Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inurá - Guainía
Fecha: 10-01-23

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 UNI 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: Ana Cecilia Anaya Muñoz

No. documento de identidad: 1121086204 Firma: Ana Cecilia

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Dixon Sebastian Cardenas Anaya

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

Marcela Serna No. documento de identidad: 42548593.

Firma: Marcela Serna

**Observaciones:**

Niño Mayor de seis meses que ingresa a la modalidad con riesgo de desnutrición aguda



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 6,2 | 63.4 | RDNTA. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Dixon Sebastian Cardenas Amaya | 09-jul-2022 | 10-01-23 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 6 meses 1dia | N/A |

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: 1121726821

Étnicamente se reconoce como:
1. ☒ Indígena Pueblo: Sikuani
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 | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Ana Cecilia Amaya Muñoz | Madre | No Reporta. |

## 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: Guainía | Municipio: Inírida | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Comunidad Pto Esperanza | Dirección: Río Guaviare | Coordenadas geográficas: N: 3°53'35.202" W: 67°55'6.942" |

| 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...):
Beneficiario que vive en la comunidad de Pto Esperanza al lado de la Iglesia Cristiana.

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

| Documento | SI | No | Documento | SI | No |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento de identidad | ✓ | | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as) | ✓ | |
| Carné de vacunación | ✓ | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | N A | N A |
| 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**

Niño Mayor de 6 meses que ingresa a la modalidad en riesgo de desnutrición aguda.

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



Escaneado con CamScanner