Este documento escrito se diligencia con el fin de dar fe de la autorización que usted o su tutor o representante legal, manifiesten para realizar el acompañamiento psicosocial por parte de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Victimas- UARIV, conforme a lo establecido en la Ley 1408 de 2010 y su decreto reglamentario 303 de 2015, el cual cita en su Artículo 21 que la diligencia de exhumación “se puede realizar en condiciones de seguridad, garantía de su integridad y acompañamiento psicosocial” al igual que en el Artículo 22 donde establece que “la atención psicosocial dirigida a los familiares de las víctimas que resulten identificadas, se proporcionará durante todo el proceso de entrega del cuerpo o restos humanos de su familiar…”

1. **Identificación de los familiares**

**Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parentesco con la víctima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Y en representación de las personas que se relacionan a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL FAMILIAR** | **PARENTESCO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Descripción**

El Acompañamiento Psicosocial, como conjunto de acciones encaminadas a mitigar el impacto psicosocial en un proceso relacional entre quien acompaña y quien ha sido víctima, se ha contemplado como una de las condiciones que deben ser transversales a todo el proceso de atención a las víctimas en lo que se refiere a los derechos en asistencia y reparación integral (Colombia, Presidencia de República, Decreto 4800, Ley 1448, 2011, art. 163).

Esto implica el uso de la contención emocional, la destinación de espacios de acogida y escucha del dolor o la intervención específica con el fin de impedir daños psicosociales mayores y facilitar la elaboración de momentos de alto impacto emocional (Unidad para la Atención y Reparación Integral para las Víctimas, 2012).

1. **Declaración del consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, y como familiar de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y conscientemente declaro que:

1. Se me ha explicado en que consiste y el propósito del acompañamiento psicosocial. SI\_\_\_ NO\_\_\_
2. Comprendo la importancia de estar acompañado(a) de un profesional psicosocial experto en el manejo de víctimas del conflicto armado. SI\_\_\_ NO\_\_\_
3. Deseo recibir acompañamiento psicosocial durante mi participación en la orientación y explicación de los procesos de investigación, exhumación, identificación y entrega de mi familiar. SI\_\_\_ NO\_\_\_
4. Acepto que los NNA (niños, niñas y adolescentes) participen del proceso de acompañamiento psicosocial, con su acudiente y como tal soy consciente de la importancia, relevancia y justificación de la presencia del NNA en esta. SI\_\_\_ NO\_\_\_ NA\_\_\_

¿Dentro de su grupo familiar hay personas que presentan algún tipo de discapacidad? ¿SI\_\_\_ NO\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_edad \_\_\_\_\_

1. **Autorización**

Certifico que he leído o que me han leído y he comprendido el contenido de este documento en su totalidad antes de firmarlo.

**Declaro que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma del familiar** |  | **Firma del Profesional Psicosocial Asignado** |
| **C.C.** |  |  |

**Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_, mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_\_**

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha del cambio** | **Descripción de la modificación** |
| V1 | 02/11/2017 | Creación del formato |