## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 48 kg. | 1.55 cm. | Bajo peso para la edad gestacional |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Paula Andrea Rodriguez Diaz | 06/01/1996. | 01/01/2023. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 27 años. | 5 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<br>2. ☐ Tarjeta de Identidad<br>3. ☒ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1007780559. |

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

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Paula Andrea Rodriguez D. | Beneficiaria | 3147866953 |

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

| ¿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 ☐<br><br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | NO ☐ SI ☐<br><br>¿Cuenta con la ayuda técnica?<br>NO ☐ SI ☐ |


RESERVADA

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: Margarita. | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La Isla. | Dirección: Sin nomenclatura | Coordenadas geográficas: N: 9° 08' 17.617" W: 74° 20' 14.541" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3147866953. Nombre: Paula Rodriguez. | Número de contacto: 3172139864. Nombre: Claudia |
| Parentesco: Beneficiara. | Parentesco: Amiga. |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada a 2 horas del pueblo

## 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

En el momento del ingreso la madre manifiesta que tiene mucho vomito.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Paula Andrea | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yaira Garcia Jones |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a |

RESERVADA



Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO | F2.MO7.PP | 07/09/2020 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 1 de 3 |

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

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

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE 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: Maira Alejandra Moreno Rodríguez

No. documento de identidad: 1004222054 Firma maira alejandra

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Amin José Arevalo Moreno

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Harly Garcia Gonzalez. No. documento de identidad: 1051662646

Firma: Harly Garcia Gonzalez

**Observaciones:**

La madre acepta la atención del menor en 1000 dias para su recuperación nutricional ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda

PREVIA



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 14 | 100 | Riesgo de desnutrición aguda |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Amin José Arevalo Moreno | 10/01/2019 | 01-01-2023 |

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

**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**
1051680293

**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 |
|---|---|---|
| María Alejandra Moreno R. | Madre | 3215384996 |

## 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: San fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Chipe | Dirección: Calle principal Chipe | Coordenadas geográficas: N: 9°09'41.942" W: 74° 21' 05.567" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3215384496 Nombre: Mario A. Moreno | Número de contacto: Nombre: |
| Parentesco: Padre | Parentesco: |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Está ubicado en la calle principal en una finca
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) | | |
| 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

El menor se encontraba muy agripado sucio y sin calzado.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Maira Alejandra | Harly García González |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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.

RESERVADO

Powered by CamScanner

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Guasimal
Fecha: 01-01-2023

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

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE 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: Yohana del Carmen Cortes Nieto

No. documento de identidad: 1050460300 Firma: Yohana cortez nieto

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Dilan David Miranda cortés.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Harly Garcia Gonzáles. No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly Garcia Gonzáles

**Observaciones:**

La madre del menor acepta la atención que le brinda el programa 1000 dias para la recuperación nutricional del menor, ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 13k | 96cm | Riesgo de desnutrición Aguda. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Dilan David Miranda Cortes. | 18-08-2019 | 01-01-2023 |

| 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 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**
1031851606

**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 |
|---|---|---|
| Yohana del Carmen Cortés N. | Madre | 3218340944 |

## 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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Cuasimal | Dirección: Cuasimal | Coordenadas geográficas: N: 9°08'33.868" W: 74°20'08.344" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3218340944 Nombre: Yohana Cortes | Número de contacto: Nombre: |
| Parentesco: Madre. | Parentesco: |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Está ubicada la vivienda en la 3 calle, atras del aqueducto viejo o detras de la cancha Sintetica, se puede llegar

## 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) | – | – |
| 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

El menor se encobtraba desayunando y su alrededor habia mucho animal domestico.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Yohana cortez nieto | Harly García González |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): San Fernando
Fecha: 01-01-2023

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

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE 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: Wiliam nieto nieto

No. documento de identidad: 1050461666 Firma: WilliAM Nieto Nieto

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Hayolis yuliana Silgado Robles.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Harly Garcia Gonzalez No. documento de identidad: 1051 662696

Firma: Harly García González

**Observaciones:**

El responsable y la madre gestante acepta la atención de 1000 días para la recuperación nutricional, ya que se encuentra en bajo peso para su edad gestacional.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 47 | 1.50 | Bajo Peso Gestacional |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Hayolis Yuliana Silgado Robles | 26-02-2007 | 01-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 15 años. | 22 |

| Tipo de documento de identidad | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: | Número de documento de identidad |
|---|---|---|
| 1. ☐ Registro civil<br>2. ☒ Tarjeta de Identidad<br>3. ☐ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1050458665 |

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

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Wiliam Nieto Nieto | Conyugue | 3143011865 |

## 3. DISCAPACIDAD

**Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐**

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

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

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




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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Las cuevas | Dirección: Las cuevas | Coordenadas geográficas: N: 9°09'01.561" W: 74°21'26.254" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3142011865 Nombre: Wiliam Nieto N. | Número de contacto: Nombre: |
| Parentesco: Conyugue | Parentesco: |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda esta ubicada en una finca, al principio de las cuevas, se puede llegar en moto.

## 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) | - | - |
| Carné de vacunación | X | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | X | |
| 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

La madre gestante se encontraba un poco despeinada y en los que haceres cotidianos

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| • wiliAM Nieto Nieto | Harly García González |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Lazaro
Fecha: 01-01-2023

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

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE 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: Sandy Johana López Ortíz

No. documento de identidad: 1050458508 Firma: Sandy Johana López

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Andrés Nieto López

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Marly García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Marly García González

**Observaciones:**

La madre acepta voluntariamente la atención brindada por 1000 días para la recuperación nutricional del niño, q q que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.

RESERVADA



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 10 | 82 | Riesgo de desnutrición Aguda |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Andres Nieto López | 25-11-2020 | 01-01-2022 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 2 años. | 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
1050462777

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 |
|---|---|---|
| Sandy Johana López Ortiz | Madre | 313717 9754 |

## 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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Lazaro | Dirección: Lazáro | Coordenadas geográficas: N: 9°09'01.560" W: 74°21'26.254" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3137179754 Nombre: Sandy J Lopez | Número de contacto: Nombre: |
| Parentesco: Padre | Parentesco: |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Su vivienda queda ubicada en la calle principal bajando entrando al pueblo, 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) | | |
| Carné de vacunación | | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | | |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia fisica, obtenerlo virtualmente) | | | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | | |

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

El menor se encontraba descalzo y sin camisa, además con flema en su carita.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| • Sandy Johana lopez<br><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Marly García González<br><br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO | F2.MO7.PP | 07/09/2020 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 1 de 3 |

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Cuatro bocas
Fecha: 01-01-2023

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

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE 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: Luis Javier Imbrecth Vidales

No. documento de identidad: 1002 377 606 Firma: Luis Javier Imbrecht

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Francisco Javier Imbrecth.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Yarly Garcia Gonzalez No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: Yarly Garcia G.

**Observaciones:**

El padre del menor acepta la atención de 1000 dias para la recuperación nutricional del menor, ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 14 | 100 | Riesgo desnutrición aguda. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Francisco Javier Imbrecth P. | 18/03/2019 | 01-01-2023 |

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

| Tipo de documento de identidad | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa: | Número de documento de identidad |
|---|---|---|
| 1. ☒ Registro civil<br>2. ☐ Tarjeta de Identidad<br>3. ☐ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1051680444 |

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

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Luis Javier Imbrecth V. | PADRE | 3215456566 |

## 3. DISCAPACIDAD

**Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐**

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

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

| ¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? | ¿Requiere ayuda de otra persona? | ¿Requiere ayuda técnica? |
|---|---|---|
| NO ☐ SI ☐ | NO ☐ SI ☐<br><br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | NO ☐ SI ☐<br><br>¿Cuenta con la ayuda técnica?<br>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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Cuatro bocas | Dirección: Cuatro bocas. | Coordenadas geográficas: N: 9°11'34.306" W: 74°27'01.594" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3215456566 Nombre: Luis J. Imbrecht | Número de contacto: Nombre: |
| Parentesco: Padre | Parentesco: |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda en la calle Principal, barrio abajo, frente al colegio de primaria, 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) | | |
| 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

El menor se encontraba en la calle, un poco sudado, sucio y sin calzado.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| • Luis Javier Imbrecht. | • Yorly García González |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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 |
|---|---|---|
| 45kg. | 1.59cm | Bajo peso para la edad gestacional. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Sady Luz Nieto Mercado. | 12/07/2006. | 01/01/2023. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 16 años. | 19 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
1142914961.

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 |
|---|---|---|
| Sady Del Socorro Mercado. | Madre. | 3126454571. |

## 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 ☐

¿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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Pampanilla. | Dirección: Calle principal. | Coordenadas geográficas: N: 9° 05' 26.948" W: 74° 18' 46.916" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3126454571 Nombre: Sady Neto. | Número de contacto: 3134305267 Nombre: Yolima Bolloso. |
| Parentesco: Beneficiario. | Parentesco: Amigo. |

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

la vivienda se encuentra ubicada en la calle principal al lado de una tienda.

## 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) | – | – |
| Carné de vacunación | | X | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | X | |
| 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

En el momento del ingreso la madre gestante no presenta el carne de vacuna.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Sady del Socorro Mercado | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yaira Garcia Torres |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |

RESERVADA



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 60 kg. | 1.71 cm. | Bajo peso para la edad gestacional |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Eufania Perez Castro. | 14/05/1994. | 01/01/2018. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 28 años. | 21 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<br>2. ☐ Tarjeta de Identidad<br>3. ☒ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1050460801. |

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

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Eufania Perez Castro. | Beneficiario | 3148579108. |

## 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<br>2. Alteraciones a nivel sensorial:<br>☐ Auditiva<br>☐ Visual<br>☐ Gusto<br>☐ Olfato<br>☐ Tacto<br>3. Alteraciones a nivel mental:<br>☐ Cognitivo<br>☐ Psicosocial<br>4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico<br>5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla<br>6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas | 1. ☐ Leve Independiente<br>2. ☐ Moderada Semindependiente<br>3. ☐ Severa Dependiente | Entidad que certifica la discapacidad: _____ |

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

RESERVADA

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: San fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: el palmar | Dirección: Calle principal. | Coordenadas geográficas: N: 9° 05' 27. 159" W: 74° 21' 31. 111" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3148579108. Nombre: Eufania perez. | Número de contacto: 3205879690 Nombre: Gudith Marquez. |
| Parentesco: Beneficiaria | Parentesco: Amiga. |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda se queda ubicada en la calle principal al lado del cementerio.

## 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) | — | — |
| Carné de vacunación | X | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | X | |
| 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

En el momento del ingreso la madre gestante se encontro descalza.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| EUFANIA Perez castro<br><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Yaira Garcia Torres.<br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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.

RESERVADO

Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 13 kg. | 96cm | Riesgo de desnutrición aguda. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Eder José Guzman Gulloso. | 23/05/2019. | 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**
1050 462 834.

**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 |
|---|---|---|
| Yolima Gulloso Pava. | Madre. | 3134305267. |

## 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 ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirlá 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.

RESERVADA

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: San Fernando. | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: El palmar. | Dirección: Calle principal | Coordenadas geográficas: N: 9° 05' 26. 572" W: 74° 21' 30. 34,0 |

Primera opción de contacto

Número de contacto: 3134305267 Nombre: Yolima Gulloso.

Parentesco: Madre.

Segunda opción de contacto

Número de contacto: 3136449184 Nombre: Eder Quiñonez.

Parentesco: Amigo

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

La vivienda queda ubicada a tres cerca del cementerio

**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) | — | — |
| 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**

En el momento de ingreso el niño se encontraba desaseado.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yolima Gulloso Para | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☐ Gestor/a |


RESERVADA





Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 3.8 kg | 50 cm. | Adecuado peso al nacer |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Lionel Beleño Segovia. | 04/12/2022. | 01/01/2023. |

| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| | 27 días. | 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**
1050463092.

**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 |
|---|---|---|
| Nairys Segovia Ballestero. | Madre | 3216301352. |

## 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 ☐


RESERVADA

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: San Fernando | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: | Dirección: | Coordenadas geográficas: N: W: |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3216301352 Nombre: Nairys S. | Número de contacto: 3148430240 Nombre: Eliana R. |
| Parentesco: Madre | Parentesco: Amiga. |

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 calle principal en el barrio arriba al lado de una barbería

**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 | X | |

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

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Nairys S. | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yaira Baraa Torres |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a |


RESERVADA

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 |
|---|---|---|
| 10 Kg. | 89cm. | Riesgo de desnutrición aguda |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Laura Vanesa Nieto Amaris. | 12/03/2020. | 01/01/2021. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 2año - 9meses | 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**
1.104.137.847.

**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 |
|---|---|---|
| Mirleyda Amaris Cardeño. | Madre | 3133237262. |

## 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 ☐

**¿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.

RESERVADA

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: San fernando. | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Chipe. | Dirección: Calle Principal | Coordenadas geográficas: N: 9°10'10.010" W: 74° 21'21.118" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3133237262 Nombre: Mirleyda A. | Número de contacto: 3134305267. Nombre: Yolis A. |
| Parentesco: Madre | Parentesco: Amiga. |

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 calle principal y se puede llegar en moto.

## 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) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso la menor se encontraba desaseada

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| .Mirleida A<br><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Yaira Garay Jimenez<br><br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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.

RESERVADA

Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 10 kg. | 83 cm | Riesgo de desnutrición aguda |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Jaikol Ricardo Echeverria | 22-03-2021 | 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 | 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**
1052704678

**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 |
|---|---|---|
| Mayerlis Chica García | Madre | 313 554 56 98. |

## 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<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Tesuro | Dirección: Sin nomenlatura | Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 52.240" W: 74° 22' 42.261" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3135545698 Nombre: Mayerli chica | Número de contacto: 3146830729 Nombre: Carolina chica |
| Parentesco: Madre | Parentesco: Tia |

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 cuarto callejon y se puede llegar en moto.

**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) | — | — |
| 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**

En el momento del ingreso la vivienda se observaba desorganizada.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Mayerlis chica<br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yajaira Estrada Hayans<br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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 |
|---|---|---|
| 58 kg. | 165 cm. | Bajo Peso para la edad gestacional |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Yuliza Centeno Borja. | 22/10/1995. | 01/01/2023. |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 27 años | 24. |

**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**
1216969369.

**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 |
|---|---|---|
| Yuliza Centeno Borja. | Beneficiaria | 313 598 7507. |

## 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: Talaigua. | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Vesubio. | Dirección: Sin nomenclatura. | Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 58. 924" W: 74° 32' 42. 471" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3135987507. Nombre: Yuliza Centeno. | Número de contacto: 3205364470. Nombre: Silvana Matute. |
| Parentesco: Benefiara | Parentesco: Amiga. |

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 segundo callejon y se puede llegar en moto.

## 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) | — | — |
| Carné de vacunación | X | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | X | |
| 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

En el momento del ingreso la madre gestante se encontraba descalza.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Yuliza Centeno<br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Yaira Garcia Flores.<br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 11 kg. | 84 cm. | Riesgo de desnutrición Aguda. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Esmeralda Arroyo Matute. | 10/04/2021 | 01/01/2023. |

| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: ☐ Niño o Niña: ☐ | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| | 1año - 8 mes. | 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**
1049090101.

**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 |
|---|---|---|
| Silvana Matute Pedroza | Madre | 320 536 4470. |

## 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: Talaigua. | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Vesubio. | Dirección: Sin nomenclatura. | Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 51. 924" W: 74° 32' 42. 734" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 320 536 4470 Nombre: Silvana M. | Número de contacto: 313 598 7507. Nombre: Yulita Cantero. |
| Parentesco: Madre | Parentesco: Amiga |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La Vivienda queda ubicada en una finca. y se puede llegar en moto.

## 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 | + | | 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 | X | |

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

En el momento del ingreso la menor se encontra con gripa.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: SILVANA<br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yaira Garcia Flores.<br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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.

RESERVADO

Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 10 Kg | 84 cm | Riesgo de obesidad |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Evelyn Isabel padilla H. | 13-02-2020 | 01-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: ☐ Niño o Niña: ☐ | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| | 2 años - 10 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**
1049089934

**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 |
|---|---|---|
| María Isabel Arteaga | Abuela | 320 7621326 |

## 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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancherla: Vesubio. | Dirección: Calle principal. | Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 58.250" W: 74° 32' 42.261" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 320 762 1326 Nombre: Maria Arteaga | Número de contacto: 322 6017943 Nombre: Angie pena |
| Parentesco: Abuela | Parentesco: Vecina |

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 en la orilla de la carretera y se puede llegar en moto.

**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) | — | — |
| 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**

En el momento del ingreso la menor tiene el control de Crecimiento y Desarrollo Desactualizado.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| • Mirna Arteaga | Yajaira Estors Hayana |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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 |
|---|---|---|
| 3200 Kg | 50 cm | Peso adecuado para el mes |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Liam David Romero Arevalo | 01-12-2022 | 01-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al Ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 0 mes. | 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: 1051682279

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 |
|---|---|---|
| Luis David Romero O. | padre | 3215849556 |

## 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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Caserío | Dirección: Sin nomenclatura. | Coordenadas geográficas: N: 9° 21' 08.575" W: 74° 46' 23.498" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3002292678 Nombre: Rosa Isela | Número de contacto: 3226017943 Nombre: Anguí pena |
| Parentesco: Amiga. | Parentesco: Amiga. |

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

## 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) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso el menor no cuenta con Control de crecimiento y Desarrollo.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Luis D. Romero Q | Yajaira Esther Tous Mayán |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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 |
|---|---|---|
| 4kg. | 52 cm | Peso adecuado al nacer |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Yessy Valentina Guzman M. | 06-12-2022 | 01-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 0 mes | |

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: 1049090331

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 |
|---|---|---|
| Liliana Maria Martinez | Madre | 3146820172 |

## 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.

RESERVADA

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: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Caserío | Dirección: Sin nomenclatura | Coordenadas geográficas: N: 9° 18' 34.604" W: 74° 33' 21.712" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 322 603 0263 Nombre: Maria G. | Número de contacto: 3205187657 Nombre: Manuel Fajardo |
| Parentesco: Suegra | Parentesco: Amigo. |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada al lado de una tienda y se puede llegar en moto.

## 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) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso la menor no cuenta con control de Crecimito y desarrollo.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Liliana María M.C. | Yajaira Esther Tono M |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 3100 Kg | 50 cm | Peso adecuado al nacer |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Ania Cristina Guzman Sepa | 09-01-2023 | 09-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 0 mes | 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
1052709821

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 Olivia Sepa | Madre | 3107303978. |

## 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: Bolívar | Municipio: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Talaigua Viejo | Dirección: Calle segunda B/Abajo | Coordenadas geográficas: N: 9° 18' 36.533" W: 74° 33' 20.90" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3233726097 Nombre: Wendy Acuña | Número de contacto: 3116403849 Nombre: Hubeth padilla |
| Parentesco: Amiga | Parentesco: Amigo |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte. lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada a cinco casa despues del colegio Viejo.

## 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) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso la usuaria no cuenta con. Afiliación a la E.p.s, Sisben y Crecimiento y Desarrollo.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| María ofelia Serpa García | Yajaira Esth Tom Mayor |
| 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 inicial |
|---|---|---|
| 3200 kg | 50 cm | Peso adecuado para la edad |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Juan Alejandro Arevalo E. | 06-01-2023 | 06-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al Ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 0 mes | 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: 1231841543

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 |
|---|---|---|
| Andreina Arevalo E. | Madre | 3225981582 |

## 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 ☐



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 [illegible] NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| | | |

## 4. DATOS DE DOMICILIO

| Departamento: Bolívar | Municipio: Talaigua | Zona: Rural [X] Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Vesubio | Dirección: Vesubio. | Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 56.264" W: 74° 32' 41.165" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3135545698 Nombre: Mayelis Chica. | Número de contacto: 3225981582 Nombre: Andreina A. |
| Parentesco: Amiga. | Parentesco: Madre |

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 3 callejón y se puede llegar en moto.

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

| Documento | SI | No | Documento | SI | No |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento de identidad | X | | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as) | | X |
| Carné de vacunación | X | | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso el menor no cuenta con afiliación de SISBEN, E.P.S y Control de Crecimiento y desarrollo.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Andreina Arevalo. | Nombre y firma de la persona que diligencio: Yajaira Estons Mayaura |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función: ☐ Nutricionista ☐ 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 |
|---|---|---|
| 3200 kg | 50 cm | peso adecuado al mes. |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| adahara paola Angulo perez | 12-01-2023 | 12-01-2023 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 0 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**
1082498689

**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 |
|---|---|---|
| Anguée perez lopez | Madre | 3226017943 |

## 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: Bolívar | Municipio: Talaigua | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La Jadera. | Dirección: Calle #2 | Coordenadas geográficas: N: 9° 19' 16.101" W: 74° 35' 21.264" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 3148688938 Nombre: Helena G. | Número de contacto: 3116896548 Nombre: Ana Guerra |
| Parentesco: Amiga | Parentesco: Amiga |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda queda ubicada por la segunda calle a orilla del templo y se puede llegar a pie.

## 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) | — | — |
| 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

En el momento del ingreso la menor no cuenta con Sisben, E.P.S, y Crecimiento y Desarrollo.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Angie P. Pérez L. | Yajaira Esther Toro Hayán |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ 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