Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida.
Fecha: 27 - 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 NV3. 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: Sebastian Ramirez Amaya.

No. documento de identidad: 1121711312. Firma x Sebastián

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Marelvi Rodriguez Garcia.

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

Olga lucia Bautera No. documento de identidad: 1121711792.

Firma: Olga lucia Bautera

**Observaciones:**

Beneficiaria actualmente 14 años que se encuentra en bajo peso gestacional, la cual convive con su pareja el cual tambien es menor de edad en la casa de los padres del esposo / pareja se encuentra en adecuadas condiciones de salud



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 48 | 148 | BPEG. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Marelvi Rodriguez Garcia. | 27-02-2009 | 27-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 13 años 11 meses | 24,2 |

| Tipo de documento de identidad | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: | Número de documento de identidad |
|---|---|---|
| 1. ☐ Registro civil<br>2. ☒ Tarjeta de Identidad<br>3. ☐ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1121716535 |

| Étnicamente se reconoce como | |
|---|---|
| 1. ☒ Indígena Pueblo: Sikuani<br>2. ☐ Rromm Kumpania: _____<br>3. ☐ Negro/a<br>4. ☐ Afro<br>5. ☐ Raizal<br>6. ☐ Palenquera<br>7. ☐ Ninguna | Es desplazado: NO ☒ SI ☐<br>De donde: _____<br>Es víctima directa del conflicto armado: NO ☐ SI ☐<br>Hecho victimizante: _____ |

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Sebastian Ramirez Amaya. | Cuñado | - o - |

## 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 | Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia. | La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad<br>2. Alteraciones a nivel sensorial:<br>☐ Auditiva<br>☐ Visual<br>☐ Gusto<br>☐ Olfato<br>☐ Tacto<br>3. Alteraciones a nivel mental:<br>☐ Cognitivo<br>☐ Psicosocial<br>4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico<br>5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla<br>6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas | 1. ☐ Leve Independiente<br>2. ☐ Moderada Semindependiente<br>3. ☐ Severa Dependiente | Entidad que certifica la discapacidad: _____ |

| ¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? | ¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐<br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | ¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐<br>¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| NO ☐ SI ☐ | | |




Escaneado con CamScanner

| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO ☐ SI ☐ | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO ☐ SI ☐ | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención<br>_____ |
|---|---|---|

| Descripción de la terapia y/o rehabilitación | Descripción de la discapacidad | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| | | |

**4. DATOS DE DOMICILIO**

| Departamento: Guainia | Municipio: Inirida | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Hormiga. | Dirección: Puerto Esperanza | Coordenadas geográficas: N: 3°53'37.5552" W: 68°25'14.166" |

| 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 diagonal a la Iglesia.

**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) | NA | NA |
| 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 menor de edad que cuenta con los documentos al dia, pero no cuenta con las vacunas ya que su embarazo esta iniciando y aun no se encuentra apta para la vacuna gestacional.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br>Sabastián Sebastian Ramirez Amaya.<br><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br>Oba lucia Barrera<br><br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☑ Gestor/a |
|---|---|




Escaneado con CamScanner