|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **REGIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CERTIFICA QUE**  **NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** realizó acompañamiento hospitalario a **NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE, JOVEN O PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS CON DISCPACIDAD**, desde el día (fecha) DD/MM/AAAA\_\_\_\_\_ hasta el día (DD/MM/AAAA)\_\_\_\_\_.  Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Fecha** | **Jornada** | **Total Horas** | |  |  |  |   La presente se expide en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dirigida a la Dirección Regional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cordialmente,  **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Coordinador(a) centro Zonal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Anexo: xxx folios |