| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 1 de 3 |

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Laguna Colorada
Fecha: 28-12-2022

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 N03 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: Jhoan Sebastian Pinto Gaitan

No. documento de identidad: 1120332206. Firma: Jhoan Sebastan. P. G.

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Lina Maria Pinto moreno.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Aquiles Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016

Firma:

**Observaciones:** Ingresa niña mayor de 6 meses con un. Diagnostico de Riesgo de desnutricion aguda y fegura Como



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 7.2 | 69,1 | R-DNT- A. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Ung Mana Moreno | 7-1-2022. | 28-12-2022. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 1 año | — |

**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**
1244458572.

**Étnicamente se reconoce como:**
1. ☒ Indígena Pueblo: Piapoco
2. ☐ Rromm Kumpanía: _____
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 | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Jhan Sebastian Pinto | padre | no tiene. |

## 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 se 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 ☐




Escaneado con CamScanner

| ¿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: Barrancominas | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Laguna Colorado. | Dirección: Laguna Colorada. | Coordenadas geográficas: N: W: |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: / Nombre: / | 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 ...)

La ubicacion de la vivienda del beneficiario queda en la parte ultima de la comunidad a la derecha.

## 5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

| Documento | Sí | No | Documento | Sí | No |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento de identidad | X | | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as) | X | |
| Carné de vacunación | X | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | N | A |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | X | | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | X | |

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

Cumple con los documentos requeridos desactualizado y quedo el compromiso de gestionar la actualizacion

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Jhoan Sebastian PC. | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Escaneado con CamScanner