En atención a la solicitud elevada por **NOMBRE DEFENSOR(A) O NOMBRE DEL CORDINADOR DE LA MODALIDAD**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **NOMBRE DEL ADOLESCENTE O JOVEN**, identificado (a) con **TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.** quien se encuentra ubicado(a) en **el Sistema De Responsabilidad Penal para Adolescentes SRPA** en el **NOMBRE DEL OPERADOR DE SRPA, XXX Sede**

**SE AUTORIZA**

El acompañamiento hospitalario a **NOMBRE DEL ADOLESCENTE O JOVEN** 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 20\_\_.

Cordialmente,

**FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo**: Coordinación Centro Zonal- Defensor (a) de Familia