



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 1 de 3

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

Fecha: 15/02/2021

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 NÚ3 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: ELSA RIVERA GAITÁN

No. documento de identidad: 1.007.023.616 Firma ELSA RIVERA G.

Responsable de (nombre de la niña o niño) DILAN DAVID FLOREZ RIVERA

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

CHIQUEMARA SILVA No. documento de identidad: 1121709724

Firma: Lizivan ap.

Observaciones:

MENOR QUE INGRESA CON RASEO DE DESNOTACIÓN

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.M07.PP

07/09/2020

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

717

Talla inicial beneficiario

70

Clasificación nutricional

RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

DIAN DAVID FLOREZ RIVERA

Fecha de nacimiento

13/02/2020

Fecha de Ingreso

15/02/2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 AÑO

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ 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

1.121.724.286

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: SIKUANI
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☐ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

ELSA RIVERA GAITAN

Parentesco

MADE

Número de contacto

3138816638

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si 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 de 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 LA LEY 1581 DE 2012

07/09/2020

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 3 de 3

¿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: QUINIA Municipio: JURICA Zona: Rural ☐ Urbana ☒

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: OCUEBITA Dirección: PESGUARDO PAJIL Coordenadas geográficas: N: 3°52'57.3" W: 67°55'44.7"

Primera opción de contacto
Número de contacto: _____ Nombre: _____
Parentesco: _____

Segunda opción de contacto
Número de contacto: _____ Nombre: _____
Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
CASA VERDE OSCURO FRENTE CASETA COMUNAL

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

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:
Elsa Rivera G.

Nombre y firma de la persona que diligencio:
[Firma]

Si manifiesta no saber firma colocar Huella: _____

Función:
☐ Nutricionista
☐ Profesional social
☐ Auxiliar de enfermería
☒ Gestor/a

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