



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.M07.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inyida  
Fecha: 15-07-2021

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: Harold Ortiz Garzon

No. documento de identidad: 1121219400 <sup>resado =</sup> Firma x Harold Ortiz G.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Sofia Rivera Garzido

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

Dga Lucia Barrera No. documento de identidad: 1121911992

Firma: Dga Lucia Barrera

**Observaciones:**

Mujer gestante con bajo peso para la edad gestacional.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquiera 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

07/05

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

Versión 2

Página 2 de

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

55,

Talla inicial beneficiario

155.5

Clasificación nutricional

Peso Bajo para la edad Gestadora

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Sofia Rivero Gairido

Fecha de nacimiento

18-01-2002

Fecha de Ingreso

15-02-2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐

Edad al ingreso beneficiario/a

18

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

24

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

1121716983

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: Pichaco  
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 victimante: \_\_\_\_\_

Nombre Acudiente/responsable

Harold Ortiz Gairido

Parentesco

Esposo

Número de contacto

322 4001320

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: Guainía

Municipio: Inirida

Zona:  
Rural ☐ Urbana ☒

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

Dirección: Inirida

Coordenadas geográficas:  
N: \_\_\_\_\_  
W: \_\_\_\_\_

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

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

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

x Harold Ortiz G.

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligenció:

Olaya Lucia Barrera

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