



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): Inirio.

Fecha: 1-02-2021

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: Maria Angelica Gonzalez.

No. documento de identidad: 11213999. Firma y Maria Angelica Gonzalez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Karen Brighth Gonzalez Gonzalez.

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

Olga Ivira Barrera. No. documento de identidad: 1121911992.

Firma: Olga Ivira 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



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

3.8

Talla inicial beneficiario

52

Clasificación nutricional

Adecuado

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Karent Brighth Gonzalez 6

Fecha de nacimiento

26-01-2021

Fecha de Ingreso

1-02-2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

Tipo de documento de identidad

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

1121924920

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: Sikukany
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

Maria Angelica Gonzalez

Parentesco

mamá

Número de contacto

- 0 -

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.

¿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>Inirida</u>		Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Comunidad Barranquito</u>		Dirección: <u>Rio Guaviare</u>		Coordenadas geográficas: N: _____ W: _____	
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...): <u>Beneficiaria que vive en comunidad indígena por la rivera</u>					
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>Maria Angelica G.</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Olga Lucia Barrero</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!

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.