

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

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

|                                         |                                          |                                                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>7.7</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>70.</b> | Clasificación nutricional<br><b>Nivel de alimentación adecuada</b> |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                                                                                               |                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><b>Janiel David Harting chavez</b>                                                   | Fecha de nacimiento<br><b>03-09-2022</b>          | Fecha de Ingreso<br><b>01-08-2023</b>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/> | Edad al ingreso beneficiario/a<br><b>10 meses</b> | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><b>NA</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><b>1052055471</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

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

|                                                              |                            |                                         |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><b>Carolina chavez Reyes</b> | Parentesco<br><b>Madre</b> | Número de contacto<br><b>3017876176</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención<br>_____                       |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|----|----|------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Descripción de la discapacidad                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                                                                                                                                                                                 | Zona:<br>Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/>         |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Villa Lons</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dirección:<br><u>Villa Lons</u>                                                                                                                                                                                                                                                          | Coordenadas geográficas: N: <u>9° 16' 13.1"</u> W: <u>74° 39' 08.0"</u>                    |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>300 987 2978</u> Nombre: <u>Nellys Castro</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>301 787 6176</u> Nombre: <u>Carolina Chave</u><br>Parentesco: <u>Madre</u>                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada en la última calle y se puede llegar en moto.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Documento de identidad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Carné de vacunación</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                | Si                                                                                         | No | Documento de identidad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné de vacunación | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Documento</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Carné control prenatal (mujeres gestantes)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | Documento | Si | No | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No                                                                                         |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No                                                                                         |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso el menor se encontraba sin ropa.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Rudinechus Reyes</u><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esther Lons Mayan</u><br>Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                                                                            |    |                        |                                     |                          |                     |                                     |                          |                                                                                   |                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |    |    |                                                      |                                     |                          |                                            |                          |                          |                                                                      |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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

10

Talla inicial beneficiario

84

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Paula Valentina Perez Ortega

Fecha de nacimiento

05-01-2022

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 6 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

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

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no 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

1149944553

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

Yasleidis Ortega Bastida

Parentesco

Madre

Número de contacto

3042573292

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 de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?  
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

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

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

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

PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓNFORMATO 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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                  | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                             | Descripción de la discapacidad                                                                                              | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Departamento: <u>Boliver</u>                                                                                                                                                                                                             | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                    | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>San Luis</u>                                                                                                                                            | Dirección:<br><u>San Luis</u>                                                                                               | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 41.9"</u><br>W: <u>74° 38' 18.0"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3042573292</u> Nombre: <u>Yasleidi Ortega</u><br>Parentesco: <u>Madre</u>                                                                                                           | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>320 7696595</u> Nombre: <u>Noheimi B.</u><br>Parentesco: <u>Vecina</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada en la ultima calle y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                | Sí                                                                                                                          | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                  | No                                  |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <u>En el momento del ingreso la menor no cuenta con el control de O.D.</u>                                                                                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Yasleidis Ortega</u>                                                                                                                                           |                                                                                                                             |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira E. Torres Lajon</u>                                                                                                                       |                                     |                                     |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                                     |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

|                                          |                                         |                                                                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>12.5</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>94</b> | Clasificación nutricional<br><b>Riesgo de desnutrición aguda</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                                          |                                          |                                       |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><b>Alan Fabian Araya Ortega</b> | Fecha de nacimiento<br><b>18-03-2020</b> | Fecha de Ingreso<br><b>01-03-2023</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                                                                               |                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/> | Edad al ingreso beneficiario/a<br><b>3 años - 4 meses</b> | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><b>NA</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><b>1052054942</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

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

|                                                              |                             |                                         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><b>Nohemi Bastidas Tunzo</b> | Parentesco<br><b>Abuela</b> | Número de contacto<br><b>3207696595</b> |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                          | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                   | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención<br>_____                       |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                              | Descripción de la discapacidad                                                                                               | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                              | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                     | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>         |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>San Luis</u>                                                                                                                                             | Dirección:<br><u>San Luis</u>                                                                                                | Coordenadas geográficas: N: <u>9° 16' 42.5"</u><br>W: <u>74° 38' 13.4"</u>                 |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3207696595</u> Nombre: <u>Noemi B.</u><br>Parentesco: <u>Abuela</u>                                                                                                                  | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3042573292</u> Nombre: <u>Yasleidis O.</u><br>Parentesco: <u>Vecina</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada por la ultima calle y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                 | Si                                                                                                                           | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Si                                  | No                                  |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| <u>En el momento del ingreso la madre no contaba con fotocopia de las vacunas y control.</u>                                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Noemi</u>                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esther Torres Mayans</u>                                                                                                                  |                                     |                                     |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                                     |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

|                                       |                                         |                                                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>7</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>69</b> | Clasificación nutricional<br><i>Riesgo de desnutrición aguda</i> |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><b>Briana Reyes Baena</b>                                                                                                                                                                                   | Fecha de nacimiento<br><b>10-12-2022</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de Ingreso<br><b>01-08-2023</b>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                        | Edad al ingreso beneficiario/a<br><b>7 meses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><b>NA</b> |
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><b>1052055504</b>     |

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

|                                                                |                            |                                         |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><b>Katia Patricia Baena M.</b> | Parentesco<br><b>Madre</b> | Número de contacto<br><b>3215161807</b> |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

2020



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                     | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                  |                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             |                                                                                                                                                                                                      | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. DATOS DE DOMICILIO                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                                  |                                     | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comun, corregimiento, rancheria: <u>finca</u>                                                                                                                                                        |                                     | Dirección: <u>finca</u>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 20.0</u><br>W: <u>74° 39' 07.9</u>                |                          |
| Primera opción de contacto                                                                                                                                                                                                                    |                                     | Segunda opción de contacto                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Número de contacto: <u>3215161807</u> Nombre: <u>Ketia Baena</u>                                                                                                                                                                              |                                     | Número de contacto: <u>3004381206</u> Nombre: <u>Eliza</u>                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Parentesco: <u>Madre</u>                                                                                                                                                                                                                      |                                     | Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La finca queda ubicada antes del puente de Bodega y se puede llegar en moto.</u> |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| 5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                     | Sí                                  | No                                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                                                                         | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                        | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| <u>En el momento del ingreso la menor se encuentra con las vacunas atrasadas.</u>                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Ketia Baena Montero</u>                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esther Torres Mayans</u>                                                                                                                  |                                                                                            |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                                                                            |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

| 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO |                                         |                                                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>9</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>97</b> | Clasificación nutricional<br><b>Riesgo de desnutrición aguda</b> |

| 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><b>Walter José Chacon Castro</b>                                                                                                                                                                            | Fecha de nacimiento<br><b>17-06-2022</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de Ingreso<br><b>01-08-2023</b>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                        | Edad al ingreso beneficiario/a<br><b>1 año - 7 mes.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><b>NA</b> |
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><b>1016721876</b>     |

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

|                                                                 |                            |                                           |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><b>Nellys Antonia Castro G.</b> | Parentesco<br><b>Madre</b> | Número de contacto<br><b>300 9872978.</b> |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|

| 3. DISCAPACIDAD                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Presenta discapacidad: NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>              |  |
| Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5. |  |

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



# PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>               | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                       | Descripción de la discapacidad                                                                                           | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                                       | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                 | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Villa tons</u>                                                                                                                                                    | Dirección: <u>Villa tons</u>                                                                                             | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 14.0"</u><br>W: <u>74° 39' 06.6"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>320 5275380</u> Nombre: <u>Gisela M</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                           | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3229247958</u> Nombre: <u>Haribia M</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada ante de llegar a la invasión y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                          | Sí                                                                                                                       | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                          |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso el menor se encuentra con el control de Cyo atrasado.</u>                                                                                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Nelys castro G</u>                                                                                                                                                       |                                                                                                                          |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esthr tons Marjan</u>                                                                                                                     |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                          |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

7

Talla inicial beneficiario

68

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Dislys Hailen pedro Martinez

Fecha de nacimiento

16-11-2022

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

8 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

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

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no 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

1012477460

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

Mauricia Martinez Garcia

Parentesco

Madre

Número de contacto

3229247958

### 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 de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                               |  | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                  |                          | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                                                                                                                          |  |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                   |  | Descripción de la discapacidad                                                                                              |                          | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                           |  |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                             |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivia</u>                                                                                                                                                                                                                   |  | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                    |                          | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |  |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comunas, corregimiento, ranchería:<br><u>pueblo ama</u>                                                                                                                                               |  | Dirección:<br><u>pueblo ama</u>                                                                                             |                          | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 32.5"</u><br>W: <u>74° 38' 23.7"</u>                                                                                                                        |  |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>322 9247958</u> Nombre: <u>Marlivia M.</u><br>Parentesco: <u>Madre</u>                                                                                                                    |  | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>320 263 6926</u> Nombre: <u>Alba Vides</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u> |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada por donde esta la Virgen y se puede llegar en moto.</u> |  |                                                                                                                             |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                      |  | Sí                                                                                                                          | No                       | Documento                                                                                                                                                                                            |  | Sí                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                         |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                             |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso la menor se encontraba con el crecimiento y desarrollo atazado.</u><br><u>• Marlivia Martinez Garcia.</u>                                                                                                         |  |                                                                                                                             |                          |                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Marlivia Martinez Garcia.</u>                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                          | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esther Lons Mayans</u>                                                                                                                    |  |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                             |                          | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |  |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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

8

Talla inicial beneficiario

72

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

José Daniel García Martínez

Fecha de nacimiento

01-10-2022

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

10 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

- ☒ Registro civil
- ☐ Tarjeta de Identidad
- ☐ Cédula Ciudadanía
- ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

- ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
- ☐ Falta de gestión familiar
- ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
- ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
- ☐ Otra, cuál: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad

105274799

Étnicamente se reconoce como:

- ☐ Indígena Pueblo: \_\_\_\_\_
- ☐ Rrom Kumpania: \_\_\_\_\_
- ☐ Negro/a
- ☐ Afro
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquera
- ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: \_\_\_\_\_

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: \_\_\_\_\_

Nombre Acudiente/responsable

Gisela Martínez Castro

Parentesco

Madre

Número de contacto

320 527 5380

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

- ☐ Alteración a nivel de movilidad
- Alteraciones a nivel sensorial:
  - ☐ Auditiva
  - ☐ Visual
  - ☐ Gusto
  - ☐ Olfato
  - ☐ Tacto
- Alteraciones a nivel mental:
  - ☐ Cognitivo
  - ☐ Psicosocial
- ☐ Alteraciones a nivel sistémico
- ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
- ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

- ☐ Leve Independiente
- ☐ Moderada Semindependiente
- ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                               | Descripción de la discapacidad                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                               | Municipio: <u>Cicuao</u>                                                                                   | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>         |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Puerto amor</u>                                                                                                                                           | Dirección:<br><u>Puerto amor</u>                                                                           | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 34.4"</u><br>W: <u>74° 37' 58.7"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto                                                                                                                                                                                                                 | Segunda opción de contacto                                                                                 |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Número de contacto: <u>300 4381206</u> Nombre: <u>Sandra A.</u>                                                                                                                                                                            | Número de contacto: <u>3148844899</u> Nombre: <u>Marcela B.</u>                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                                                                                                                   | Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                   |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada a orilla del muelle, y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                  | Sí                                                                                                         | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso la vivienda se observa desorganizada</u>                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Lisela Martinez Castro</u>                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Majaira &amp; Ions Hanjans</u>                                                                                                                    |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

|                                                 |                                                |                                                                         |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO</b>    |                                                |                                                                         |
| <b>Peso inicial beneficiario</b><br><b>17.2</b> | <b>Talla inicial beneficiario</b><br><b>91</b> | <b>Clasificación nutricional</b><br><b>Riesgo de desnutrición aguda</b> |

|                                                                                                                             |                                                                  |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A</b>                                                                        |                                                                  |                                                                  |
| <b>Nombre Beneficiario/a</b><br><b>Dama Sofia Cancy Mendis</b>                                                              | <b>Fecha de nacimiento</b><br><b>19-08-2021</b>                  | <b>Fecha de Ingreso</b><br><b>01-08-2023</b>                     |
| <b>Tipo de beneficiario/a</b><br><b>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/></b> | <b>Edad al ingreso beneficiario/a</b><br><b>1 año - 11 meses</b> | <b>Para mujeres gestantes- semanas de gestación</b><br><b>NA</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de documento de identidad</b><br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | <b>Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:</b><br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | <b>Número de documento de identidad</b><br><b>1053013293</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

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

|                                                                     |                                   |                                                |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nombre Acudiente/responsable</b><br><b>Maria Sofia Mendis B.</b> | <b>Parentesco</b><br><b>Madre</b> | <b>Número de contacto</b><br><b>3225134194</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. DISCAPACIDAD</b><br><b>Presenta discapacidad: NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></b><br><b>Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

2020



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.M07 PP

07/09/2020

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE DOMICILIO

|                                                                                             |                          |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                | Municipio: <u>Cicuco</u> | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comunas, corregimiento, ranchería:<br><u>Finca</u> | Dirección: <u>Finca</u>  | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 35.1"</u><br>W: <u>74° 38' 02.7"</u>   |

|                                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Primera opción de contacto                                       | Segunda opción de contacto                                        |
| Número de contacto: <u>322 513 41 94</u> Nombre: <u>Maria M.</u> | Número de contacto: <u>320 577 53 80</u> Nombre: <u>Gisela M.</u> |
| Parentesco: <u>Madre</u>                                         | Parentesco: <u>Amiga</u>                                          |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):  
La vivienda queda ubicada a 10 minutos de Cicuco 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                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

En el momento del ingreso la menor se encontraba con los senos duros y suaves.

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

Maria Sofia Mendis

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yajaira Esther Torres Manjans

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

|                                        |                                          |                                                                  |
|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>14</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>707</b> | Clasificación nutricional<br><i>Riesgo de desnutrición aguda</i> |
|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><i>Alinjad Yendis Bastidas</i>                                                                                                                                                                              | Fecha de nacimiento<br><i>12-07-2019</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de ingreso<br><i>01-08-2023</i>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                        | Edad al ingreso beneficiario/a<br><i>4 años</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Para mujeres gestantes- semanas de gestación <i>NA</i>    |
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><br><i>1049089849</i> |

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

|                                                               |                             |                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><i>Marela Batista Teheran</i> | Parentesco<br><i>Abuela</i> | Número de contacto<br><i>314 884 48 99</i> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|

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

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

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

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

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



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                    | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                            | Descripción de la discapacidad                                                                                                | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                            | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                      | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comun, corregimiento, ranchería:<br><u>El Simon</u>                                                                                                                                            | Dirección: <u>El Simon</u>                                                                                                    | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 36.1"</u><br>W: <u>74° 38' 17.1"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3135168661</u> Nombre: <u>Yadira C.</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3148844399</u> Nombre: <u>Paula Batista</u><br>Parentesco: <u>Abuela</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda subida después del puente y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                               | Sí                                                                                                                            | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                               |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso el menor se encontraba con gripe</u>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Marcela Batista +.</u>                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligenció:<br><u>Yadira Esth. Fox Mayán</u>                                                                                                                        |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firmar colocar Huella:                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL EBF Y LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.M07.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

12

Talla inicial beneficiario

96

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Ester Gonia Martinez

Fecha de nacimiento

12-10-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años - 9 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

- ☒ Registro civil
- ☐ Tarjeta de Identidad
- ☐ Cédula Ciudadanía
- ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

- ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
- ☐ Falta de gestión familiar
- ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
- ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
- ☐ Otra, cuál: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad

1052704625

Étnicamente se reconoce como:

- ☐ Indígena Pueblo: \_\_\_\_\_
- ☐ Rromm Kumpania: \_\_\_\_\_
- ☐ Negro/a
- ☐ Afro
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquera
- ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: \_\_\_\_\_

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: \_\_\_\_\_

Nombre Acudiente/responsable

Marlene Castro Perez

Parentesco

Abuela

Número de contacto

3002784880

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

- ☐ Alteración a nivel de movilidad
- Alteraciones a nivel sensorial:
  - ☐ Auditiva
  - ☐ Visual
  - ☐ Gusto
  - ☐ Olfato
  - ☐ Tacto
- Alteraciones a nivel mental:
  - ☐ Cognitivo
  - ☐ Psicosocial
- ☐ Alteraciones a nivel sistémico
- ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
- ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

- ☐ Leve Independiente
- ☐ Moderada Semindependiente
- ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

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

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

3/2020



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE DOMICILIO

|                                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                               | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Finca (La bendición)</u>                  | Dirección:<br><u>finca.</u>                                                                                             | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>09° 16' 35.0"</u><br>W: <u>74° 38' 01.1"</u>     |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3002784880</u> Nombre: <u>Marlene C.</u><br>Parentesco: <u>Abuela</u> | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3225134194</u> Nombre: <u>María M.</u><br>Parentesco: <u>prima</u> |                                                                                    |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):  
La vivienda queda ubicada a 10 minutos del pueblo. Via Bodega 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                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

En el momento del ingreso la menor se encontraba con fiebre y gripe.

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

marlene castro

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio.

yajaira Esthy Lino Mayán

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICUB Y A LA LEY 1581 DE 2012



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

14

Talla inicial beneficiario

100

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Duvel Antonio Mendis Garcia

Fecha de nacimiento

07-01-2019

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

4 año - 6 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

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

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no 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

1049089785

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

Yadira Castaño Royero

Parentesco

Abuela

Número de contacto

3135168661

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 de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?  
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

10/09/2020



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                              |                                     | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                  |                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             |                                                                                                                                                                                                      | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                                  |                                     | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>         |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>La punta</u>                                                                                                                                                 |                                     | Dirección:<br><u>La punta</u>                                                                              |                                                                                                                                                                                                      | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 17' 03.1"</u><br>W: <u>74° 36' 13.7"</u>              |                          |
| Primera opción de contacto                                                                                                                                                                                                                    |                                     | Segunda opción de contacto                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Número de contacto: <u>3004381206</u> Nombre: <u>Sandra Arista</u>                                                                                                                                                                            |                                     | Número de contacto: <u>3103934100</u> Nombre: <u>Yanues Jimenez</u>                                        |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                                                                                                                      |                                     | Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda por la ultima calle onlla al caño se puede llegar en moto.</u> |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                     | Si                                  | No                                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Si                                                                                         | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                     |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| <u>En el momento del ingreso. La vivienda se observa desorganizada.</u>                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:                                                                                                                                                         |                                                                                            |                          |
| <u>NADIA CASTAÑO ROYERO</u>                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                            | <u>Yajaira Esthis Tons Manjau</u>                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                                                                            |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



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 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

9

Talla inicial beneficiario

79

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Jesé David Reyes Jimenez

Fecha de nacimiento

22-04-2022

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 3 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

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

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

1. ☐ Se perdió y no 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

1050744055

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

Yanuris Jimenez Castro

Parentesco

Madre

Número de contacto

3103934100

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 de severidad en relación con el nivel de dependencia.

1. ☐ Leve Independiente  
2. ☐ Moderada Semindependiente  
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

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

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



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                 | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                                    | Descripción de la discapacidad                                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>4. DATOS DE DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                                                                                                                                    | Municipio: <u>Cicuco.</u>                                                                                                  | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Cicuquito</u>                                                                                                                                                  | Dirección:<br><u>Cicuquito.</u>                                                                                            | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 18' 25.2"</u><br>W: <u>74° 41' 02.7"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>300 278 4880</u> Nombre: <u>Harlene C.</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u>                                                                                                                     | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>313 516 8661</u> Nombre: <u>Yadira C.</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada antes del puente de Bodega y se puede llegar en moto</u> |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <b>5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                                       | Sí                                                                                                                         | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Sí                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                   | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO</b>                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso el menor se encontraba con el control de crecimiento y desarrollo desactualizado.</u>                                                                                                                              |                                                                                                                            |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Yanuris Jimenez castro</u>                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yadira Esther Torres Mayans</u>                                                                                                                   |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                          |

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

14

Talla inicial beneficiario

100

Clasificación nutricional

Miembro de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Eidy Reyes Anieta

Fecha de nacimiento

09-03-2019

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

4 años - 4 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación NA

Tipo de documento de identidad

- ☒ Registro civil
- ☐ Tarjeta de Identidad
- ☐ Cédula Ciudadanía
- ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

- ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
- ☐ Falta de gestión familiar
- ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
- ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
- ☐ Otra, cuál: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad

1049089209

Étnicamente se reconoce como:

- ☐ Indígena Pueblo: \_\_\_\_\_
- ☐ Rrom Kumpania: \_\_\_\_\_
- ☐ Negro/a
- ☐ Afro
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquera
- ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: \_\_\_\_\_

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: \_\_\_\_\_

Nombre Acudiente/responsable

Sandra Camila Anieta

Parentesco

Madre

Número de contacto

3004381206

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

- ☐ Alteración a nivel de movilidad
- Alteraciones a nivel sensorial:
  - ☐ Auditiva
  - ☐ Visual
  - ☐ Gusto
  - ☐ Olfato
  - ☐ Tacto
- Alteraciones a nivel mental:
  - ☐ Cognitivo
  - ☐ Psicosocial
- ☐ Alteraciones a nivel sistémico
- ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
- ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

- ☐ Leve Independiente
- ☐ Moderada Semindependiente
- ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?  
NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?  
NO ☐ SI ☐

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

4. DATOS DE DOMICILIO

|                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                                | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                      | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Puerto Amos</u>                            | Dirección:<br><u>Puerto Amos</u>                                                                                              | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 16' 30.3"</u><br>W: <u>74° 38' 23.8"</u>      |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>311 6533610</u> Nombre: <u>Yantra Vera</u><br>Parentesco: <u>Amiga</u> | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>300 4381206</u> Nombre: <u>Sandra Amata</u><br>Parentesco: <u>Vecina</u> |                                                                                    |

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

la vivienda queda ubicada al frente del Madero. 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                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

En el momento del ingreso el menor se encontraba descalzo.

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

Sandra Camila Amata Lopez

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yajaira Esthela Torres Manjano

Función:

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

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

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

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

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

|                                              |                                         |                                                                  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO</b> |                                         |                                                                  |
| Peso inicial beneficiario<br><b>8.5</b>      | Talla inicial beneficiario<br><b>76</b> | Clasificación nutricional<br><b>Riesgo de desnutrición aguda</b> |

|                                                                                                               |                                                          |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A</b>                                                          |                                                          |                                                           |
| Nombre Beneficiario/a<br><b>Selome Fernandez Vera</b>                                                         | Fecha de nacimiento<br><b>29-03-2022</b>                 | Fecha de Ingreso<br><b>01-08-2023</b>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/> | Edad al ingreso beneficiario/a<br><b>1 año - 4 meses</b> | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><b>NA</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><b>1081936132</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

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

|                                                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><b>Ana Cristina Vera Jimenez</b> | Parentesco<br><b>Madre</b> | Número de contacto<br><b>3005179462</b> |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. DISCAPACIDAD</b><br>Presenta discapacidad: NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/><br>Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

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

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



PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

|                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                     | Descripción de la discapacidad                                                                             | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

## 4. DATOS DE DOMICILIO

|                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Departamento: <u>Bolivar</u>                                                                                             | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                | Zona:<br>Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Cicuequito</u>                          | Dirección:<br><u>Cicuequito</u>                                                                                         | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 18' 30.3"</u><br>W: <u>74° 39' 14.8"</u>      |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3116533610</u> Nombre: <u>Yaniza Vera</u><br>Parentesco: <u>Tia</u> | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>3005179462</u> Nombre: <u>Ana Vera</u><br>Parentesco: <u>Madre</u> |                                                                                    |

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

La vivienda queda ubicada via Bodega 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                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carné de vacunación                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

En el momento del ingreso la vivienda se observa mal Adecuada y desorganizada.

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

Ana Cristina Vera

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yajaira Esther Torres Mayán

Función:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

|                                                                                                             |                                                                                                                                    |           |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
|  <b>BIENESTAR FAMILIAR</b> | <b>PROCESO</b><br><b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b><br><b>FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO</b> | F2.M07.PP | 07/09/2020    |
|                                                                                                             |                                                                                                                                    | Versión 2 | Página 2 de 3 |

### 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

|                                         |                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Peso inicial beneficiario<br><b>7.7</b> | Talla inicial beneficiario<br><b>72</b> | Clasificación nutricional<br><i>Riesgo de desnutrición aguda</i> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                                                                                               |                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre Beneficiario/a<br><i>Juanito Vera Moreno</i>                                                           | Fecha de nacimiento<br><i>21-09-2022</i>          | Fecha de Ingreso<br><i>01-08-2023</i>                     |
| Tipo de beneficiario/a<br>Gestante: <input type="checkbox"/> Niño o Niña: <input checked="" type="checkbox"/> | Edad al ingreso beneficiario/a<br><i>10 meses</i> | Para mujeres gestantes- semanas de gestación<br><i>NA</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Tipo de documento de identidad<br>1. <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil<br>2. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad<br>3. <input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía<br>4. <input type="checkbox"/> No tiene | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:<br>1. <input type="checkbox"/> Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. <input type="checkbox"/> Falta de gestión familiar<br>3. <input type="checkbox"/> Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. <input type="checkbox"/> Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ | Número de documento de identidad<br><br><i>1053013871</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

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

|                                                            |                            |                                         |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Acudiente/responsable<br><i>Yanitra Vera Moreno</i> | Parentesco<br><i>Madre</i> | Número de contacto<br><i>3116533610</i> |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012.



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?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>                    | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención                                |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación                                                                                                                                                                                       | Descripción de la discapacidad                                                                                                | ¿Tiene proceso de interdicción?<br>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| 4. DATOS DE DOMICILIO                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Departamento: <u>Boliver</u>                                                                                                                                                                                                       | Municipio: <u>Cicuco</u>                                                                                                      | Zona: Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:<br><u>Cicuquito</u>                                                                                                                                     | Dirección:<br><u>Cicuquito</u>                                                                                                | Coordenadas geográficas:<br>N: <u>9° 19' 18.4"</u><br>W: <u>74° 35' 25.3"</u>              |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Primera opción de contacto<br>Número de contacto: <u>300 517 9462</u> Nombre: <u>Ana Vera</u><br>Parentesco: <u>tia</u>                                                                                                            | Segunda opción de contacto<br>Número de contacto: <u>311 653 3610</u> Nombre: <u>Yaritza Vera</u><br>Parentesco: <u>Madre</u> |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):<br><u>La vivienda queda ubicada vía a Bodega y se puede llegar en moto.</u> |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| 5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Documento                                                                                                                                                                                                                          | Si                                                                                                                            | No                                                                                         | Documento                                                                                                                                                                                            | Si                                  | No                       |
| Documento de identidad                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           |                                                                                            | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| Carné de vacunación                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           |                                                                                            | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                           |                                                                                            | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| 6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| <u>En el momento del ingreso la menor se encontraba con el Control de Crecimiento y Desarrollo desactualizado</u>                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                      |                                     |                          |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:<br><u>Yaritza Vera Moreno</u>                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                            | Nombre y firma de la persona que diligencio:<br><u>Yajaira Esther Torres Mayán</u>                                                                                                                   |                                     |                          |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                            | Función:<br><input type="checkbox"/> Nutricionista<br><input type="checkbox"/> Profesional social<br><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería<br><input checked="" type="checkbox"/> Gestor/a |                                     |                          |

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

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

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



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

8.8

Talla inicial beneficiario

78

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Alan David Baena Diaz

Fecha de nacimiento

18-10-2021

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 9 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

- ☐ Registro civil
- ☐ Tarjeta de Identidad
- ☐ Cédula Ciudadanía
- ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:

- ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
- ☐ Falta de gestión familiar
- ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
- ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
- ☐ Otra, cuál: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad

1049090156

Étnicamente se reconoce como:

- ☐ Indígena Pueblo: \_\_\_\_\_
- ☐ Rromm Kumpania: \_\_\_\_\_
- ☐ Negro/a
- ☐ Afro
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquera
- ☒ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: \_\_\_\_\_

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: \_\_\_\_\_

Nombre Acudiente/responsable

Raquel Esther Diaz C.

Parentesco

Madre

Número de contacto

3244990972

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

- ☐ Alteración a nivel de movilidad
- Alteraciones a nivel sensorial:
  - ☐ Auditiva
  - ☐ Visual
  - ☐ Gusto
  - ☐ Olfato
  - ☐ Tacto
- Alteraciones a nivel mental:
  - ☐ Cognitivo
  - ☐ Psicosocial
- ☐ Alteraciones a nivel sistémico
- ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
- ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.

- ☐ Leve Independiente
- ☐ Moderada Semindependiente
- ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: \_\_\_\_\_

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

NO ☐ SI ☐

¿Requiere ayuda de otra persona?

NO ☐ SI ☐

En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

¿Cuenta con la ayuda técnica?

NO ☐ SI ☐

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012



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: Cicuco

Zona:  
Rural ☒ Urbana ☐

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

Dirección:  
finca

Coordenadas geográficas:  
N: 9° 19' 15.7"  
W: 74° 35' 21.7"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

324 4990972

Nombre:

Raquel Diaz

Parentesco:

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

310 240 8049

Nombre:

Giorgio R.

Parentesco:

hera

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

La finca queda a 20 minutos de Cicuco 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                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> |    | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| Carné de vacunación                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |    | Carné control prenatal (mujeres gestantes)                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con<br>evidencia física, obtenerlo virtualmente) | <input checked="" type="checkbox"/> |    | Documento identidad acudiente/acompañante en<br>caso de menores de edad | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |

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

En el momento del ingreso la vivienda se encontraba  
desordenada.

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

Raquel Diaz contrera

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yajaira Esthery Torres Mayan

Función:

☐ Nutricionista

☐ Profesional social

☐ Auxiliar de enfermería

☒ Gestor/a

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA  
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012