

 	PROYECTO - BHA		 
	ACTA DE DESISTIMIENTO		
	CODIGO: CARE-F10	FECHA: 2021-05-20	

I. DATOS DE LA SOBREVIVIENTE:

Nombre y Apellidos: _____

Tipo documento: _____ Número de documento: _____

Número de registro en progreso: _____

II. INFORMACIÓN DEL DESISTIMIENTO:

Necesidades de protección resueltas	<input type="checkbox"/>	Omisión de información	<input type="checkbox"/>
Deserción voluntaria del proceso	<input type="checkbox"/>	Dificultades para entablar comunicación con la sobreviviente	<input type="checkbox"/>
Ausencia de corresponsabilidad	<input type="checkbox"/>	Pérdida de contacto con la Sobreviviente	<input type="checkbox"/>
No hay capacidad de acompañamiento (El beneficiario se encuentra en otra ciudad y/o país)	<input type="checkbox"/>		
Retorno al país de origen	<input type="checkbox"/>		

III. INFORMACIÓN SOBRE EL CASO (servicios prestados, profesional, proyecto, articulación, etc).

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO	
RESPUESTA A LA VBG PROPUESTA INICIALMENTE	
ACCIONES REALIZADAS (Acompañamiento jurídico y psicosocial u otro).	
DERECHOS Y LOGROS ALCANZADOS	

IV. COMUNICACIÓN CON LA SOBREVIVIENTE

¿La sobreviviente participó plenamente en la decisión de desistimiento? Acuerdos: _____ _____ _____	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

