



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): Inrida.

Fecha: 13-02-2021

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 NUB. 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: Nancy Velazquez Gaitan.

No. documento de identidad: 1121914149. Firma x Nancy Velazquez.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Yurley Lopez Velazquez

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

Olga Lucia Barrera No. documento de identidad: 1121911792.

Firma: Olga Lucia 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

Talla inicial beneficiario

Clasificación nutricional

Riesgo de DNTA.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Yuleny Lopez

Fecha de nacimiento

18-06-2016

Fecha de Ingreso

13-02-2021

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

4

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

1125005152

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: Piaroco  
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

Nancy Velasquez

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



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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                       | ¿Recibe atención en terapia y/o<br>rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre<br>entidad atención<br>_____                       |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                           | Descripción de la discapacidad                                                                                | ¿Tiene proceso<br>de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Guainia</u>                                                                                                                           | Municipio: <u>Inirida</u>                                                                                     | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,<br>comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>comunidad caño pistol.</u>                                         | Dirección:<br><u>Rio Guaviare.</u>                                                                            | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>3° 51' 48.31245"</u><br>W: <u>68° 15' 15.95057"</u>         |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: _____ Nombre: _____<br>Parentesco: _____                                                             | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: _____ Nombre: _____<br>Parentesco: _____                    |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): |                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                |                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| 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 checked="" 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<br>evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                      | Documento identidad acudiente/acompañante en<br>caso de menores de edad                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                              |                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores<br>de edad:<br><u>Diana Velazquez</u>                                                       |                                                                                                               |                                                                                               | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Olga Lucia Barrera</u>                                                                                                                            |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                               | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> 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 DE ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012