BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL	CENTRO ZONAL	AUTORIDAD ADMINISTRATIVA	NOMBRE AUTORIDAD ADMINISTRATIVA	PETICION SIM No.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DD-MM-AAAA)	EDAD

PRESENTA DISCAPACIDAD	PERTENENCIA ETNICA	GRUPO DE PERTENENCIA	SITUACION DE RIESGO PRESENTADA

FORMATO PARA EL REPORTE DE CASOS DE NIÑOS, NIÑAS Y A

R

SITUACIÓN DE RIESGO			
CAUSA DE FALLECIMIENTO	**TIPO DE LESIÓN**	**TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL**	**EL RIESGO SE PRESENTÓ DENTRO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (HOGAR SUSTITUTO O INSTITUCIÓN)**

¡Ant

LOS DATOS PROPORCIONAD

PROCESO PROTECCIÓN

ADOLESCENTES LESIONADOS, VIOLENCIA SEXUAL, CONDU

ESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

PRESUNTA CAUSA DEL RIESGO

es de imprimir este documento… piense en el medio amb

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
OS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL

CTA SUICIDA, RIÑAS Y FALLECIDOS

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

¡ente!

MODALIDAD	POBLACIÓN	OPERADOR	FECHA DEL EVE	
			DÍA	MES

NTO	ACCIONES A REALIZAR PARA PREVENIR SITUACIONES DE RIESGO
AÑO	

RESPONSABLE DE LAS ACCIONES		FECHA DE LA ACCIÓN		
NOMBRE	CARGO	DIA	MES	AÑO

	F1.G17.P	29/04/2021
	Versión 3	Página 1 de 1
	Clasificación de la información: Reservada	

SEGUIMIENTO POR PARTE DEL ICBF	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES

