1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
46	1.60	Bajo peso Para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Andry Esther Garcia Garcia	08-02-2001	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	21	20 Semana.

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
1.002 353 988

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Ender Perozo Hernandez	Conyugue	

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El. Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Peñon.	Dirección: El cerro.	Coordenadas geográficas: N: 8° 59' 14.075 W: 73° 54' 36.53.

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene. Nombre:	Número de contacto: no tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Se suben Por unas escaleras que queda parte derecha de la casa Cural.

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

Se observa a la beneficiaria con higiene en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Andry E. García García	Yudaly B.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTIGO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
55	1.65	Bajo Peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Michel Leonor Mejia Viana.	21-03-2004	01-01-2004

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☒ Niño o Niña: ☐	19 años	16 semanas.

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
1134182850

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indigena Pueblo: _____
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
Hernando Fuentes Torres	Conyugue	3104060460

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 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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	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 es considerada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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: Bolivar	Municipio: Peñón	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Buenos Aires	Dirección: La parte de atrás del templo	Coordenadas geográficas: N: 8° 74" 69' 51 W: 73° 99" 9' 23

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre: _____ Parentesco: _____	Número de contacto: no tiene Nombre: _____ Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Se debe transportar en moto. se puede ir por el Peñar se deben coger 3. embalses para llegar a Buenos Aires.

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)	NP	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

Se observa con hábitos de higiene en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad. Michel L. Mejia U. Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yorenmis Arango López Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

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
50	160	Bajo Peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Shary Sofia Garcia Meza	25-11-2008	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña ☐	14	10 semanas

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
1050.398.028

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Sebastian Meneses Garcia	Conyugue.	3116634058

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 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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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: Bolívar	Municipio: El peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Peñoncito.	Dirección: Calle Principal	Coordenadas geográficas: N: 8°74'81'887" W: 73°26'83'706"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Se debe coger una moto para llegar hasta alla.

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

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

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

Se observa a la beneficiaria con Higrone en el momento del ingreso.

Sebastian meneses Garcia

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
57	1.60	Bajo Peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Naila Segovia Ochoa.	23-11-1999	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	23	19 semanas

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☒ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	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: _____	1193379289

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Emilson Delgado Polanco	Conyugue	312 224 9535.

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 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	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 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 ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐
NO ☐ SI ☐		

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	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 3 de 3

¿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: Bolivar	Municipio: El Peñon	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: Castañal Barro Arriba.	Coordenadas geográficas: N: 8° 58' 56' 102 W: 73° 58' 7.896

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
llegar al puerto. coger moto hasta el embalse y de ahi caminar o coger otra moto para llega a la poblacion a subir. hasta el otro barrio.

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)	NP	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

En el mareato del ingreso se observa al beneficiario con higrene en su cuerpo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio:
±EMILSON Delgado P.	Yoromni Amargo Fz
Si manifiesta no saber firma colocar Huella	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
55	1.63	Bajo Peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Yenis Paola Meneses Martinez	16-05-2002	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☒ Niño o Niña: ☐	20 años.	22 Semanas.

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: 1050396290

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Edinson Palencia Mejía.	Cuyuge.	3226512005.

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 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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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: Bolivar.	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Buenos Aires.	Dirección: Calle Principal.	Coordenadas geográficas: N: 8°24'64.861 W: 73°92'521

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene. Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Calle Principal parte de atras del templo Católico.

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	NA	

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

Se observa a la beneficiaria con Higiene. en el momento del ingreso.

X.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yenis Paola Meneses Martinez	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
56	1.65	Bajo Peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Maryuris. Benavides Ospino.	16-08-1991.	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	31.	7 Semanas.

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: 1085098938

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Eudo Lima Vanstlaken.	Conyuge	3215896013

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 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 caractenzación 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 [ ]

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: Bolivar	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: la Guadua.	Dirección: Salida a Costaña al pas Chapetona.	Coordenadas geográficas: N: 8° 52 11.111 - 115 11 W: 73° 27 11 59.56

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos ..):

se debe ir en moto. salida de. Costaña se desvia a mano derecha. donde se observa un cultivo de piña.

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

Se encuentra la beneficiaria bastante desarreglada. y la casa. eran poco mugrosa. de espacio.

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
50	1.57	Baja Peso Para edad Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Julia María Taraba Polanco.	31-07-2007	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	15 años	16 semanas.

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
1025048726

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
José Anastacio Terma Elles	Cuñado	3146853730

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 ☐

¿Requiére 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 ☐

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: Bolivar.	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Las Guaduas	Dirección: Salida a costaral.	Coordenadas geográficas: N: 8° 53' 15" 20" W: 73° 22' 37" 56

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene. Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Salida a costaral a mano izquierda. al frente o al lado hay un cultivo de piña.

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

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

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

Se observa a la beneficiaria Asseada. en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Jose Anastacio Lerma Elles	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yulamargo Lopez
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
57	1.67.	Bajo Peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Nileidi Saucedo Serrano.	22-05-1991	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante [X] Niño o Niña: [ ]	31 años.	4 semanas.

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
1002448015.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Daniel Fonseca Castellares.	Conyuge	310 694 24.09

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 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 [ ]

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: Bolivar	Municipio: El Peñón	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La Chapetona.	Dirección: Parte baja.	Coordenadas geográficas: N: 8° 88' 73'' 507, W: -73 97 6,55

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene — Nombre:	Número de contacto: no tiene. — Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

se debe pasar. 2 embalses para llegar. hasta donde se encuentra la beneficiaria. e ir. en moto

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	✓	NA	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

Se observa a la beneficiaria en Higiene en el momento del ingreso

R. Lilevis Saavedra.

Nombre y firma de la beneficiaria o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Yoremis Navarro López. Función. ☑ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
45 K	1.51.	Bajo peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Eidi Luz Guerra Diaz.	01 - 10 - 2000	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	22 años	12 semanas.

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: 1066.602993.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Alfred Meneses Gutierrez	Conyugue.	3218835819.

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 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 ☐

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

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: Bolivar.	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: Calle Principal.	Coordenadas geográficas: N: 8° 58' 11" 56'. 125" W: 73° 56" 20'317"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Se debe llegar en moto. La casa queda al lado de una tienda que queda de esquina.

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	NA	

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

Se observa a la beneficiaria con habitos de limpieza y orden en el manejo del hogar en la casa.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad Eidi Luz Guerra Diaz Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yaneris Ramirez López. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

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
45	1.51.	Bajo Peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Karol Julieth Daza Garcia.	08-04-2009	01-01-2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	13	8 Semanas

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
1023383649.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Yanys Lima Elles.	Suegra.	3045717069.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☑ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Peñoncito.	Dirección: El Cerro.	Coordenadas geográficas: N: 8° 57' 22.525 W: 73° 57' 23.312

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

se llega a la casa coral a la izquierda hay. un colegio. con unas escaleras. subir y a mano. derecha. a 2 casas. vive la Beneficiaria.

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

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

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

Se observa con buena Presentación. en el momento del ingreso.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad Luciano Lima Ellos. Si manifiesta no saber firma colocar Huella	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yolennis Camargo López Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestoría

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
43	1.58	Bajo peso para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Dolcina del Carmen Polo Hernache.	16-10-2008.	01-01-2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	14.	8 semanas.

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
1137359996.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Ismeldo Hernache Martinez.	Madre.	3135849287.

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 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 ☐

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

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: Bolivar	Municipio: El peñon.	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Perondto	Dirección: Cerro san Antonio.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'50.154" W: 73°59'22.310

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no trene. Nombre:	Número de contacto: no trene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

se debe subir un cerro. por la primera entrada.

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)	NP	NP
Carné de vacunación	NA	NA	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

Se observa Sucia a la beneficiaria. en el momento de ingreso

Ismelda arnache martinez

Yorennis Camargo López.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Ismelda Herrache Martinez.	Yorennis Camargo L.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
45	1.60	Peso Peso Normal Normal

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
María Del Carmen Cadena Cobaro.	16.07.1997	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña. [ ]	25	12 semanas.

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
1050 399877.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Elver Navarro Ruiz	Conyuge.	312618 0458.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [ ] SI [ ]

Si la respuestá 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 el 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 tecnica?
NO [ ] SI [ ]

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: Bolívar	Municipio: El Peñon	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería. Peñoncito.	Dirección: Sobiendo una loma.	Coordenadas geográficas: N: 8° 57' 11" 23' 221. W: 73° 56' 11" 29' .992

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: no tiene	Nombre:	Número de contacto: no tiene.	Nombre:
Parentesco.		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Casa ubicada a orillas de la carretera.

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

Se observa a la beneficiaria con un poco de desaseo. en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio:
María del Carmen Cadena C.	Yaromis Zarate.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Función ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
9.3 K	77 cm	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Adrian Alejandro Garcia Palencia	03- 09- 2021.	01-01-2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	1 año - 3 meses	

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
1016837522

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Loondis Yanetzi Palencia	Madre	3195040757.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñón	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: En. el Cerro.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'11"663" W: 73°56'48"65"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3226412835 Nombre: Yeison Garcia H.	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco: Padre.	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Subiendo el cerro Casa de Ladrillo. Con. Jardinera.

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)	NA	NA
Afiliacion 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

En el momento del ingreso el beneficiario se encontraba con buena Higiene personal

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11.1K.	87 cm.	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Saul Andres Hernandez Garcia.	13-10-2020	01-01-2023

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

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
1050400661

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Diana Carolina Garcia Sequea.	Madre.	3223492 4254.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñón	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancherla: Castañal	Dirección: A la entrada dela Vereda Castañal.	Coordenadas geográficas: N: 8° 57' 26,22276" W: 73° 52' 29,6' 20,81

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3234924254 Nombre: Diana Garcia.	Número de contacto: 3215555351. Nombre: Elisney Olivero.
Parentesco: Mamá.	Parentesco: tia

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La casa queda en toda la via de la carretera hay unas mesas de billares.

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)	NA	NA
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

Se observa al beneficiario descalzo y con poca Higiene Personal en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: X Diana Garcia S.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yoremis Camargo Lopez.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11.5	87 cm	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Emily Andres Navarro Hernandez	21-03-2021	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña: ☒	1 año 9 meses.	

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
1050400 717

Etnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Damaris Hernandez Ortega.	Madre.	314 608 4892

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 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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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:	Municipio:	Zona:
Bolivar	El Peñon.	Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas:
Castaña	Subiendo la loma.	N: 8° 56' 52,646. W: 73° 56' 24,6

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto:	Nombre:	Número de contacto:	Nombre:
No tienen.		No tienen.	
Parentesco:		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La casa se encuentra a 2 casas del Templo Evangelico

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)	NA	NA
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

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

En el momento del ingreso el beneficiario se encuentra. Sucio y descalzo

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio
X Damaris Hernandez Ortega.	Yaremis Camargo Lopez.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

RESERVADO

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
.8 K	70 cm	Riesgo de desnutrición aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Daniel Delgado Hernandez	04-10-2021.	01-01-2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña: ☒	1- año 2 meses.	

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: 1050400771

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Silvia Maria Hernandez Ortega.	Madre.	314 608 4892.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñón	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: Cubriendo la loma.	Coordenadas geográficas: N: 8°57'00,8" W: 73°56'24,94"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Diagonal a la casa de Emir.

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)	NA	NA
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

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

Se observa al beneficiario Con Higiene Personal en el momento del ingreso.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:
Silvia Marcela Hernandez ortega

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ 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 POLITICA 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
11 K	97 Cm.	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Emilio Isabel Hernandez Hernandez	14-04-2021	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña: ☒	2 años 8 meses.	

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
1.050400756.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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/resppnsable	Parentesco	Número de contacto
Katerine Hernandez Martinez	Madre.	3107485385.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñón	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: Via a los Guaduas.	Coordenadas geográficas: N: 8°56'36.106" W: 73°51'6"20.38"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Cobijando una toma casa de esquina de ladrillo.

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)	NA	NA
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

Se observa al beneficiario sin zapatos. en el momento del ingreso.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yaleisis Hernandez.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yorenis Navarro López.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
10 K.	77 Cm.	Riesgo de desnutricion Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Salveth Vanesa Tiesplacios M.	01 - 09 . 2021.	01 - 01 - 2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	1 año 3 meses.	

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
1216983474

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Marcial Tiesplacios Diaz	Padre.	321 676 8532.

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 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 ☐

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 POLITICA 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: Bolivar	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: Parte de Arriba.	Coordenadas geográficas: N: 8°56'12.801. W: 74°52'8'32

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Parte arriba. le dican en el otro barrio.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso se observa el beneficiario desaregado.

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11 K	85 Cm.	Riesgo de desnutrición aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Liam Isaac Padilla Amaris	06 - 04 - 2021.	01 - 01 - 2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña. ☒	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	1 año 9 meses	

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3 ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	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: _____	1050400727

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 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
Johandi Amaris Ruz.	Madre	323 240 0053.

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 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	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 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?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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: Bolivar	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Castañal.	Dirección: Parte baja Castañal.	Coordenadas geográficas: N: 8°54'59"62 W: 73° 59'17"25

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Cerca de una planada.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso se observa al niño. descalzo y descuidado en el momento.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yuberlandy Amapis Ruiz	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yoenris Navarro López.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
8 K.	69 Cm.	Riesgo de desnutrición aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Esmeralda Rosta Simanca.	19-02-2022	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante. ☐ Niño o Niña: ☒	11. meses	

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
1.050 400 821

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Yelizza Simanca Rodelo	Madre.	3116157568

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 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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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:	Municipio:	Zona:
Bolivar	El peñón	Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas:
La Castelona	Calle arriba.	N: 8°89'75'35 W: -73 95'61'105''

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: no tiene Nombre: Parentesco:	Número de contacto: no tiene. Nombre: Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

En la calle arriba se debe coger moto y hacer 2 embalses.

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)	NA	NA
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

Al beneficiario se le encuentra en buenas condiciones Higrenicas. en el momento del ingreso

Yelixza

Yorennis Camargo López.

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.	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
53 k.	1.65	Bajo Peso. Para edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Lina Marcela Arias Ballesteros.	11-01-2007	01-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	15 años.	9 semanas

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
1050397595.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Jeison Garcia Garcia.	Conyugue.	3208952798.

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 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 ☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

...TOS 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: Bolivar	Municipio: El Peñon.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: El Pensamiento	Dirección: El Cerro.	Coordenadas geográficas: N: 8° 58' 36.107.08" W: 73° 62' 437. 20

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: no tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

Se debe subir por la segunda entrada del Cerro.

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	NA	NA	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

Se observa a la beneficiaria con Higiene en el momento del ingreso

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yeison Garcia Garcia.	Yoremis Navarro Lopez
Si manifiesta no saber firma colocar Huella	Función ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestoría

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
46	152	Bajo Peso Para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Elizabeth Raad Villafañe	25-02-1996	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	26 años	17

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☐ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☒ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	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: _____	1049899346.

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Elizabeth Raad Villafañe.	Beneficiaria	320 765 23 63.

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	Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
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	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 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 ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐
NO ☐ SI ☐		

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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: la boca Victoria	Dirección: Via la Victoria. la boca Victoria.	Coordenadas geográficas: N: 8°57'36.857" W: 74°07'05.563"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
la vivienda queda ubicada via la victoria, cerca de la carretera, la casa es de tabla Se puede llegar en moto.

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

En el momento del ingreso la beneficiaria estaba desarreglada y descalza.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Elizabeth Raad V	Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	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 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
9.3	80	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Jesus Manuel Rodriguez Benitez	04-05-2021.	01-01-2023.
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	**Edad al ingreso beneficiario/a** 1 año 7 meses.	**Para mujeres gestantes- semanas de gestación** NA.

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 he 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
1216983037

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Yarlet Patricia Benitez	Madre	3116189467.

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 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 ☐

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombr entidad atención
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: San Miguel Barrio Centro	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 9°58'57.849" W: 73°59'44.852"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene	Número de contacto: No tiene
Nombre:	Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (Indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada cerca de la calle de la concha en una casa de ladrillo, se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño se encontraba aseado y calzado.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yostt P Benitez Ramos	Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11.2	89.	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Yan Carlos Arroyo Uriana	18-07-2020	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	2 años. 6 meses.	NA-

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: 1079691434.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Yan Carlos Arroyo Robles	Padre.	314 820 89 02

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 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 ☐

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 POLITICA 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: Nombr entidad atención
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda. Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: San Miguel	Coordenadas geográficas: N: 8°58'58.552" W: 73°59'45.656"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):

la vivienda queda ubicada cerca de la carretera, la casa es de ladrillo se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño se encontraba desarreglado y descalzo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yerimar Viana.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
51	153.	Bajo peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Saida Nuñez Beleño	23-01-1992.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]

Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
30 años.	23.

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: 1143358146.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Saida Nuñez Beleño	Beneficiaria.	3105267694.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda. Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Urbanización Nuevo amanecer.	Dirección: Nuevo amanecer.	Coordenadas geográficas: N: 8°57'41.304" W: 74°04'18.707"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
la vivienda queda ubicada en la urbanización del barrio nuevo amanecer se puede llegar en moto, calle del centro.

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)	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

En el momento del ingreso la beneficiaria se encontraba aseada y arreglada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Saida Liz M.B.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Pivelra.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
13.4	100 cm	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Luis Alfonso Andrade Bandera	23-07-2018	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	4 año. 5 meses.	NA.

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: 1216979397-

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Irleidys Bandera Urrutia	Madre.	3104247704.

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 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 ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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

Zona: Rural ☒ Urbana ☐

Departamento: Bolivar

Municipio: Hatillo de loba

Coordenadas geográficas: N: 8°58'58.962" W: -73°59'46.182"

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:

Dirección: San Miguel.

Primera opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Segunda opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación. (Indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

la vivienda queda ubicada en la primera bajada cerca de la carretera se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño estaba desarreglado y descalzo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Yuleidis Bandera

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Cindy Riveira

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ Gestor/a

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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
14	103.	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
David Mejia Figueroa	05-12-2018	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	4 años.	NA

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
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: 1216980005.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indigena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Julieth Figueroa Cantillo	Madre.	310 645 0468.

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 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 ☐

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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Barrio Abajo San Miguel.	Dirección: . San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'59.428" W: 73°59'46.466"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada en el barrio Abajo, casa de material. la segunda bajada, se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño se encontraba desarreglado y descalzo

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yuliceth Figueroa Castillo	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

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
53	161	Bajo Peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Wendy Paola Ramirez Beleño	03-09-1995.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]

Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
27 años.	14

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: 1049895082.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Wendy Ramirez Beleño.	Madre	320 220 34 75.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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: Bolivar.	Municipio: Hatillo de loba.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Barrio Nuevo amanecer	Dirección: Barrio Nuevo amanecer	Coordenadas geográficas: N: 8°57'28.945" W: 74°04'43.957"

Primera opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:

Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
la vivienda queda ubicada en la urbanizacion nuevo amanecer calle de las ultimas casas se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba arreglada y aseada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:
Wendy Paola Ramirez Beluño.

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:
Cindy Riveira

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
49	153.	Bajo peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Mariana Vanessa Cantillo Ramos	15-01-2004.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	18 años.	21

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: 1049895339

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Mariana Cantillo Ramos	Beneficiaria.	3207530994.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	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 3 de 3

¿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: Bolivar.	Municipio: Hatillo de loba.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda. Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Barrio Abajo San Miguel.	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N 8°58'31.386" W 73°59'42.468"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: No tiene	Nombre:	Número de contacto: No tiene	Nombre:
Parentesco:		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La vivienda queda cerca de la carretera la segunda bajada la casa es de tabla, casa color blanco, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba aseada y calzada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Marianavanessa Castillo Ramos Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ 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 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
48.	156	Bajo peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Laura Vanesa Rangel Cantillo	30-11-1997	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	25 años.	14.

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: 1193576064.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Laura Rangel Cantillo	Beneficiaria	311 349 6804.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: San Miguel Barrio Abajo.	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'57.048'' W: 73°59'42.777''

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
la vivienda queda Ubicada cerca de la señora Darlys Castillo cerca de la carretera, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento de ingreso la gestante estaba desarreglada y descalza.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Laura Vanessa Rangel C	Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella.	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
50	158	Bajo peso Para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Gloribeth Roble Cantillo	09-12-1996	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	26 años	17

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: 1049896286.

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Gloribeth Roble Cantillo.	Beneficiaria	311 606 29 87

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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: Bolivar.	Municipio: Matrillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'57.343'' W: 73°59'42.733''

Primera opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Segunda opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):

la vivienda queda ubicada en el barrio centro, una casa de labillo, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba aseada y calzada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Elizabeth Robles castillo

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Cindy Riveira

Función:

- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ 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 SERAN 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
57	162.	Bajo peso para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Albanis Quiroz Nevado	21-09-1997	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	25 años.,	25.

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: 1049899723.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indigena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Albanis Quiroz Nevado	Beneficiaria	320 666 80 71

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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:	Municipio:	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Bolivar	Hatillo de loba.	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Barrio centro, Cerro de las aguadas.	Dirección: El cerro de las Aguadas.	Coordenadas geográficas: N: 8°57'22.349" W: 74°03'79.553"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: No tiene	Nombre:	Número de contacto: No tiene	Nombre:
Parentesco:		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):
la vivienda queda ubicada en el cerro de las Aguadas, en la primera bajada, una casa alta, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante se encontraba aseada y arreglada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Alban S Quiroz N	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ 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 POLITICA 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
47	153	Bajo peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Ana Daniela Rodriguez Rojas.	02-05-2002.	01-07-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	20 años.	12.

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: 1051734565.

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Ana Daniela Rodriguez	Beneficiaria	312 639 5774.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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: Bolivar.	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda. Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Urbanización Nuevo amanecer.	Dirección: Nuevo amanecer.	Coordenadas geográficas: N: 8°57'43.302" W: 74°04'13.868"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada en la urbanización nuevo amanecer los ultimos casas, la casa es color rojo. se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba arreglada y calzada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Ana daniela Rodriguez	Cindy Rivera
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla Inicial beneficiario	Clasificación nutricional
10.3	87	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Elianis Sofia Miranda Diaz	31-01-2020	01-01-23.

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
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: 1216981807

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Yisela Paola Diaz	Madre	3106865041

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorias 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 ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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:	Municipio:	Zona:
Bolivar	Hatillo de loba.	Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda. Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas:
Barrio centro	San Miguel.	N: 8°58'57.603" W: 73°59'36.921"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación. (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada cerca de la señora yarlet benitez Se puede llegar en moto.

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)	NA	NO
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

En el momento del ingreso la niña se encontraba arreglada y calzada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yisela Paola Diaz castillo	Cindy Riveira.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
12	96	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Adrianis Carolina Arroyo Cuentas	26-05-2019.	01-01-2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	3 años 7 meses.	NA.

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: 1216980861

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indigena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Yosaira Cuentas Rodriguez	Madre.	313 738 7569.

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 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 ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07
		Versión 2	Página

¿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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: San Miguel. Barrio Abajo	Dirección: San Miguel	Coordenadas geográficas: N: 8°58'59.373" W: 73°59'46.781"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: No tiene	Nombre:	Número de contacto: No tiene.	Nombre:
Parentesco:		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada cerca del cementerio viejo, se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso la niña se encontraba desarreglado y descalzo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yoscira Cuentas Rodriguez	Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ 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 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
52	163	Bajo Peso Para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Noreinys Ballesteros Aragon	10-08-1999.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☐	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	23 años.	12.

Tipo de documento de identidad
1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☒ Cédula Ciudadania
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
1002318804.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Noreinys Ballesteros	Beneficiario	3125253807.

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 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 ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2 MO7.PP	07/04/2
		Versión 2	Página 3 de

¿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: Bolivar	Municipio: Hatillo de Loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: San Miguel. Barrio Abajo	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 9°58'59.373", W: 73°59'46.181"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 318 308 97 38 Nombre: Norelnis Ballesteros	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco: Beneficiaria	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación. (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
En el momento del ingreso la gestante se encontraba en su casa que queda en el barrio Abajo, la casa es de tabla se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba arreglada y calzada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Norelnis Ballesteros A.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
44	151	Bajo Peso Para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Maired Sanchez Varela	23-11-2006.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	16 años.	11.

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] 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: 1049896415.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Jose Blas Quiroz Villafañe	conyugue.	312 203 2538

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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: Bolivar.	Municipio: Hatillo de loba.	Zona. Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Botonal, Barrio Arriba	Dirección: Botonal.	Coordenadas geográficas: N: 8° 57'50.224" W: 74°09'14.751"

Primera opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre: _____

Parentesco: _____

Segunda opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre: _____

Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada en el corregimiento de botonal. en las ultimas casas se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba arreglada y aseada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Jose Quiroz

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Cindy Riveira.

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
58	166.	Bajo Peso Para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Sara Yulieth Barrionuevo Garcia	30 - 03 - 2006.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	16 años.	25.

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] 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: 1049 897 331.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indigena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Lilis Yurieth Barrionuevo	Madre.	320 651 3143.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09
		Versión 2	Página 3 de 3

¿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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: urbanización nueva esperanza	Dirección: Nueva Esperanza	Coordenadas geográficas: N: 8°37'20.649'' W: 74°05-00.001''

Primera opción de contacto

Número de contacto: 3134906326 Nombre: lili Yurieth B.

Parentesco: Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada en el barrio nueva esperanza urbanización Se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba aseada y arreglada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

Lilis Yurieth Barriosnuevo García.

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Cindy Riveira

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
10	85	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Mathias Jose Rodriguez Acosta	02-09-2020	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	2 años 3 meses.	NA.

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
1216981926.

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indígena Pueblo: _____
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
Maria de Jesus Acosta	Madre.	3103959067.

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 sistemico
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 ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: San Miguel. Barrio Arriba	Dirección: San Miguel	Coordenadas geográficas: N: 8°59'00.977" W: 73°59'23.382"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene Nombre:	Número de contacto: No tiene Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada para la via del embalse cerca de la carretera se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño se encontraba descalzo y desarreglado

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Nombre de la Madre Acudiente Ochoa	Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
45	156	Bajo peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Madenys Romulo Cano	26-09-1999.	01-01-22.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	23 años.	12

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: 1131134301.

Étnicamente se reconoce como:
1. [ ] Indígena Pueblo: _____
2. [ ] Rromm Kumpania: _____
3. [ ] Negro/a
4. [ ] Afro
5. [ ] Raizal
6. [ ] Palenquera
7. [X] 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
Madenys Romulo Cano	Beneficiaria.	314 820 32 74.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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:	Municipio:	Zona:
Bolivar	Hatillo de loba	Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas:
San Miguel Barrio Arriba	San Miguel.	N: 8° 58' 58.720" W: 73° 59' 27.377"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto:	Nombre:	Número de contacto:	Nombre:
No tiene.		3136944245	Madenis Romulo
Parentesco:		Parentesco:	Beneficiaria

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada en el barrio Arriba, la casa es de color blanco, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba arreglada y calzada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Madenis Romulo Cano Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Cindy Riveira Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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
11	87	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Joshuar Jose Amaris Martinez	09-06-2020	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	2 años. 6 meses.	NA.

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
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: 1300000957

Étnicamente se reconoce como:
1. ☐ Indigena Pueblo: _____
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐
De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐
Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Iris Martinez Ospino	Madre.	3244640308

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorias 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 ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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: Bolivar	Municipio: Hatillo de loba	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Barrio Arriba	Dirección: San Miguel.	Coordenadas geográficas: N: 8°58'58.153" W: 73°59'27.372"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: No tiene. Nombre:	Número de contacto: No tiene. Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada en el barrio Arriba, cerca de madenis Romulo, se puede llegar en moto.

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)	NA	NA
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

En el momento del ingreso el niño estaba desarreglado y descalzo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Iris Martinez Ospino	Nombre y firma de la persona que diligencio: Cindy Riveira
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
48	160	Bajo peso para la edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
LicenY Mendez Martinez	23-05-2006.	01-01-23.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	16 años.	22.

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] 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: 1049895354.

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Alfredys Rodriguez D	Conyugue.	314 704 1557

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] 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 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 [ ]

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

Zona: Rural ☒ Urbana ☐

Departamento: Bolivar

Municipio: Hatillo de loba

Coordenadas geográficas: N: 8°58'58.153" W: 73°59'21.372"

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: San Miguel Barrio Arriba

Dirección: San Miguel

Primera opción de contacto

Número de contacto: 302 6 67 37 93 Nombre: Alfredy Rodriguez

Parentesco: Conyugue

Segunda opción de contacto

Número de contacto: No tiene Nombre:

Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La vivienda queda ubicada en el barrio de Arriba, en las ultimas casas, se puede llegar en moto.

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)	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

En el momento del ingreso la gestante estaba aseada y arreglada

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:

ALFREDIS

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Cindy Rivera

Función:
- ☐ Nutricionista
- ☐ Profesional social
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner