**FECHA: Diligencie con letra legible la fecha indicando el DD-MM-AAAA**

**LOCALIDAD: Diligencie con letra legible el nombre de la localidad donde se realiza la entrega del paquete**

**NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Escriba con letra legible el nombre del punto donde se realiza la entrega del paquete**

**DATOS DEL PARTICIPANTE QUE AUTORIZA:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN:**

**DIRECCIÒN:**

**NÚMEROS TELÈFÓNICOS DE CONTACTO:**

**DATOS DEL AUTORIZADO:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**NÙMERO DE IDENTIFICACIÒN:**

**DIRECCIÒN:**

**NÚMEROS TELÈFÓNICOS DE CONTACTO:**

**PARENTESCO Y/O AFINIDAD CON EL PARTICIPANTE:**

**INFORMACIÒN DEL PAQUETE ALIMENTARIO DE CONTINGENCIA:**

**TIPO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE RETIRO DEL PAQUETE: Diligencie la fecha indicando el DD\_\_\_\_\_MM\_\_\_\_\_AAAA\_\_\_\_\_\_**

**MOTIVO DE LA AUTORIZACIÒN: Detalle con letra legible frente al ítem correspondiente el motivo de la autorización. Debe adjuntarse copia - soporte.**

**ENFERMEDAD:**

**ACCIDENTE:**

**TRABAJO / EMPLEO / OCUPACIÓN:**

**OTRO:**

**EN CONSTANCIA FIRMAN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTE DE LA FAMILIA** | **PERSONA AUTORIZADA(SOLAMENTE mayores de 14 años)** |
| Firma: | Firma: |
| Nombres y Apellidos: | Nombres y Apellidos: |
| C.C.: | C.C.: |
| Teléfono Fijo y Celular: | Teléfono Fijo y Celular: |

**NOTAS:**

1. Esta autorización **NO ES PERMANENTE**, por lo tanto dos (2) autorizaciones consecutivas, generan seguimiento y aplicación de los criterios de egreso.
2. Esta autorización es **VÁLIDA ÚNICAMENTE**, con la presentación de copia del documento de identificación del participante, presentar documento de identidad original del autorizado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ |
| NOMBRE | *Olga Lucía Gómez Corredor.*  *Johan Manuel Ladino Rojas*  *María Adela Mena Bejarano.* | *Greys Baryudy Cortés Daza*  *Carlos Enrique Toledo Maza.* | *María Antonia Velasco Guerrero* |
| CARGO | *Equipo Canasta Complementaria de Alimentos- Proyecto 730: Alimentando Capacidades.*  *Equipo Sistema Integrado de Gestión -SIG – Dirección Territorial.* | *Subdirectora para la Gestión Integral Local.*  *Coordinador Proyecto 730: Alimentando Capacidades.* | *Directora Territorial – Lideresa Proceso Prestación de los Servicios Sociales* |