



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): JURIDA

Fecha: 23/01/2021

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: EUSCARI YANETH CAMPO JARO

No. documento de identidad: SD Firma: Euscari.c.

Responsable de (nombre de la niña o niño) SOFIA VALENTINA VELASQUEZ CAMPO

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

CHEQUEMARA SILVA No. documento de identidad: 1121.709.724.

Firma: Uzilan.

Observaciones:

HENOL NACIO EN LA MODALIDAD.

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 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

2.7

Talla inicial beneficiario

49

Clasificación nutricional

INTA MODERADA

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

SOFIA VALENTINA DELASQUEZ CAMPO

Fecha de nacimiento

22/ENERO/2021

Fecha de Ingreso

23/01/2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

20 DIAS

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

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

1121-724.916

Étnicamente se reconoce como:

- ☒ Indígena Pueblo: SIKUANI
- ☐ 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

EUSCARI YANETH CAMPO JARA

Parentesco

MADRE

Número de contacto

3209011285

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



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:  
GUAINIA

Municipio:  
JUIBIDA

Zona:  
Rural ☐ Urbana ☒

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

Dirección:

Coordenadas geográficas:

PLATANILLA

RESGUARDO PAUJIL

N: 3° 53' 04" N  
W: 67° 35' 38" W

Primera opción de contacto

Número de contacto:  
3709011285

Nombre:  
EUSCARI CAMPO

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco: MADRE

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                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

MEJOR NACIDO EN LA MODALIDAD

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

Euscari yoneth campo Jaro

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Valen Chiquena  
Valen 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.