/> Cuerpos civiles armados | <input type="checkbox"/> Prensa y/o medios de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Grupos estudiantiles | <input type="checkbox"/> Organizaciones guerrilleras | <input type="checkbox"/> Organizaciones No Gubernamentales |
| <input type="checkbox"/> Sindicatos de trabajadores | <input type="checkbox"/> Grupos étnicos | <input type="checkbox"/> Grupos u organizaciones que representan una minoría sexual o de género |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones religiosas | <input type="checkbox"/> Grupos de defensores de Derechos Humanos | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) |

Si seleccionó alguno(s) de los grupos anteriores, describa el nivel de participación, colaboración o de liderazgo para cada una, así como las fechas y el tiempo durante el cual tuvo esta participación o involucramiento en cada grupo o actividad. También indique si esta participación o involucramiento continúa actualmente.

5. Direcciones (actual y anteriores)

5.1 Indique inicialmente su dirección actual en Colombia. Luego escriba, en orden del más reciente al más antiguo, los lugares donde residió o transitó antes de ingresar a Colombia

País	Departamento/ Ciudad	Dirección	Desde (Fecha inicio)	Hasta (Fecha fin)
Colombia (País actual)				



TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 4 de 8

6. Información Laboral

¿Ha realizado alguna actividad laboral o lucrativa en los últimos 5 años? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione la información sobre su actividad laboral o lucrativa de los últimos 5 años, iniciando de la más reciente a la más antigua.

Nombre del empleador	País/ciudad	¿Empleo Formal?	Cargo	Desde (Fecha inicio)	Hasta (Fecha fin)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

7. Representante legal o Agente Oficioso (si aplica) *

*Sólo diligenciar en caso de que la persona titular de la solicitud actúe por interpuesta persona, sea representante o agente oficioso.

Relación con la persona solicitante Representante legal Agente oficioso

7.1 Información en caso de actuar como representante legal Los documentos que debe aportar como **representante legal** del solicitante son: Poder escrito otorgado por el solicitante con presentación personal (autenticado) o enviado a través de mensaje de datos (art. 74 L. 1564/2012 y art. 5 L.2213/2022); copia de documento de identificación; copia de la tarjeta profesional (en caso de ser abogado).

Nombres completos					
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual	Género	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Trans		
Tipo de documento de identidad		Número de documento			
Teléfono		Correo electrónico			

7.2 Información en caso de actuar como agente oficioso (tercero que actúa en nombre del solicitante imposibilitado para actuar por sí mismo en el trámite de refugio): Los documentos que debe aportar con este formulario en caso de actuar como **agente oficioso**, son todos aquellos que soporten los motivos por los que el solicitante no puede actuar por sí mismo y copia de su documento de identificación.

Nombres completos					
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual	Género	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Trans		
Tipo de documento de identidad		Número de documento			
Tipo de vínculo con la persona solicitante					
Motivos que imposibilitan a la persona solicitante actuar por sí mismo.					
Teléfono		Correo electrónico			

*En caso de no contar con documento de identidad o no poder aportarlo, indique el número de su documento de identidad y describa las razones por las cuales no cuenta o no puede aportar copia de dicho documento.



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 5 de 8

Nota 1: En caso de dejar de actuar en representación legal o como agente oficioso de la persona solicitante, deberá informarlo al correo electrónico solicitudesentramite@cancilleria.gov.co

8. Motivos por los cuales hace la solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado

En este apartado describa en sus propias palabras, y especifique de forma detallada, los hechos que motivaron su salida del país de origen y que justifican su solicitud de refugio. Esta información es fundamental para el análisis de su solicitud, por lo cual deberá, en lo posible, anexar los documentos que soporten los hechos narrados.

8.1 ¿Presenta esta solicitud trascurridos más de 2 meses después de su último ingreso a Colombia? Sí No

En caso afirmativo, describa las razones por las cuales no presentó su solicitud dentro de los dos (2) meses siguientes a su último ingreso a Colombia. **Las razones deben ser personales** y no deben corresponder a hechos genéricos.

8.2 Describa de forma completa y detallada los motivos por los cuales usted tuvo que abandonar su país de origen. Para ello, su relato debe responder, como mínimo, a cada una de las siguientes preguntas:

¿Qué pasó?, ¿Cuándo ocurrió?, ¿Quién o qué ocasionó esta situación?, ¿cómo ocurrieron los hechos?, ¿Dónde le ocurrieron los hechos y cuál era el contexto de orden público? ¿Qué motivaciones tuvo quien le ocasionó esta situación? **Los hechos deben ser personales** y no deben corresponder a relatos genéricos.

8.3 ¿Cuáles son las posibles consecuencias o temores que tiene usted en caso de regresar a su país de origen? Su relato debe responder, como mínimo, a cada una de las siguientes preguntas:

¿Cuál es su mayor temor en caso de regresar a su país de origen?, ¿En qué hechos o razones concretas se apoya para justificar ese temor?, ¿Quién(es) le causaría(n) ese temor?, ¿Cuáles son las causas o motivaciones por las cuales teme retornar país de origen? **La información debe ser personal** y no debe corresponder a relatos genéricos.

8.4 ¿Usted ha regresado a su país de origen luego de que ocurrieran los hechos que le obligaron a huir, salir de allí o que le impiden regresar a él? Sí No



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 6 de 8
<p>En caso afirmativo, describa en detalle las circunstancias de su(s) visita(s). Para cada una de ellas, incluya toda la información que estime pertinente, incluyendo la forma de ingreso a su país de origen, las fechas, propósitos y el tiempo durante el cual permaneció en ese país.</p>		
<p>8.5 ¿Usted y/o alguno de sus beneficiarios han sido acusados, sindicados, arrestados, condenados, o privados de la libertad en cualquier país diferente de Colombia? En caso afirmativo, describa en detalle las razones, fechas y las circunstancias de estos procesos y su estado actual.</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>8.6 ¿Usted y/o alguno de sus beneficiarios han sido acusados, sindicados, arrestados, condenados, o privados de la libertad por delitos cometidos en Colombia? En caso afirmativo, describa en detalle las razones, fechas y las circunstancias de estos procesos y su estado actual.</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>8.7 ¿Usted o alguno de sus beneficiarios participaron, ordenaron, o incitaron, hechos que causaran daño, sufrimiento o tortura a una persona o un grupo de personas? En caso afirmativo, describa en detalle y la forma y nivel de participación en estos hechos.</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>8.8 ¿Usted o alguno de sus beneficiarios han sufrido daño, maltrato o tortura en su país de origen?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>En caso afirmativo, describa de forma completa y detallada el daño, maltrato o tortura sufrida en su país de origen. Para ello, deberá responder: ¿Qué pasó?, ¿Cuándo ocurrió?, ¿Quién lo ocasionó?, ¿Qué motivaciones tuvo quien lo ocasionó?</p>		
<p>9. Declaración juramentada</p>		
<p>Al firmar este documento, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada en esta solicitud y las pruebas aportadas son verdaderas. Lo anterior, so pena de la aplicación del artículo 2.2.3.1.6.3. del Decreto 1067 de 2015 que determina que las solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado serán rechazadas <i>“Cuando el solicitante pretenda abusar de la figura del refugio o inducir a error a los funcionarios competentes”</i>. De igual forma, entiendo que la información que no sea aportada en este formulario no podrá ser tomada en cuenta para el análisis y decisión que se tome respecto de la admisibilidad de esta solicitud.</p>		
<p>He leído y estoy de acuerdo con la declaración juramentada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
<p>10. Autorización para notificaciones</p>		
<p>Al firmar este formulario autorizo al Ministerio de Relaciones Exteriores para contactarme a través del (los) correo(s) electrónico(s) aportados en este formulario con el fin de informarme sobre el trámite de esta solicitud, requerir información adicional, y notificar las decisiones que adopten al respecto.</p>		



TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 7 de 8

Entiendo que cualquier cambio en los datos de contacto, incluido el correo electrónico, deberán ser informados oportunamente y a través de los canales establecidos por el Ministerio de Relaciones Exteriores - Grupo Interno de Trabajo de Determinación de la Condición de Refugiado, con el fin de actualizar la información correspondiente.

El Ministerio de Relaciones Exteriores no se hace responsable por notificar a cuentas de correo electrónico diferentes a las informadas y autorizadas por la persona titular de la solicitud y/o su representante.

He leído y estoy de acuerdo con la autorización para notificación Sí No

11. Autorización para el tratamiento de los datos personales

Al firmar este documento, autorizo al Ministerio de Relaciones Exteriores para que: Trate mis datos personales, los de mis beneficiarios que se incluyan en cualquier momento (si aplica, DP-FO-274) y los de la persona a la que represento, (si aplica). Trate mi imagen o la de la persona a la que represento, la cual puede ser obtenida a partir de fotografías, o cualquier otro material obtenido dentro del procedimiento de determinación de la condición de refugiado. Con respecto, al tratamiento de datos sensibles relacionados con el estado de salud, identidad u orientación sexual, origen étnico-racial y la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, religiosas, políticas o de derechos humanos o datos biométricos, manifiesto que fui informado que no es obligatorio para el titular otorgar dicha autorización para su tratamiento. Entiendo que el Ministerio de Relaciones Exteriores, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 "*Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*", es el responsable del tratamiento de mis datos personales. El diligenciamiento de este formulario tiene, entre otras, la finalidad de recolectar información de mis datos personales para que sean tratados durante la admisión, trámite, estudio y decisión dentro del trámite de mi solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado.

Esta información puede ser compartida o tratada, con carácter reservado y confidencial (dentro y fuera del país según lo establezca la ley), según los literales a) y b) del artículo 18 y el c), e), y g) del artículo 19 de la Ley 1712 de 2014 y el numeral 3 del artículo 24 de la Ley 1755 de 2012, a través de la circulación en sistemas de información interoperables entre entidades públicas del Estado colombiano, conforme a la circular externa conjunta 004 de septiembre de 2019 proferida por la Superintendencia de Industria y Comercio y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, por la cual se dictan normas para simplificar, suprimir, y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública, siempre y cuando el tratamiento sea para fines propios de la misión de cada entidad.

La supresión de la información y la revocatoria de la misma estarán condicionadas si tengo un deber misional, legal o contractual de permanecer en la base de datos donde esta fue registrada.

Puedo ejercer los derechos que me asisten en el marco de la mencionada Ley 1581 de 2012, a través del correo electrónico: contactenos@cancilleria.gov.co o a la dirección: Carrera 5 No 9 – 03, Bogotá, Colombia; dirigido a *Protección de Datos Personales, Ministerio de Relaciones Exteriores*, así como encontrar más información para conocer la política de tratamiento de datos personales en www.cancilleria.gov.co.

Declaro que he leído y estoy de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales Sí No

12. Información de sus beneficiarios Diligencie y firme el Formato DP-FO-274 para cada uno de sus beneficiarios

12.1 ¿Le acompañan familiares que desee incluir como personas beneficiarias de esta solicitud?

Sí No

En caso afirmativo, indique el número total de personas beneficiarias que incluirá en esta solicitud

13. Anexos

Con el fin que esta solicitud se considere completa y pueda ser admitida a estudio, usted deberá aportar los siguientes documentos junto con este formulario:

1. Fotografía reciente, a color de 3 x 4 centímetros del solicitante, y de cada uno de los beneficiarios registrados en la solicitud.
2. Copia del pasaporte y/o documento de identidad del país de origen del solicitante*
3. Copia del pasaporte y/o documento de identidad del país de origen de los beneficiarios incluidos en la solicitud*.



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CÓDIGO: DP-FO-273
NOMBRE:	DESARROLLO DE LA POLITICA EXTERIOR/ FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO PARA TITULAR MAYOR DE EDAD	VERSIÓN: 3
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO	Página 8 de 8

- Copia de los documentos que demuestren parentesco con las personas beneficiarias: Acta de nacimiento en el caso de los hijos, hijas o padres, acta de matrimonio o unión libre en el caso de cónyuges o compañero(a) permanente*; y las declaraciones juramentadas indicadas en el punto 4 del formulario DP-FO-274 (en caso de que deba diligenciarlas).
- Copia del documento de identidad del agente oficioso* o del representante del solicitante (de ser aplicable).
- Documentos adicionales que respalden su solicitud. Puede aportar cualquier documento que complemente, refuerce, demuestre o evidencie los hechos descritos en su relato, así como situaciones especiales en las que usted y/o sus beneficiarios se encuentren.

En caso de no poder presentar alguno(s) de los documentos de los puntos 2.1 y 7, usted debe explicar, en la parte correspondiente, las razones que imposibilitan su presentación.

Escriba en la siguiente tabla los documentos que aporta junto con su solicitud. Recuerde que estos deberán enviarse en buena resolución y en formato PDF junto con este formulario debidamente diligenciado y firmado:

No.	Nombre del anexo	Número de hojas
1		
2		
3		
4		
5		
6		

14. Firma

Nota 1: Este formulario deberá ser firmado **a mano alzada** por el solicitante/ representante o agente oficioso (según corresponda). No se aceptarán firmas en imágenes, texto digital ni fotografías de firmas sobrepuestas. Casos en los cuales, se devolverá el formulario para su correcto diligenciamiento.

Nota 2: Si usted actúa como **agente oficioso o representante**, el documento debe ser firmado por usted.

Nota 3. Si usted no sabe o no puede firmar, se debe proceder con firma a ruego, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 960 de 1970 artículos 39 y 69.¹

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE O AGENTE OFICIOSO

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE O AGENTE OFICIOSO

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

Los formularios que estén incompletos no entrarán a estudio.