**COMISARIA DE FAMILIA ZONA CENTRO DOS**

**SECRETARIA DE GOBIERNO**

**MUNICIPIO DE ITAGUI**

Fecha:

**ACTA DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE DERECHOS**

En la fecha y siendo las --:-- -.-, la practicante de trabajo social procede a verificar el estado de cumplimento de los derechos del NNA ---------------------------, de conformidad a lo establecido en el Art. 52 de la Ley 1098, modificado por el Art. 1 de la Ley 1878 de 2018, obteniendo la siguiente información:

**ANTECEDENTES**

En este Despacho se inicia proceso de verificación de derechos a favor del NNA XXXXXXXXXXXXX por solicitud del nombrado, por negligencia en los cuidados y violencia intrafamiliar.

1. **Nombre completo:**
2. **Identificación:**
3. **Edad cronológica:**
4. **Fecha de nacimiento:**
5. **Dirección:**
6. **Nombre y apellidos de los padres biológicos**:.
7. **Afiliación al sistema de seguridad social:**
8. **Entidad prestadora de servicios**:
9. **Estado de salud física:**
10. **Estado** **psicológico:**
11. **Vinculación al sistema educativo:**
12. **Concepto condiciones socio familiar:**
13. **Derechos Amenazados**:
14. **Derechos Vulnerados**:

**CONCLUSIÓN:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Comisaria (o) de Familia XXXXXXXXXXXXXXX

Comisaría de Familia Comisaría de Familia

Zona XXXXXXXX XXXXXXXX