Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida.
Fecha: 30-01-2023

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: Leonardo Chipiaje Souza.

No. documento de identidad: 1121715233 Firma: [signature]

Responsable de (nombre de la niña o niño) Leny Carina Gonzalez Camico.

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

Olga Lucia Barrera No. documento de identidad: 1121711992.

Firma: Olga Lucia Barrera.

Observaciones:

Beneficiaria gestante con bajo peso gestacional la cual convive con su pareja el cual en quien autoriza el ingreso a la modalidad

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.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
44.6	146	D.P.E.G.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Leny Carolina Gonzalez Camico	30 - Agosto - 1990	30-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	32 años	16

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [ ] Tarjeta de Identidad
3. [X] 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: 1007097566

Étnicamente se reconoce como:
1. [X] Indígena Pueblo: Curripaco.
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [ ] Ninguna

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO [X] SI [ ]

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Leonardo Chipiaje Sousa	Esposo	3104240458.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 [ ]

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.

Powered by 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: Inirida	Zona: Rural ☐ Urbana ☑
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Conl Porvenir.	Dirección: Resguardo el Paujil.	Coordenadas geográficas: N: 3°52'48.2265" W: 67°5'39.396"

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...): Beneficiaria que vive por los lados del colegio el paujil por los lados del tanque en una casa de color Rosado de madera.

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

Beneficiaria que cuenta con los documentos al dia.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Olga Lucia Barrera. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Powered by CamScanner