



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

Versión 2

Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): La Unión
Fecha: 11-03-2023

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS no 3 contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Sildana Juneth Garrido Gaitan

No. documento de identidad: 1124778348 Firma 

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hijo de Sildana Juneth Garrido Gaitan

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

Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 112171016

Firma: AR

Observaciones:

Ingresar niño nacido bajo la Modalidad
y figura como Acudiente la madre.

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.

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

2.95

Talla inicial beneficiario

50

Clasificación nutricional

RDA.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Hijo de Sildana Janeth Garrido

Fecha de nacimiento

10-03-2023

Fecha de Ingreso

11-03-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

0 meses.

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

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

SD

Étnicamente se reconoce como:

1. ☒ Indígena Pueblo: piapoco
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

Sildana Janeth Garrido

Parentesco

madre

Número de contacto

no tiene

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
 - ☐ Auditiva
 - ☐ Visual
 - ☐ Gusto
 - ☐ Olfato
 - ☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
 - ☐ Cognitivo
 - ☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de 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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS
PARA CAMBIAR EL MUNDO

Versión 2

Página 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: <u>Guainia</u>	Municipio: <u>Barrancominas</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>La Union</u>	Dirección: <u>Inspeccion La Union</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>6°3'12"01"</u> W: <u>70°07'15"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: <u>/</u> <u>/</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: <u>/</u> <u>/</u>
--	--

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

La vivienda del menor nacido bajo la modalidad queda en la esquina afrente del parque infantil.

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

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

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

No cuenta con los controles, carnet control de crecimiento y desarrollo, ni afiliación a salud y el compromiso es gestionarlo lo mas pronto posible

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>[Firma]</u> Si manifiesta no saber firmar colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>[Firma]</u> 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.

Escaneado con CamScanner