1. **Datos del niño, niña o adolescente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombres y apellidos del niño, niña o adolescente: | Tipo identificación: | Número documento: | Número SIM: |
|  |  |  |  |
| Fecha de nacimiento: | Ciudad de nacimiento:  | Departamento: | País: | Nacionalidad: |
|  |  |  |  |  |
| Edad: | Sexo: | Pertenencia étnica: | Fecha de apertura PARD: | Fecha de ingreso a la institución y modalidad: |
|  |  |  |   |  |
| Nombre autoridad administrativa: | Persona de contacto: | Parentesco: | Dirección: | Teléfono/Celular: |
|   |  |   |   |   |

1. **Datos del operador**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Regional:  | Centro zonal: | Ciudad/Municipio: | Nombre autoridad administrativa: |
|   |   |   |   |
| Modalidad de atención: | Población: | No. Contrato: |
|   |   |   |
| Operador / Institución: | Sede: | Teléfono: | Dirección: |
|   |   |   |   |
| Responsable del programa: | Correo electrónico: | Fecha elaboración informe: |
|   |   |   |

1. **Motivo de ingreso** (referido por la Autoridad Administrativa)

|  |
| --- |
|  |

1. **Diagnóstico integral. (**Tener en cuenta las afectaciones que puedan tener los niños, niñas y adolescentes)

|  |
| --- |
|  |

1. **Atenciones a realizar** (Corresponden a las acciones que se van a realizar en conjunto con los niños, niñas, adolescentes y sus familias y/o red vincular de apoyo durante la permanencia en la modalidad)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÁREAS DE ATENCIÓN**  | **INDIVIDUAL**  | **FAMILIAR** | **INTERINSTITUCIONALES** |
| **Psicología**  |  |  |  |
| **Trabajo Social** |  |  |  |
| **Nutrición y dietética** |  |  |  |
| **Profesional de área**  |  |  |  |
| **Otros (**Identifique si el niño, niña o adolescente llega con alguna situación particular de Salud)  |  |  |  |

1. **Observaciones**

|  |
| --- |
|  |

1. **Percepción de la calidad del servicio del niño, niña, adolescente, su familia y/o red vincular de apoyo**

|  |
| --- |
|  |

1. **Firmas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Persona** | **Nombre** | **Firma** |
| Coordinador de la modalidad |  |  |
| Profesional en Psicología |  |  |
| Profesional en Trabajo Social |  |  |
| Profesional en Nutrición |  |  |
| Profesional de área |  |  |
| Fecha de radicado a la Autoridad Administrativa  |  |