

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

<b>I. DATOS DE LA SOBREVIVIENTE:</b>		
Nombre y Apellidos: _____		
Tipo documento: _____ Número de documento: _____		
Número de registro en progreso: _____		
<b>II. INFORMACIÓN DEL DESISTIMIENTO:</b>		
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"/>	
<b>III. INFORMACIÓN SOBRE EL CASO</b> (servicios prestados, profesional, proyecto, articulación, etc).		
<b>BREVE CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO</b>		
<b>RESPUESTA A LA VBG PROPUESTA INICIALMENTE</b>		
<b>ACCIONES REALIZADAS</b> (Acompañamiento jurídico y psicosocial u otro).		
<b>DERECHOS Y LOGROS ALCANZADOS</b>		
<b>IV. COMUNICACIÓN CON LA SOBREVIVIENTE</b>		
¿La sobreviviente participó plenamente en la decisión de desistimiento?	SI	NO
<b>Acuerdos:</b> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se informó con quién contactarse si tienen preguntas/necesitan mayor apoyo?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>V. OBSERVACIONES</b>				
<b>VI. DESISTIMIENTO GESTIONADO POR (DESPUÉS DE LA REVISIÓN DE LOS SOPORTES FÍSICOS Y DIGITALES)</b>				
<b>Profesional de protección</b>	<b>Firma:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Fecha:</b>	
<b>Aprobado por</b>	<b>Firma:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Fecha:</b>	