|  |
| --- |
| * 1. Información general
 |
| **Regional** | **Centro zonal** | **Operador**  | **Modalidad** |
|  |  |  |  |
| **Fecha de elaboración**  | **Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente, joven.** | **Tipo y número de documento de identidad :**  | **Edad :**  | **Escolaridad :** |
|  |  |
| D\_\_\_ M \_\_\_A \_\_\_ |  |  |
| Nombre de la Autoridad Administrativa:  | **Fecha de Apertura al PARD**  | **Fecha de ingreso a la modalidad :** |
| Motivo de ingreso:  |
| **Concepto evaluación integradora :**  |

| **3.2 . Descripción de Superación de situaciones que generaron el ingreso al proceso administrativo de restablecimiento de derechos** |
| --- |
| **Nivel**  | **Descripción de la situación al momento del ingreso** | **Descripción de la situación al momento del egreso** |
| **Individual** |  |  |
| **Familiar / red vincular de apoyo** |  |  |
| **Otros sectores o servicios**  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados de la implementación del plan del caso**
 |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. Participantes
 |
| Rol en el caso | Nombres y apellidos | Firma | Fecha |
| Coordinador(a) de la modalidad: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Coordinador(a) de la modalidad: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Socializado con el niño, niña, adolescente o joven:  |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Socializado con padre/madre/familia biológica o red vincular.Indique el rol: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad./ o profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad./ o profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad./ o profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad./ o profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: |  |  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |
| **Fecha de radicado con la autoridad administrativa**  | **D \_\_ M \_\_\_A \_\_** |