|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |