

 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): INIEIDA

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 NUS 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: SUSANA ROSALES CUMANAYCA

No. documento de identidad: 1.121.713.614 Firma: Susana Rosales C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) HENDER ANDRÉS GATTAN ROSALES

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

CHEQUEMARA SILVA No. documento de identidad: 1.121.709.724

Firma: Lizian al

Observaciones:

HENOR DE MADRE CON RIESGO DE DENUTRICION

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2021
	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 818	Talla inicial beneficiario 78	Clasificación nutricional RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a HEYDER ANDRES GATTAN ROSALES		Fecha de nacimiento 24/05/2019	Fecha de Ingreso 15/02/2021
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 1 AÑO 8 MESES	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 1.121.728.871
Étnicamente se reconoce como: 1. ☒ Indígena Pueblo: PHAPOCO 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 SUSANA ROSALES CUMANALICA		Parentesco MADRE	Número de contacto NO TIENE
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 A LA LEY 1581 DE 2012.



**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:
GUAINIAMunicipio:
JUNEDA

Zona:
Rural ☐ Urbana ☒

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, ranchería:
CUCUNTA

Dirección:
RESGUARDO PAJIL

Coordenadas geográficas:
N: _____
W: _____

Primera opción de contacto

Número de contacto: _____

Nombre: _____

Segunda opción de contacto

Número de contacto: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte,
lugares cercanos...):

FRENTE DE LA CASA DE DYLAN FLOREZ, EN LA CASA DE MARISOL
SABADO.

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

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

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

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores
de edad:

- Susana R.C.
Susana R.C.

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Uzlan C.
Uzlan C.

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012