1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
15 kgr	105 cm.	Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Maen Sofia Martinez Sampayo	10-06-2018.	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	4 año - 8 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
1053054569

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
Marcela Esther Sampayo B.	Madre	3003444833

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?
NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2 MO7 PP	07/08/2020
		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: Bolívar	Municipio: Cicuco.	Zona Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Puerto Amor.	Dirección: Puerto Amor.	Coordenadas geográficas: N: 9° 17' 00.413" W 74° 36' 14.971"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: 3008726317	Nombre: Marianela S.	Número de contacto: 3003444833	Nombre: Marcela Sampayo.
Parentesco: Tía.		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 antes del puente 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 la menor se encontraba con fiebre.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Harold E. Sampayo Bastidas. Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yajaira Esther Tous Manjarres Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
14 Kgr	102 cm	Riesgo de desnutrición aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Yuliana Sofía Perez Navarro	20-07-2018.	01-03-2022

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	4 año - 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: 1052054596

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
Yulima Navarro H.	Madre	3134105729

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: Bolívar	Municipio: Cicuco.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La punta	Dirección: La punta.	Coordenadas geográficas: N: 9° 16' 39.163" W: 74° 38' 49.722"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3134105729 Nombre: Yulimar N.	Número de contacto: 3245537095 Nombre: Margarita Nuñez
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 despues de la calle donde queda la panadería. 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 la vivienda se encontraba mal aseada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yulimar Navarro Hernandez	Yajaira Esther Tous Manjarrez
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
15.8 kgr	108 cm.	Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Gael David Anaya Nuñez	13 - 07 - 2018.	01 - 03 - 2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	4 año - 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
1052054598.

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
Margarita Rosa Nuñez Soraca.	Madre	3245537095

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: Cicuco.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La punta	Dirección: La punta.	Coordenadas geográficas: N: 9° 16' 28.322'' W: 74° 38' 19.240''

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 324 553 7095 Nombre: Margarita Nuñez	Número de contacto: 300 344 48 33 Nombre: Morela Sanjuelo
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 orilla del Magdalena. 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 se encontraba con gripe.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Margarita nuñez Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Yajaira E. Tono Manjarrez Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
50 Kgr	155 cm.	Bajo peso para la edad Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Eliana Soraca Reyes	12-12-1999	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	23 años	20 Semanas

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [ ] Tarjeta de Identidad
3. [X] Cédula Ciudadanía
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad: 1002438874

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Eliana Soraca Reyes	Beneficiaria	3215402934

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona? NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica? NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica? NO [ ] SI [ ]

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar	Municipio: Cicuco.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: La punta	Dirección: La punta.	Coordenadas geográficas: N: 9° 16' 27.968" W: ~~74° 39' 05.603~~ "

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3017885814 Nombre: Yina Soraca.	Número de contacto: 3215402934. Nombre: Raul Vides
Parentesco: prima.	Parentesco: Conyugue.

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 segunda calle cerca al puente o malecon 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)	—	—
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 contaba con el esquema de vacunación.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Elvira Soraca Reyes	Yajaira Esther Tovar Manjarrez
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
51 Kgr	160 cm.	Bajo peso para la edad Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Yina paola Soraca Chavez	09-10-1989	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	33 años.	22 semanas

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [ ] Tarjeta de Identidad
3. [X] Cédula Ciudadanía
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1052041890.

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Yina paola Soraca Chavez	Beneficiaria.	3017385814

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

Powered by CamScanner

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

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: Cicuco.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Nueva Esperanza	Dirección: Nueva Esperanza.	Coordenadas geográficas: N: 9° 16' 28.965" W: 74° 39' 05.708"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3017385874 Nombre: Jacel oliveros	Número de contacto: 3215402934 Nombre: Raul Vicls
Parentesco: Conyugue	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 del otro lado del puente 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)	—	—
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 aporta Con cita odontologica.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yinco P. Soraca	Nayaira Esther Toro Navarro
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
49kg.	1.58cm	Bajo Peso para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Yenys Zambrano Baños.	22/08/1996.	01/03/2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	27 años.	12 Semana.

Tipo de documento de identidad
1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☒ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa.
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050782159.

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

Es despiazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Yenys Zambrano Baños	Beneficiaria	3228687459.

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 ☐

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, rancheria: Mamoncito.	Dirección: Calle Principal.	Coordenadas geográficas: N: 90 04' 15. no W: 74° 20' 16. 630

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3228687459. Nombre: Yenys Zambrano	Número de contacto: 3226107421 Nombre: Mariana B.
Parentesco: Beneficiaria	Parentesco: Hermana

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

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Yenys Zambrano B.	Yaira Garaa Tono.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
7.5 kg.	70 cm.	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Alan Aldair Aguilar Bermes.	29/03/2022	01/03/2023

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050 784 327.

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde. _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Franyelis Breismar B.	Madre	3138344542.

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: Margarita.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria:	Dirección:	Coordenadas geográficas: N: 9° 10' 12. 716" W: 74° 20' 01. 330"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3138544542. Nombre: Franvelis. B.	Número de contacto. 3102302690. Nombre: Alan A.
Parentesco: Madre	Parentesco: Padre

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 de atras diagonal a la iglesia catolica

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 se encontro con Gripe.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Franvelis B.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yara Garcia Jones.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11 kg	90 cm.	Riesgo de desnutrición leve.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Shaira Nidiaa Oviedo.	11/02/2020.	01/03/2023.
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	**Edad al ingreso beneficiario/a** 3 años.	**Para mujeres gestantes, semanas de gestación** NA.

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050734249.

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
Maria Luisa Oviedo Alvear.	Madre.	3216553817.

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: Margarita.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Doña Elena.	Dirección: Calle Principal	Coordenadas geográficas: N: 9° 06' 12.321" W: 74° 20' 03.333"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3216553817. Nombre: Maria Luisa	Número de contacto: 3127027907 Nombre: Emilda Martinez.
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 a media hora del Pueblo 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)			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 encontrata en dopa.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
.Maria.L olivedo.	Yaira Garcia Flores.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Pueblo Nuevo
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Maria Victoria Romero Rodriguez

No. documento de identidad: 1002420575 Firma: Ma Victoria R

Responsable de (nombre de la niña o niño) Victoria Nieto Romero.

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

Firma: Marly Garcia Gonzalez

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
13	98	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Victoria Nieto Romero	25/09/2019	04-03-2023

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 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadania 4. ☐ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	1019157939

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Maria Victoria Romero R.	Madre	3214632704

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: Hompos.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Pueblo Nuevo	Dirección: pueblo Nuevo vía principal	Coordenadas geográficas: N: 9°10' 06.533" W: 74°21'56.968"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3214632704 Nombre: Maria V. Romero	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...):
La vivienda esta ubicada en la entrada de Pueblo Nuevo a orillas de la vía principal 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

La menor se encontra jugando fuera de su casa descalza y despeinada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Ana Victoria R.	Marly Garcia Gonzalez
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Guataca
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Yolibeth Cabrales Molina

No. documento de identidad: 1051674843 Firma Yolibeth cabrales Molina

Responsable de (nombre de la niña o niño) Emil José Arevalo Cabrales.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Harly García González No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: mHarly García G.

Observaciones:

La madre del menor acepta la atención por parte del programa 1000 días 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
8.2	73	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Emil José Arevalo Cabrales.	07/02/2022	01-03-2023

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050847559

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Yolibeth Cabrales Molina	Madre.	313 660 8439

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: Hompos	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Guataca	Dirección: Guataca Calle Principal.	Coordenadas geográficas: N: 9°13'45.315" W: 74°25'08.563"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 313 660 84 39 Nombre: Yolibeth Cabrales	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...):
La vivienda queda ubicada en la calle principal, a unos pasos de la iglesia, 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

El menor se encontraba dormido en el suelo de su casa, sin ropa.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Yolibeth Cabrales Molina Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Marly García González Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Guatuca
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Maribel López Ortiz

No. documento de identidad: 1051656082 Firma Maribel lopez ortiz

Responsable de (nombre de la niña o niño) María Celeste Torregano López

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

Firma: Harly García González

Observaciones:

La madre acepta la atención brindada por parte del programa 1000 días para la recuperación nutricional de la menor, ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.

Powered by CamScanner

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
13	97	Riesgo desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Maria Celeste Tonegano López	08/03/2020	01-03-2023

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050 846 711

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Maribel López Ortiz.	Madre.	301 429 91 12

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		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: Hompos.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Guataca	Dirección: Guataca	Coordenadas geográficas: N: 9°14'01.304'' W: 74°25'14.549''

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3014299112 Nombre: Maribel López	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...):
La vivienda esta ubicada a dos casos del supermecado, 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

La menor se encontraba comiendo y a su alrededor tenía perros y estaba desaseada y con las uñas largos.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Maibel lopez ortiz	Harly García González
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Pueblo Nuevo.
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Nilda María Rojas Moreno.

No. documento de identidad: 33222182 Firma Nilda Rosa moreno

Responsable de (nombre de la niña o niño) Donelis Nieto Rojas.

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

Firma: mfarly García G.

Observaciones:

La madre dela gestante menor de edad acepta la vinculación y atención del programa 1000 días, para la recuperación nutricional de la madre gestante, ya que se encuentra en bajo peso para su edad gestacional

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

Powered by CamScanner

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
51	1,62	Bajo Peso Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Donelis Nieto Rojas.	23/04/2005.	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	17	15

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] Tarjeta de Identidad
3. [ ] Cédula Ciudadania
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1051658098

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Nilda María Rojas Moreno	Madre.	3116013873

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad:

_____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: Hompós	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Pueblo Nuevo	Dirección: Pueblo Nuevo.	Coordenadas geográficas: N: 9°10'06.531" W: 74°21'55.459"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 6013873 Nombre: Nilda Maria Rosar.	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...):
La vivienda es ubicada en la calle principal de pueblo, a lado de la finca "las delicias" 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)		
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 gestante se encontraba en los que haceres cotidianos de la casa, muy desarreglada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Nilda Rosa moreno.	Harly García Gonzales
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Guataca
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS DOCAMBIENTE 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: Karen paola Alvarado Morales.

No. documento de identidad: 1051657750 Firma Karen Alvarado M.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Karin yulieth Barraza Alvarado.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Marly García González No. documento de identidad: 1051 662696

Firma: mfarly García G.

Observaciones:

La madre acepta la atención que le brinda 1000 días a la mujer gestante menor de edad, para su recuperación nutricional, ya que se encuentra en bajo peso para su edad gestacional.

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
56	1,64	Bajo Peso Gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Karin Yulieth Barraza Alvarado.	09/06/2006	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	16	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
1051 660 634

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 victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Karen P. Alvarado Morales.	Madre.	324 348 6409

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: Hompor.	Zona: Rural [X] Urbana [ ]
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Guataca	Dirección: Guataca.	Coordenadas geográficas: N: 9°14'51.910" W: 74°25'46.440"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3243486409 Nombre: Karen P. Alvarado	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...):
La vivienda esta situada en el final de la calle principal, 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)		
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 mujer gestante estaba en la terraza, sin calzado.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Karen Alvarado	Harly García González
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: [ ] Nutricionista [ ] Profesional social [ ] Auxiliar de enfermería [X] Gestor/a

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): San Fernando.
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Heidys Castro Galvis.

No. documento de identidad: 52.800103 Firma Heidis Castro

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jhon Keiler Torrecilla Castro.

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

Firma: Harly garcia g.

Observaciones:

La madre del menor acepta la atencion brindada por parte del programa 1000 dias para su recuperacion nutricional ya que se encuentra en riesgo de desnutricion aguda.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
14	103	Riesgo de emaciación Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Jhon Keiler Torrecilla Castro.	09/01/2019	01-03-2023

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1050462543

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 victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Heidys Castro Galvis	Madre	311 663 49 64

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: San Fernando.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Guasimal.	Dirección: Guasimal. Calle 2.	Coordenadas geográficas: N: 9°08'47.453" W: 74°20'14.65"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 311 663 49 64 Nombre: Heidys Castro	Número de contacto: 3107072963 Nombre:
Parentesco: Madre.	Parentesco: Ha.

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
La vivienda esta ubicada en la calle 2 principal detrás de la iglesia Católica, 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

El menor se encontró sucio y con las uñas largas, cargando un animal domestico (gato).

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Heidis castro Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Harly Garcia Gonzalez. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): San Fernando.
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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: Hirine Cardenas Torres.

No. documento de identidad: 1104128784 Firma: Hirines Yormaris Torres

Responsable de (nombre de la niña o niño) Yuris Maira palma Torres.

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

Firma: Harly García G.

Observaciones:

La madre acepta voluntariamente la vinculación al programa 1000 dias y acepta la atención para su recuperación nutricional ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

Powered by CamScanner

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11	88	Riesgo desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Yuris Maria Palma Torres.	25/09/2020	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	2	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 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	1049502899

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Hirine Cardenas Torres.	Madre.	3225209765

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar	Municipio: San Fernando	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Contadero	Dirección: Contadero	Coordenadas geográficas: N: 9°01'58.313" W: 74°17'05.928"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3225209765 Nombre: Hirine Cardenas	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...):
Esta ubicada calle 2, debajo arriba, ultimas casa de contadero, 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

La menor se encontraba con las uñas largas y despeinada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Hirines Yormaris Torres Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yorly Garcia Gonzalez Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): San Fernando.
Fecha: 01-03-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS 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 Quiroz Silva

No. documento de identidad: 1002358003 Firma Sandi Quiroz

Responsable de (nombre de la niña o niño) Nicolas Alexander Neto Quiroz.

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

Firma: Harley Garcia.

Observaciones:

El niño es nacido en la modalidad en buen estado de salud y buen estado físico.

Powered by CamScanner

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
3	49 cm	Peso Adecuado.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Nicolas Alexander Nieto Quiroz.	07-03-2023	0703-2023

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

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: No hay Servicio en la registraduria.

Número de documento de identidad

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
Sandy Quiroz Silva	Madre	3215691501.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

_____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2 MO7 PP	07/09/2020
		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: San Fernando.	Zona Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Guasimal.	Dirección: Guasimal Calle 3.	Coordenadas geográficas N: 9°08'47.582" W: 74°20'14.386"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3215691501 Nombre: Sandy Quiroz	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...):
Esta Ubicada en la calle 3 cerca del acueducto 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 fisica, 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 niño no cuenta con registro civil, eps, sisben, ni control de crecimiento y desarrollo

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Sandi Quiroz Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Harley García González Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla Inicial beneficiario	Clasificación nutricional
56.3 Kgr	166 cm	Bajo peso para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Alejandra Edith Jimenez de Avila	14-06-2005	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	17 años	18 semanas

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] Tarjeta de Identidad
3. [ ] Cédula Ciudadanía
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad
1085227959

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Jamis José Rodriguez Tous	Conyugue	3206227343

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?
NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Boliva	Municipio: Talaigua Nuevo	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Caserío	Dirección: Caserío.	Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 20.767" W: 74° 31' 14.860"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 320 6227343 Nombre: Jani Rodriguez	Número de contacto: 3138348100 Nombre: Sol Marina M.
Parentesco: Conyugue	Parentesco: Amiga

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

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)	—	—
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 cuenta con Control odontologico.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Alejandra edith jimenez Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Yajaira Estors Manjarrez. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
13 Kgr	100 cm	Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Alis David Martinez Mendés	28-04-2020	01-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	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
1049502706

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

Es despiazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Sol Marina Mendés Martinez	Madre	3138348100

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 ☐

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F 2 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 procesos de interdicción? NO [ ] SI [ ]

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar	Municipio: Talaigua Nuevo	Zona: Rural [X] Urbana [ ]
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Venusio	Dirección: (finca)	Coordenadas geográficas: N° 9°-15' 17.784" W 74°-58' 15.736"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 313 8348100	Número de contacto: 320 6227343
Nombre: Sol Maura M.	Nombre: Alejandra Edith
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 toda la carretera en una finca Antes del venusio 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 se encuentra mal cuidado y descalzo.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad	Nombre y firma de la persona que diligencio
Solmarina mendiz.	Yajaira Esther Tono Mayén
Si manifiesta no saber firma colocar Huella	Función: [ ] Nutricionista [ ] Profesional social [ ] Auxiliar de enfermería [X] Gestor/a

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

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

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Dayana Yisbel Caballero Machado.	19/03/2021	01/03/2022.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	1 año - 11 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
RC 1233090905.

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 victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Neiris Caballero Gamana.	padre.	3207667265.

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada. NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

_____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda 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: Zalaiqua Nuevo.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: El Vesubio.	Dirección: Finca.	Coordenadas geográficas: N: 9° 15' 20.7672" W: 74° 52' 15.761"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3207666263. Nombre: Nevris C.	Número de contacto: 3138348100 Nombre: Aliz David.
Parentesco: padre	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 en la carretera. 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, la niña se encuentra descalza.

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

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
47kg	1.58cm.	Bajo peso para la edad gestacional

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Mananis Castro Galvan.	20/03/2003.	01/03/2023.

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

Tipo de documento de identidad
1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☒ Cédula Ciudadania
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad: 1135135904 1.

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Mananis Castro Galvan.	Beneficiario	3228687499.

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 ☐

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, rancheria: El Palmar.	Dirección: Calle Principal	Coordenadas geográficas: N: 9° 05' 24. 27". W. 74° 21' 31. 450".

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 322 868 74 99 Nombre: Mananis Castro.	Número de contacto: 320 530 6538. Nombre: Alejandra Perez
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 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)	—	—
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 desayuno.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
• Mananis Castro G.	Yaira Garcia Tonen.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla Inicial beneficiario	Clasificación nutricional
8.8 Kg.	78 cm	Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Luciana Tafur Aroca.	27/04/2021.	01/03/2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	1 año - 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
1050462854.

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
Marlene Mella Ballesteros.	Abuela.	3217377380.

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: San fernando.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Contadero.	Dirección: Calle Ppal	Coordenadas geográficas: N: 9° 02' 48.656" W: -74° 17' 46.786"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 321 737 73 80. Nombre: Marlene Mejia.	Número de contacto: 3216301352 Nombre: Nairys. J
Parentesco: Abuela.	Parentesco: Prima.

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 ppal despues del acueducto.

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 la niña se encontraba con gripa.

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
8.7kg.	77cm.	Riesgo de desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Antonella Nieto Garces.	14/06/2021.	01/03/2023.

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

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de Identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	1030462915.

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
Roi Maria Nieto Garces.	Madre.	312 271 1951.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

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

Powered by CamScanner

¿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: Contadero.	Dirección: Calle Principal	Coordenadas geográficas: N: 9° 02' 36. 521" W: 74° 17' 45. 719"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 3122711951 Nombre: Flor Maria Nieto.	Número de contacto: 3043983175. Nombre: Alicia Garces.
Parentesco: Madre	Parentesco: Abuela

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 a siete casa del colegio.

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 la menor se encontraba con gripa.

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

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
45 kg.	158 cm.	Bajo Peso para su edad y Talla

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Maria la cadena Gomez.	09/08/2006.	01/03/2023.

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	16 años.	21 semana

Tipo de documento de identidad
1. [ ] Registro civil
2. [X] Tarjeta de Identidad
3. [ ] Cédula Ciudadanía
4. [ ] No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. [ ] Se perdió y no ha tramitado copia
2. [ ] Falta de gestión familiar
3. [ ] Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. [ ] Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. [ ] Otra, cuál: _____

Número de documento de identidad: 1050981248.

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

Es desplazado: NO [X] SI [ ]

De donde: _____

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

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Jesus Alberto Vega Ardila	Conyuge	3126932711.

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. [ ] Leve Independiente
2. [ ] Moderada Semindependiente
3. [ ] Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?
NO [ ] SI [ ]

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO [ ] SI [ ]

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO [ ] SI [ ]

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

Powered by CamScanner

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolivar.	Municipio: San fernando.	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: las Vegas.	Dirección: Calle Principal.	Coordenadas geográficas: N: 9°16'04.328" W: 74°20'16.780"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: 312 695 2711	Nombre: Mama Liz.	Número de contacto: 3116402987	Nombre: leidys
Parentesco: Beneficiaria		Parentesco: Amga.	

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 al lado de un hogar Comunitario.

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)	—	—
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 esta descalza.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
• Jesus Alberto Vega.	• Yaira Baraa Ibne.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner