

 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): JURIDIA

Fecha: 12/02/2021

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 NU3 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: HJON JAIRO RODRIGUEZ BASTISTA

No. documento de identidad: 1.121.709.982 Firma: /hon jairo

Responsable de (nombre de la niña o niño) LUZ EDYD FLOREZ YAVIMA

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

MARA SILVA No. documento de identidad: 1.121.709.724

Firma: LIZIVAN C.F.

Observaciones:

GESTANTE QUE INGRESA CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

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.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

45

Talla inicial beneficiario

144,1

Clasificación nutricional

BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

LUZ EDYD FLOREZ YAUMA

Fecha de nacimiento

23/04/2004

Fecha de Ingreso

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐

Edad al ingreso beneficiario/a

16

Para mujeres gestantes- semanas de
gestación 21

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

1121709273

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: _____
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

HJON JAIRO RODRIGUEZ B

Parentesco

CONYUGE

Número de contacto

3222346982

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

F2.MO7.PP

07/09/2020

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:

GUAINIA

Municipio:

INIERDA

Zona:

Rural ☐ Urbana ☒

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

IMONAE

Dirección:

RESGUARDO PAUJIL

Coordenadas geográficas:

N: 3° 52' 48.9"

W: 64° 55' 50.6"

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 FINALIZANDO LA CALLE PRINCIPAL ULTIMA CASA LLEGANDO AL PUERTO

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:

Flore Yarima

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Uziel of Uzielance

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