



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MO7.PP

07/09/2020

/ersión 2

Página 1 de 3

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

Fecha: 29/01/2021

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: LUZ ANGELA AMAYA CARRANZA

No. documento de identidad: 1.121.707.026 Firma LUZ ANGELA AMAYA C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) YURLEY SALOME RODRIGUEZ AMAYA

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

CHEQUEMARA SILVA No. documento de identidad: 1.121.709.724

Firma: LUZIAN UP.

**Observaciones:**

LA CTANTE NACIDA 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

07/09/2021

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 2.7 kg Talla inicial beneficiario 45cm Clasificación nutricional Adecuado

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a YURLEY SALOME RODRIGUEZ AMAYA Fecha de nacimiento 14/01/2021 Fecha de ingreso 29/01/2021  
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ Edad al ingreso beneficiario/a 0 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: NINGUNA  
Número de documento de identidad 1121724936

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: Winaro  
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

LUZ ANGELA AMAYA CARRANZA

Parentesco

MADRE

Número de contacto

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

**Sí 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!

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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:

CUAINIA

Municipio:

INIPIIDA

Zona:

Rural ☐ Urbana ☒

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

Dirección:

COMUNIDAD LIMONAR

Coordenadas geográficas:

N: 3°52'49.31"

W: 67°55'50.61"

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...):

CASA VIA PRINCIPAL - POR LA PLAZA DE MERCADO

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                                                                  | x  |    | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                              |    |    |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con<br>evidencia física, obtenerlo virtualmente) |    |    | Documento identidad acudiente/acompañante en<br>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:

Luz Angela a.c.

Luz Angela AMOYA CARRANZO

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Luz Angela a.c.

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Luz Angela a.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