|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO** |  | **FECHA DE EGRESO** | | |
| **UNIDAD OPERATIVA** |  | DD | MM | AÑO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de Identificación del Niño, Niña o Adolescente** | | | | | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | | | |
|  |  |  | | | |
| Tipo de documento | No. De documento | Edad | | | |
|  |  | Años | Meses | | Días |
| Tipo de Discapacidad | Apoyo General | Teléfono de contacto | | | |
|  |  |  | | | |
| Departamento | Ciudad | Barrio | | Dirección Residencia | |
|  |  |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos de Identificación del Referente Familiar** | | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|  |  |  |
| Tipo de documento | No. de documento | Teléfono de contacto |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo de Egreso** | |
| Código de Egreso | Causal de egreso |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Remisiones** | |
| Institución o servicio al que se remite | Dirección |
|  |  |
| Profesional de contacto | Teléfono |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profesional** | **Coordinador Unidad operativa** | **Referente familiar** |
| Nombre | Nombre | Nombre |
| Firma | Firma | Firma |
| T.P. | No. ID | No. ID |

Tratamiento de Datos Personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

**GUIA DE DILIGENCIAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Variable** | **Descripción** |
| Servicio | Escriba el nombre del Servicio como se encuentra en el Portafolio de Servicios de la Secretaria Distrital de Integración Social. |
| Unidad operativa | Registre el nombre de la unidad operativa que presta el servicio social |
| Fecha | Escriba día, mes y año en la cual se realiza la valoración. |
| Datos de identificación del niño, niña o adolescente | Escriba apellidos y nombres completos del niño, niña o adolescente, el tipo y número de documento de identidad del niño, niña o adolescente, así como su edad en años, meses y días.  Registre el tipo de discapacidad de acuerdo a la definición de la línea técnica y el apoyo general que requiere el niño, niña o adolescente de acuerdo al resultado que arroja la evaluación del sistema de apoyos.  Escriba los datos de contacto actualizados del niño, niña o adolescente como lo son: teléfono, departamento, ciudad barrio y dirección de residencia. |
| Datos de Identificación del Referente Familiar | Escriba el nombre del referente familiar y/o cuidador del niño, niña o adolescente.  Escriba el tipo de documento de identidad y número de identidad del referente familiar.  Escriba el teléfono de contacto actual del referente familiar. |
| Motivo de egreso | De acuerdo a los códigos de registro del Sistema de Información y Registro para Beneficiarios – SIRBE, escriba el código y la causal de egreso. |
| Remisiones | - Escriba nombre completo de la institución a la cual se remite el caso del niño, niña y adolescente, así como datos de ubicación y de contacto. |
| Observaciones | -Escriba de forma detallada y breve el motivo de egreso del niño, niña y adolescente. |

# Condiciones generales

* El formato debe ser diligenciado con esfero de color negro.
* El formato no puede contener tachones ni enmendaduras.
* El coordinador de la unidad operativa debe firmar el formato, como constancia de revisión del mismo.

# Administración de formato

La administración del formato estará a cargo de la Coordinadora Distrital y el Equipo de Coordinadores Locales del servicio social del Proyecto, quien lo mantendrá actualizado, implementado y socializado. En caso de requerirse actualizaciones al mismo, estos serán los responsables de liderar el ejercicio.