BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida

Fecha: 15-09-2021

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS NUB. contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Edilberto Gaitan Amaya.

No. documento de identidad: 1151453501 Firma: Edilberto

Responsable de (nombre de la niña o niño) Margarita Amaya Gaitan.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS:

Olga lucia Barrera. No. documento de identidad: 1121911792.

Firma: Olga lucia Barrera.

Observaciones:

Beneficiaria que se encuentra en adecuado estado de salud no presenta ningun sintoma ni signo de peligro.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Scanned by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09
		Versión 2	Página 2 de

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
43	1.47	Bajo Peso Gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Margarita Amaya Gaitan.	22 - SEP - 1996	15-09-2021

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	24	12

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [ ] Tarjeta de Identidad
3. [X] Cédula Ciudadanía
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1151451760

Étnicamente se reconoce como:
1. [X] Indígena Pueblo: Sikuani
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [ ] Ninguna

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO [X] SI [ ]

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Edilberto Gaitan.	Esposo	No tiene

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

Sí la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorías presenta discapacidad
1. [ ] Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
   - [ ] Auditiva
   - [ ] Visual
   - [ ] Gusto
   - [ ] Olfato
   - [ ] Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
   - [ ] Cognitivo
   - [ ] Psicosocial
4. [ ] Alteraciones a nivel sistémico
5. [ ] Alteraciones al nivel de voz y habla
6. [ ] Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad:
_____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?
NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Scanned by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Guainía	Municipio: Inírida	Zona: Rural ☑ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Caño Pavita	Dirección: Rio Guaviare (El uva)	Coordenadas geográficas: N: W:

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Beneficiaria que vive en comunidad. indigena del municipio de Comarivo (Uichada) la cual queda por la ribera del rio Guaviare.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	✓		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	—	—
Carné de vacunación		✓	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	✓	
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	✓		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Beneficiaria con bajo peso para la edad gestacional en su primer trimestre de embarazo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
+Edilberto.	Olga Lucia Barrera
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Scanned by CamScanner