



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: 15-02-2021

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 NO3 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: Luz Marcela Rodríguez

No. documento de identidad: 42548890 Firma Luz Marcela Rodríguez

Responsable de (nombre de la niña o niño) (Zay) Jhoan Alexander Zambrano R.

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

Olga Ivana Barrera No. documento de identidad: 1121311792

Firma: Olga Ivana Barrera

Observaciones:

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

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

F2.M07.PP

07/09/2021

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

11.3

Talla inicial beneficiario

88.5

Clasificación nutricional

Riesgo de Desnutrición.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Jhoan Páez Zambrano

Fecha de nacimiento

11 - Abril - 2018

Fecha de Ingreso

15 - 01 - 2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad

- ☒ Registro civil
- ☐ Tarjeta de Identidad
- ☐ Cédula Ciudadanía
- ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

- ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
- ☐ Falta de gestión familiar
- ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
- ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
- ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad

112121221

Étnicamente se reconoce como:

- ☒ Indígena Pueblo: Guayabero Resano
- ☐ Rromm Kumpania: _____
- ☐ Negro/a
- ☐ Afro
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquera
- ☐ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable

Luz Marcela Rodríguez

Parentesco

mamá

Número de contacto

312 338 64 44

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

- ☐ Alteración a nivel de movilidad
- Alteraciones a nivel sensorial:
 - ☐ Auditiva
 - ☐ Visual
 - ☐ Gusto
 - ☐ Olfato
 - ☐ Tacto
- Alteraciones a nivel mental:
 - ☐ Cognitivo
 - ☐ Psicosocial
- ☐ Alteraciones a nivel sistémico
- ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
- ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

- ☐ Leve Independiente
- ☐ Moderada Semindependiente
- ☐ 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

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

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: <u>Guainía</u>	Municipio: <u>Unirida</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Zona Indígena</u>	Dirección: <u>Unirida</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>3° 51' 46.94"</u> W: <u>72° 55' 43.8"</u>			
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...):					
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: <u>Luz Marcela Rodríguez D.</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Olga Lucia Borrero</u>		
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!

Cuando se 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