

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 7,8 kg Talla inicial beneficiario 71 cm Clasificación nutricional Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Gael Jomejano Anas Fecha de nacimiento 20/09/2022 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
 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 1050784414

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 Enadis Anas Ramos Parentesco Madre Número de contacto 3132651231

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

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

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

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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: Bolívar

Municipio: Margarita

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

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

San José (caño) moro

Dirección: Sin nomenclatura

Coordenadas geográficas:
N: 8° 57' 25.5"
W: 74° 12' 56.4"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

313 2651231

Nombre:

Maryelis t.

Parentesco: Amiga

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

3226113317

Nombre:

Enadis Anas

Parentesco: Madre

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

Co vivienda Granda ubicada para zona de agua y se puede llegar en caballo yonso, canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso el menor se encontraba con gripa.

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

Enadis Anas

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yaira Garza Torres

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.



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

13,3 kg

Talla inicial beneficiario

97 cm.

Clasificación nutricional Riesgo de
Desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Daya Yesith Camargo Cortes.

Fecha de nacimiento

02/04/2019.

Fecha de Ingreso

01/01/2023.

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

4 años - 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

1050783746.

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

Yedis Cortes Marmol.

Parentesco

Madre

Número de contacto

3138026580.

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?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar

Municipio: Margarita

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

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

San José (Cañonero)

Dirección:
Sin nomenclatura.

Coordenadas geográficas:
N: 8° 59' 24.6"
W: 74° 14' 57.4"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3138026580

Nombre:

Yeidis Cortes

Parentesco:

Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

3233616561

Nombre:

Bleyder Comarego

Parentesco:

Amigo

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

La vivienda queda ubicada en zona de agua y se
puede llegar en caballo, yonco o canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso el menor se
encontraba descalzo.

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

Yeidis Cortes Maldonado

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligenció:

Yaira García Torres

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



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

12,5 kg

Talla inicial beneficiario

97 cm

Clasificación nutricional Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Gabriela Cuadro Guerra

Fecha de nacimiento

29/12/2019

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años - 7 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

1050783759

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

Darlys Esther Guerra Marmol

Parentesco

Madre

Número de contacto

3118026580

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 1501 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐		¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐		Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención	
Descripción de la terapia y/o rehabilitación		Descripción de la discapacidad		¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐	
4. DATOS DE DOMICILIO					
Departamento: <u>Bolivia</u>		Municipio: <u>Marigorta</u>		Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San José (Cano mero)</u>		Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>		Coordenadas geográficas: N: <u>8° 53' 21.9"</u> W: <u>74° 14' 20.9"</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3118026550</u> Nombre: <u>Darío Guerra</u> Parentesco: <u>Madre</u>		Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>3226113317</u> Nombre: <u>Mayelis Tumana</u> Parentesco: <u>Amiga</u>			
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede llegar en caballo, yoniso o canoa.</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	X	
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	-	-
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
<u>Al momento del ingreso la menor se encontraba desahogada</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Darío Guerra</u>			Nombre y firma de la persona que diligenció: <u>Mayelis Tumana</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a		

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

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

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

11,2 kg

Talla inicial beneficiario

88cm.

Clasificación nutricional Riesgo de
desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Angel Jesus Martinez Bneyano.

Fecha de nacimiento

18/07/2020.

Fecha de Ingreso

01/08/2020

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 (ño)

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

1050783073

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

Yarlemis Jonyano Robles

Parentesco

Madre

Número de contacto

3138026580

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Bolívar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San José (Caño moro)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 57' 19.2"</u> W: <u>74° 14' 52.70"</u>	
Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: <u>313 8026580</u>	Nombre: <u>Yarlenis Torrejano</u>	Número de contacto: <u>3232616561</u>	Nombre: <u>Ryder C.</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 en zona de agua y se puede llegar en caballo, yonío o canoa.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
Al momento del ingreso el menor se encontraba desahogado.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Yarlenis Torrejano E.</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yaira Garcia Torres</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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.M07.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

12,3 kg

Talla inicial beneficiario

93cm

Clasificación nutricional Riesgo de
desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Lian Jose Anas Benavides

Fecha de nacimiento

15/05/2020

Fecha de ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años y 2 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

1050789037

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

Angies Paola Anas Benavides

Parentesco

Madre

Número de contacto

316953780

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?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar

Municipio: Nagantá

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, ranchería:
San José (Cerro mono)

Dirección:
Sin nombre Calles

Coordenadas geográficas:
N: 8° 54' 22.1"
W: 76° 10' 53.4"

Primera opción de contacto

Número de contacto: 3116953980 Nombre: Angies Anas

Parentesco: Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto: 3114339751 Nombre: lorainis Uena

Parentesco: Amiga

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

La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede
lugar en caballo, yonco o canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso el menor no se encontraba
sin crecimiento y desarrollo.

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

Angies Paola Arias Benavides

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yaira Garcia Torres

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



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 kg

Talla inicial beneficiario

79 cm.

Clasificación nutricional **Riesgo de desnutrición Aguda**

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Annas Garces **stonejano**

Fecha de nacimiento

01/10/2021

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años - 7 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

1050784151

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

Mayelis **stonejano Carpio**

Parentesco

Madre

Número de contacto

322 6113317

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

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención			
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐			
4. DATOS DE DOMICILIO					
Departamento: <u>Bolívar</u>	Municipio: <u>Marganta</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San pte (caño mono)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 50' 28.3"</u> W: <u>74° 15' 50.3"</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>322 611 3317</u> Nombre: <u>Maryelis Dureño</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>3117 457277</u> Nombre: <u>Yuanis Rojas</u> Parentesco: <u>Amiga</u>				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede llegar en yonco, caballo o canoa.</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
<u>Al momento del ingreso la mujer se encontraba mal ubicada.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Maryelis T.C</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yara Garcia Tono</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a		

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

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

9 kg

Talla inicial beneficiario

80 cm

Clasificación nutricional Riesgo de
desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Yaneis Cuadro Guerra

Fecha de nacimiento

18/08/2021

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 11 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

1050784220

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

Enilda Haimol Hernandez

Parentesco

Abuela

Número de contacto

3118026580

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? NO ☐ SI ☐		¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐		Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención	
Descripción de la terapia y/o rehabilitación		Descripción de la discapacidad		¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐	
4. DATOS DE DOMICILIO					
Departamento: <u>Bolívar</u>		Municipio: <u>Margarita</u>		Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San José (Caño Mono)</u>		Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>		Coordenadas geográficas: N: <u>8° 59' 22.3"</u> W: <u>74° 16' 18.2"</u>	
Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto			
Número de contacto: <u>3118026580</u>		Nombre: <u>Enilda Marmol</u>		Número de contacto: <u>3233616561</u>	
Parentesco: <u>Abuela</u>		Nombre: <u>Bleyder Camargo</u>			
Parentesco: <u>Amigo</u>					
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>la vivienda queda ubicada en la zona de agua y se puede llegar en caballo, yoniso o canoa.</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	X	
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	-	-
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
<u>Al momento del ingreso la menor se encontraba descalza.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:			Nombre y firma de la persona que diligencio:		
<u>Enilda Marmol Hernandez</u>			<u>Yaira Garcia Torres</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			Función:		
			☐ Nutricionista		
			☐ Profesional social		
			☐ Auxiliar de enfermería		
			☒ Gestor/a		

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

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.



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

9kg

Talla inicial beneficiario

79cm.

Clasificación nutricional

Riesgo

de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Bledys Camargo Cortes

Fecha de nacimiento

02/09/2021

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 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

1050784255

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

Bledys Camargo Rivera

Parentesco

Padre

Número de contacto

3233616561

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.M07.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:

Margarita

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

San Jose (Caro mono)

Dirección:

Sin nomenclatura

Coordenadas geográficas:

N: 8°49'20.5"

W: 74°15'51.1"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3233616561

Nombre:

Bleider Camargo

Parentesco:

Padre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

3138026580

Nombre:

Yeidis Cortes

Parentesco:

Amiga

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

La vivienda queda ubicada en zona de agua se puede
llegar en caballo, yonso, canoa.

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

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

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

A momento del ingreso la menor no se encontraba
con la ropa adecuada.

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

Bleider Camargo

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yara Garcia Torres

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



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

8,6 kg

Talla inicial beneficiario

76 cm.

Clasificación nutricional Riesgo de
desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Anthony Camargo Rojas

Fecha de nacimiento

04/06/2022

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 1 mes

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

1050784338

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

Yuanis Rojas Cortes

Parentesco

Madre

Número de contacto

3117437277

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?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar

Municipio: Margarita

Zona:
Rural ☐ Urbana ☒

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

San José (Caño mono)

Dirección:

Sin nomenclatura

Coordenadas geográficas:

N: 8° 59' 23.6"

W: 74° 16' 52.4"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3174572277

Nombre:

Yuanis Rojas

Parentesco:

Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

3226113317

Nombre:

Maryelis Arellano

Parentesco:

Amiga

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

La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede
llegar en caballo, yonco o canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso la menor se encontraba
desacuada.

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

Yuanis Rojas Cortez

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yaira Garcia Torres

Función:

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

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

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 8,2 kg	Talla inicial beneficiario 75 cm	Clasificación nutricional Riesgo de desnutrición Aguda	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Nataly Naimol Anas		Fecha de nacimiento 21/03/2022	Fecha de Ingreso 01/02/2023
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a 1 año - 4 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 1050784420
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 Bertha Anas Benavides		Parentesco Madre	Número de contacto 3106933783
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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bolívar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San Jose (Caño mono)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura.</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 56' 24.4"</u> W: <u>74° 11' 53.4"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3106933883</u> Nombre: <u>Benita Arias B.</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>3116953780</u> Nombre: <u>Liliana Benquides</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 en zona de agua y se puede llegar en caballo, yonco o canoa.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	X	
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	-	-
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

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

Al momento del ingreso la menor se encontraba desahogada.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Benita Arias Benquides</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yara Garcia Torres</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	9ka	Talla inicial beneficiario	77cm	Clasificación nutricional	fuera de
---------------------------	-----	----------------------------	------	---------------------------	----------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Marín David Pacheco Mena	Fecha de nacimiento	10/01/2022	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 1050784425
--	--	--

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Lorainis Mena Rodríguez	Madre	3114339751

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bolivia</u>	Municipio: <u>Nariqanta</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San Jose (Canc Mono)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 53' 21.2"</u> W: <u>71° 11' 52.5"</u>

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto:	Nombre:	Número de contacto:	Nombre:
<u>3114339351</u>	<u>loirainis Hena R.</u>	<u>3116953780</u>	<u>Anqies Anas</u>
Parentesco:		Parentesco:	
<u>Madre</u>		<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 en zona de agua y se puede llegar en caballo, ymso o canoa.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		X
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	-	-
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
<u>Al momento del ingreso el menor se encontraba sin crecimiento y desarrollo.</u>

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>loirainis MR</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yana Garcia -tomas</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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 1561 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

9kg

Talla inicial beneficiario

78cm.

Clasificación nutricional Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Daniel Gonzalez Guerra

Fecha de nacimiento

14/06/2022

Fecha de Ingreso

01/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 1 mes.

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

1050284446

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

Yenny Patricia Guerra M.

Parentesco

Madre

Número de contacto

3138026580

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Bolivar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San Jose (cano muno)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura.</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 58' 18.0"</u> W: <u>74° 15' 30.1"</u>	
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto		
Número de contacto: <u>313802 6580.</u>	Nombre: <u>Yennys Patricia G.</u>	Número de contacto: <u>3233616561</u>	Nombre: <u>Blyder Camargo</u>
Parentesco: <u>Madre</u>	Parentesco: <u>Amigo.</u>		

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

La vivienda queda ubicada en zonas de agua y se puede llegar en caballo, yonro o canoa.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
<u>Al momento del ingreso el menor se encuentra con gire.</u>

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Yennys Patricia Garcia</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yara Garcia - tom.</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario 6,8kg Talla inicial beneficiario 69cm. Clasificación nutricional Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Isabella Ana Benavides Fecha de nacimiento 22/01/2023. Fecha de Ingreso 01/08/2023.

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ Edad al ingreso beneficiario/a 6 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

1050184462

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

Milanis Benavides Guerra

Parentesco

Madre

Número de contacto

311 6953780.

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 ☐



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: Marganta

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

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

San Jose (Cano mono)

Dirección:
sin nomenclatura

Coordenadas geográficas:
N: 8° 55' 23.1"
W: 74° 10' 54.5"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3116953780

Nombre:

Liliana Benavides

Parentesco:

Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

3106933883

Nombre:

Benita Anas

Parentesco:

Amiga

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

la vivienda queda ubicada en zona de aguas y se puede
llegar en caballo, yonco o canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso la menor se encontraba con
las ventos largas.

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

Liliana Benavides Guerra

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yania Garcia Torres

Función:

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

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 1501 DE 2012.

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario	12 kg	Talla inicial beneficiario	93cm
		Clasificación nutricional <i>Riesgo de desnutrición aguda.</i>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a		Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Ana Victoria Marmel Jarama		02/06/2020	01/08/2023
Tipo de beneficiario/a		Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		3 años - 1 mes	17.
Tipo de documento de identidad		Si no cuenta con Documento de Identidad cuál es la causa:	
1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene		1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	
		Número de documento de identidad	
		1065249023.	
Étnicamente se reconoce como:		Es desplazado: NO ☒ SI ☐	
1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna		De donde: _____	
		Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐	
		Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable		Parentesco	Número de contacto
Ana Rosenda Benavides		Abuela	313 8026480.
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad		Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas		1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	Entidad que certifica la discapacidad: _____
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?		¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐		NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐
		En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿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?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar

Municipio: Yaguarita

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, ranchería:
San José (Coro mono)

Dirección:
Sin nomenclatura

Coordenadas geográficas:
N: 8° 54' 22.7"
W: 74° 14' 52.5"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

313 802 6580

Ana Rosendo

Parentesco:

Abuela

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

313 784 3687

Mana A

Parentesco:

Amiga

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

La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede
llegar en canoe, caballo o yonco.

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

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

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

Al momento del ingreso la menor no se
encontraba con crecimiento y desarrollo.

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

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yanet García Torres

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 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	11,3 kg	Talla inicial beneficiario	90 cm	Clasificación nutricional	Riesgo de desnutrición Aguda
---------------------------	---------	----------------------------	-------	---------------------------	------------------------------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Ena Valentina Villanuel Puerta	Fecha de nacimiento	18/05/2021	Fecha de Ingreso	01/08/2023
-----------------------	--------------------------------	---------------------	------------	------------------	------------

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	2 años - 4 meses	NA

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☒ Registro civil	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia	1101213297
2. ☐ Tarjeta de Identidad	2. ☐ Falta de gestión familiar	
3. ☐ Cédula Ciudadanía	3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan	
4. ☐ No tiene	4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a	
	5. ☐ Otra, cuál: _____	

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Eydis Puerta Oliveros	NO	3116985056

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad	Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
1. ☐ Alteración a nivel de movilidad	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	Entidad que certifica la discapacidad: _____
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		

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

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

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

F2.MO7.PP

07/09/2020

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

Versión 2

Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

¿Recibe atención en terapia y/o
rehabilitación?
NO ☐ SI ☐

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Bolívar

Municipio: Margarita

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia,
comuna, corregimiento, rancharía:
San Jose (Cano Mono)

Dirección: sin nomenclatura.

Coordenadas geográficas:
N: 8° 58' 26.6"
W: 74° 13' 57.5"

Primera opción de contacto

Número de contacto: 3116 985056 Nombre: Karen Juliana

Parentesco: madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto: 313 2651231 Nombre: Enzo Anas

Parentesco: Amiga

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

la vivienda queda ubicada a una hora, se puede llegar
en caballo, yonzo o canoa.

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

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

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

Al momento del ingreso la menor se encontraba
desahogada.

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

eydis

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligenció:

Yolka Garcia Torres

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.



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

12 kg

Talla inicial beneficiario

94 cm

Clasificación nutricional *Riesgo de*
desnutrición Aguda.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Emily Meles Arenilla

Fecha de nacimiento

10/08/2020

Fecha de Ingreso

01/09/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años - 11 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

1102645019

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

Yonelis Arenilla Robles

Parentesco

Madre

Número de contacto

3112040847

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bolivar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San Jose (caño moro)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 52' 20.3"</u> W: <u>74° 10' 51.2"</u>
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto	
Número de contacto: <u>3112040847</u>	Nombre: <u>Yanelis Arenilla</u>	Número de contacto: <u>3226113317</u>
Parentesco: <u>Madre</u>	Nombre: <u>Mayerlis Tonyano</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 en zona de agua y se puede llegar en caballo, yonzo o canoa.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS				
Documento	Si	No	Documento	Si
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
Al momento del ingreso la menor no se encontraba sin crecimiento y desarrollo.

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se 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

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

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	10,2 kg	Talla inicial beneficiario	86 cm	Clasificación nutricional	Riesgo de desnutrición Aguda
---------------------------	---------	----------------------------	-------	---------------------------	------------------------------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Luciano Montenegro Mamol	Fecha de nacimiento	01/09/2021	Fecha de Ingreso	01/08/2023
-----------------------	--------------------------	---------------------	------------	------------------	------------

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

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☒ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	1030462995

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Yecenia Mamol Hernandez	Madre	3138026580

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. ☐ Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Psicosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	Grado de severidad en relación con el nivel de dependencia. 1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ Entidad que certifica la discapacidad: _____
¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO ☐ SI ☐	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐

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

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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: <u>Bolivia</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>San pte (Cano mono)</u>	Dirección: <u>Sin nomenclatura</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>8° 51' 19.1"</u> W: <u>74° 12' 39.3"</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3138026580</u> Nombre: <u>Yecenia Narmol</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>3112040847</u> Nombre: <u>Yanetis Arenillo</u> Parentesco: <u>Amiga</u>				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda queda ubicada en zona de agua y se puede llegar en caballo, yonco o canoa.</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
<u>A momento del ingreso la menor se encontraba con las vías suyas.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Yecenia Narmol</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yara Garcia Torres</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a		

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

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

Clasificación nutricional

Adecuado para el nacimiento

Peso inicial beneficiario

3,100 kg

Talla inicial beneficiario

50cm

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Fecha de Ingreso

22/07/2023

Nombre Beneficiario/a

Juan Andres Lopez Jimenez

Fecha de nacimiento

22/07/2023

Edad al ingreso beneficiario/a

0 mes

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Número de documento de identidad

10207844514

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: _____

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

Jennifer Jimenez Arevalo

Parentesco

Madre

Número de contacto

3113896215

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bohvar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Causado</u>	Dirección: <u>Calle principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9° 07' 57.3"</u> W: <u>74° 19' 16.5"</u>

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: <u>3113896215</u>	Nombre: <u>Jennifer Jimenez</u>	Número de contacto: <u>3114729728</u>	Nombre: <u>Marcela Saeedra</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, Calle principal a una casa de la primera tienda.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☐	☒
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☐	☒	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

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

Al momento del ingreso el menor se encontraba sin Afiliación a EPS, sin crecimiento y desarrollo y sin símb.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Jennifer Jimenez O.</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yana Garcia Torres.</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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.



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 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

3000kg

Talla inicial beneficiario

49cm

Clasificación nutricional

Adequado peso al hacer.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Karla Ines Ouedo De Leon

Fecha de nacimiento

02/08/2023

Fecha de Ingreso

02/08/2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

0 mes.

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

159

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

SD.

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

Mancela De Leon S.

Parentesco

Madre

Número de contacto

314 815 12 41

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.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bolivar</u>	Municipio: <u>Margarita</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comunas, corregimiento, ranchería: <u>Causado</u>	Dirección: <u>Calle Principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9° 07' 46.60"</u> W: <u>74° 19' 10.10"</u>

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: <u>314 815 1241</u>	Nombre: <u>Marcela S.</u>	Número de contacto: <u>311 38 96215</u>	Nombre: <u>Jennifer.</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 en la calle Principal a tres casas del segundo puente.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad		X	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)		X
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	-	-
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)		X	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
Al momento del ingreso la menor no se encontraba con registro, crecimiento y desarrollo, ni afiliación a EPS.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Maricela</u>	Nombre y firma de la persona que diligenció: <u>Yana Garcia Bues</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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 kg.

Talla inicial beneficiario

74 cm

Clasificación nutricional **Riesgo de desnutrición Aguda.**

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Luciana Pacheco Mora.

Fecha de nacimiento

05/06/2022.

Fecha de Ingreso

01/08/2023.

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

1 año - 1 mes.

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

1020850888.

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

Norahs Pacheco Mora

Parentesco

Madre

Número de contacto

3202690492.

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 1501 DE 2012.

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

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

4. DATOS DE DOMICILIO		
Departamento: <u>Bolivar</u>	Municipio: <u>Marganta.</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>El botón.</u>	Dirección: <u>Calle principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9° 10' 08.1"</u> W: <u>74° 16' 05.6"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3202690442</u> Nombre: <u>Noralvis P.</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>3246583947</u> Nombre: <u>Margareth C.</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 diez casa de la iglesia.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	☐	☐
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒	☐	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	☐

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

Al momento del ingreso la menor se encontraba con gnpa.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>.Noralvis Pacheco Mora.</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Yaira Garza Torres.</u>
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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.