

 BIENESTAR FAMILIAR	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): Barrancominas
 Fecha: 17-03-2023

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 NO3. contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Andrea Ismelia Cabares Morales

No. documento de identidad: 1124798072 Firma: [Firma]

Responsable de (nombre de la niña o niño) Karla Alejandro Rojas Cabares

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

Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016

Firma: [Firma]

Observaciones:

Ingresó una mayor de 6 meses que presenta
Riesgo de desnutrición aguda y figura como
accidente 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
10,3

Talla inicial beneficiario
85

Clasificación nutricional
R-DNT-A

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a
Karla Alejandra Rojas Cabares

Fecha de nacimiento
21 Oct 2020

Fecha de Ingreso
17-03-2023

Tipo de beneficiario/a
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a
2 años

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 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
1121724895

Étnicamente se reconoce como:
1. ☒ Indígena Pueblo: **Sikuaní**
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
Andrea Cabares

Parentesco
madre

Número de contacto
3204404814

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	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>Covandía</u>	Municipio: <u>Barrancomina</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>INVASION</u>	Dirección: <u>Invasión</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>03° 29' 33"</u> W: <u>69° 48' 65"</u>

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: <u>320 440 4814</u> Nombre: <u>Andrea Cabares</u>	Número de contacto: _____ Nombre: _____
Parentesco: <u>madre</u>	Parentesco: <u>/</u>

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

La ubicación de la vivienda de la menor queda en el barrio Invasión en el municipio

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 <u>La niña vinculada cumple con los documentos completos y el compromiso es que se sigue al día con los respectivos controles de salud.</u>
--

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:  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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.