|  |
| --- |
| En atención a la solicitud elevada por **NOMBRE DEFENSOR(A) o COORDINADOR(A) OPERADOR**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**, identificado (a) con **TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.** quien se encuentra ubicado(a) en **NOMBRE DEL OPERADOR, SEDE XXX\_/ Hogar Sustituto de NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE SUSTITUTA RESPONSABLE DEL HOGAR**  **SE AUTORIZA**  El acompañamiento hospitalario) a **NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE** que será realizado por **NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE**, identificado(a) con cedula **No. XXXXX,** durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la IPS **NOMBRE DE LA CLINICA U HOSPITAL**  La presente se expide en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_del año 201\_\_.  Cordialmente,  **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Cargo:** Coordinación Centro Zonal / Defensor(a) de Familia |