

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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ancon.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Maria Teresa Martinez Lopez

No. documento de identidad: 1051676 611 Firma: Maria Teresa Martinez Lopez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Andi Jesus Martinez Lopez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Mary Garcia Gonzalez
Garcia Gonzalez No. documento de identidad: 1051662606

Firma: Mary Garcia G

Observaciones:

La madre del menor acepta voluntariamente la recuperación nutricional del menor, en la modalidad 1000 días para cambiar el mundo, ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda

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

14

Talla inicial beneficiario

101

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Andrés José Martínez López

Fecha de nacimiento

20-05-2019

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

4 años, 2 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

1051680542

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

Maria Teresa Martinez Lopez

Parentesco

Madre

Número de contacto

3146839261

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:

Bolivar

Municipio:

Hompas

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

Ancon.

Dirección:

Calle #2, frente al puente

Coordenadas geográficas:

N: 9°15'03.266"

W: 74°26'08.273"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

314 683 9261

Nombre:

Maria T. Martinez

Parentesco:

Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda está ubicada cerca al puente de
alcantilla, se puede llegar en moto

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

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

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

El menor se encontraba desnudo jugando en
otra calle.

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

Maria Teresa Martinez Lopez

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Harly Garcia Gonzalez

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ancon.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Enrique Javier Nieto Romero

No. documento de identidad: 1051 662 597 Firma: Enrique Javier Nieto

Responsable de (nombre de la niña o niño) Narly del Carmen Nieto Simanca

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

García González No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

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

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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 Talla inicial beneficiario 85 Clasificación nutricional Riesgo de nutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Nasly del carmen Nieto Simanca Fecha de nacimiento 13-07-2021 Fecha de Ingreso 01-08-2023

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

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene
Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia
2. ☐ Falta de gestión familiar
3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan
4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a
5. ☐ Otra, cuál: _____
Número de documento de identidad 1051681571

Etnicamente 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

Enrique Javier Nieto Romero

Parentesco

Padre

Número de contacto

320765 2737

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 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.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>Bolívar</u>	Municipio: <u>Hempes</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Ancon</u>	Dirección: <u>Calle #2</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°14'51.825</u> W: <u>74°25'50.270</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3207652737</u> Nombre: <u>Enrique J. Nieto</u> Parentesco: <u>Padre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda está ubicada en la calle #2 del Corregimiento de Ancon, diagonal al colegio, se puede llegar en moto.</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Si	No	Documento	Si	No
Documento de identidad	☒		Carta Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	
Carta de vacunación	☒		Carta control prenatal (mujeres gestantes)	☒	☒
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	☒		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	☒	
6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO					
<u>La menor se encontraba dormida en el suelo estaba muy botada su piel.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Enrique Javier Nieto</u>			Nombre y firma de la persona que diligenció: <u>Harly García González</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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Pinconada
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Tatiana Castillo Fajardo

No. documento de identidad: 1193 456 104 Firma: Tatiana Castillo F

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jorge Luis Vergara Castillo

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

García González No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: Horly García G.

Observaciones:

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

Antes de imprimir este documento... plense 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.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

10

Talla inicial beneficiario

82

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Enrique Vega Castillo

Fecha de nacimiento

09-07-2021

Fecha de ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

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

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

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

Número de documento de identidad

1051681490

Etnicamente 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

Tatiana Castillo Fajardo

Parentesco

Madre

Número de contacto

313 747 6751

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: <u>Bolivar</u>	Municipio: <u>Hompas</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>La Rinconada</u>	Dirección: <u>Calle principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>00°15'08.262"</u> W: <u>74°26'08.957"</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3137476751</u> Nombre: <u>Tatiana Castillo</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda está ubicada en la calle principal se puede llegar en moto</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	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>El menor estaba comiendo, con las manos muy sucias y desnudo.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Tatiana Castillo</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Maly Garcia B.</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			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 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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Rinconada
Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS DEGRUAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Mabel del Carmen Caro Ortiz

No. documento de identidad: 40877316 Firma: Mabel Caro

Responsable de (nombre de la niña o niño) Axel Amet Morales Caro

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

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

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 11 Talla inicial beneficiario 87 Clasificación nutricional Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Alex Alex Morales Caro Fecha de nacimiento 19-01-2021 Fecha de Ingreso 01-08-2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ Edad al ingreso beneficiario/a 2 años, 6 mcs 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 1051681239

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

Habel del Carmen Caro Ortiz

Parentesco

Madre

Número de contacto

3145285949

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 ICDF 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:

Bolivar

Municipio:

Alompos

Zona:

Rural ☐ Urbana ☒

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

La Rinconada

Dirección:

Carretera

Coordenadas geográficas:

N: 90°14'50.716"

W: 7°25'49.914"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3145.85949

Nombre:

Albel Caro O.

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

Padre

Parentesco:

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

La vivienda queda ubicada a orilla de la carretera a unos pasos de centro salud, se puede llegar en moto.

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

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

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

La menor se encontraba descalzo un poco desvestida y sin ropa.

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

Albel Caro

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencie:

María García González

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ancon.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Carmen Cecilia Reyes Havin.

No. documento de identidad: 1051660224 Firma: Carmen Reyes

Responsable de (nombre de la niña o niño) Aldemar Enrique Roiz Reyes.

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

La madre del menor acepta voluntariamente la
atención brindada por parte de 1000 días para
cambiar el mundo para la recuperación nutricional
del menor ya se encuentran en riesgo de
desnutrición aguda.

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

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

11,3

Talla inicial beneficiario

90

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Aldemar Enrique Ruiz Reyes

Fecha de nacimiento

01-03-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años, 5 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

1050846651

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

Carmen Cecilia Reyes Hain

Parentesco

Madre

Número de contacto

3217668842

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:

Hompos

Zona:

Rural ☐ Urbana ☐

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

Ancon

Dirección:

Calle #2.

Coordenadas geográficas:

N: 90°51'06.905W

W: 24°26'04.838

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3217668842

Nombre:

Carmen Reyes

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco: Madre

Parentesco:

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

La vivienda está ubicada en la segunda calle
se puede llegar en moto

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

El menor se encuentra con gripe y en el
patio jugando con agua.

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

Carmen Reyes

Nombre y firma de la persona que diligenció:

Marly García González

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): La Loma
Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBITO contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Norcy Moreno Yepes

No. documento de identidad: 36.703.040 Firma: Norcy Moreno Yepes

Responsable de (nombre de la niña o niño) Rosa Elvira Ramos Rodríguez

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

García González No. documento de identidad: 1051.662.696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

La abuela de la menor acepta voluntariamente la atención brindada por parte de la modalidad 1000 días para cambiar el mundo, para la recuperación nutricional ya que se encuentran en riesgo de desnutrición aguda

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

Talla inicial beneficiario

95

Clasificación nutricional

Riesgo de malnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Rosa Elvira Ramos Rodriguez

Fecha de nacimiento

26-01-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años, 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: Permiso Migración

Número de documento de identidad

Nº 6384964

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

Marcy Moreno yepes

Parentesco

Abuela

Número de contacto

313 747 0808

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:

Bolivar

Municipio:

Hompas

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

La Loma

Dirección:

Entrada la loma

Coordenadas geográficas:

N: 9°14'09.55"

W: 74°27'47.142"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3137476808

Nombre:

Norcy Moreno

Parentesco:

Abuela

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda se encuentra ubicada en una finca en la entrada a la loma, se puede llegar en moto.

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

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	NA	NA
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

La menor se encuentra jugando en un potrero o corral de ganado, descalza y sin blusa.

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

Norcy Moreno Yepes

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligenció:

Harly Garcia G.

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.M07.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): pueblo Nuevo.
Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS ABROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Greys Carolina Rodríguez Morales

No. documento de identidad: 1002357577 Firma: Greys Rodríguez Morales

Responsable de (nombre de la niña o niño) Adriana Carolina Corrales Rodríguez

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

La madre de la menor acepta voluntariamente
la atención brindada por 1000 días para cambiar
el mundo, para la recuperación nutricional de la
menor, ya que se encuentra en riesgo de
desnutrición aguda.

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

12,3

Talla inicial beneficiario

95

Clasificación nutricional

Riesgo nutricional Agudo

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Adriana Carolina Conales Rodriguez

Fecha de nacimiento

18-01-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años, 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

1050846633

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

Grey Carolina Rodriguez Pardo

Parentesco

Padre

Número de contacto

320 699 7483

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 ICRAF 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>Hompos</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Pueblo Nuevo</u>	Dirección: <u>Calle # 1, Diagonal al colegio</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9° 14' 12.4190</u> W: <u>74° 25' 31.6260</u>
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>320 699 7483</u> Nombre: <u>Grey Rodríguez</u> Parentesco: <u>Hadre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

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

La vivienda está ubicada, diagonal colegio de primaria
de Pueblo Nuevo, se puede llegar en moto

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

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

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

La menor se encuentra en la calle sin ropa
cubierta y despierta.

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

Grey Rodríguez Morales

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Mary García González

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc):

Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yasnuryz Vargas López

No. documento de identidad: 1051671160 Firma: Yasnuryz Vargas L.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Sarah Elias Archila Vargas

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G

Observaciones:

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

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 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 <i>L3</i>	Talla inicial beneficiario <i>96</i>	Clasificación nutricional <i>Riesgo desnutrición Aguda</i>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <i>Smith Elias Archila Vargas</i>		Fecha de nacimiento <i>05-05-2020</i>	Fecha de Ingreso <i>01-08-2020</i>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <i>3 años, 2 meses</i>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <i>NA</i>
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 <i>1043493106</i>
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 <i>Yazmyn Vargas López</i>		Parentesco <i>Hadre</i>	Número de contacto <i>300416 1591</i>
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☐ SI ☒			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 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:
Bolívar

Municipio:
Hompas

Zona:
Rural ☒ Urbana ☐

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

Dirección:
Calle principal

Coordenadas geográficas:
N: *9°14'35.65"*
W: *74°25'49.45"*

Primera opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

300 416 1591

Yasmany Vargas

Parentesco: *Hadre*

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda se encuentra ubicada en la calle principal, se puede llegar en moto

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

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

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

El menor se encontraba descalzo y sin ropa.

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

Yasmany Vargas

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Harold García G.

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Tierra firme

Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS DESEMBAJANTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Dña Rosario Delgado Peña

No. documento de identidad: 1051.663.079 Firma: Dña Delgado Peña

Responsable de (nombre de la niña o niño) Gianna Isabella Abdala Delgado

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

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

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

14

Talla inicial beneficiario

101

Clasificación nutricional

Riesgo de desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Gemma Isabella Abdala Delgado

Fecha de nacimiento

16-04-2019

Fecha de Ingreso

01-08-2020

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

1051680 490

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

Dida Rosario Delgado Peña

Parentesco

Madre

Número de contacto

313 360 7791

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 ICDF 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>Bolivar</u>	Municipio: <u>Hompas</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Tierra firme</u>	Dirección: <u>calle principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°14'37.289"</u> W: <u>74°51'57.910"</u>
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>313 360 77 91</u> Nombre: <u>Dida Delgado</u> Parentesco: <u>Madre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

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

La vivienda está ubicada en la calle principal, a pocos pasos del cementerio, se puede llegar en moto.

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

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

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

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Dida Delgado Peña</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Marily Garcia González</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 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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): La Loma.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Zahith Helen Vargas López

No. documento de identidad: 1002422227 Firma: Zahith Helen Vargas López

Responsable de (nombre de la niña o niño) Linzoj Alcocer Vargas.

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

García González No. documento de identidad: 1051662-696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

La madre acepta voluntariamente la vinculación al programa mil días para cambiar el mundo para la recuperación nutricional de la menor ya que se encuentra en riesgo de desnutrición aguda.

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

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



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 14 Talla inicial beneficiario 101 Clasificación nutricional Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a Lizmay Alcocer Vargas. Fecha de nacimiento 04-07-2019 Fecha de Ingreso 01-08-2023

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

Tipo de documento de identidad

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

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

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

Número de documento de identidad

4051680603

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

Zahith Helen Vargas López

Parentesco

Madre

Número de contacto

302 235 0248

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>Hompos</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>La Loma</u>	Dirección: <u>Calle principal Diagonal Iglesia</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°14'32.175"</u> W: <u>74°25'38.120"</u>	
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto		
Número de contacto: <u>302 235 0248</u> Nombre: <u>Zahith H. Vargas</u>	Número de contacto: _____ Nombre: _____		
Parentesco: <u>Hadre</u>	Parentesco: _____		

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

La vivienda se encuentra ubicada en la calle Principal diagonal a la iglesia del pueblo, se puede llegar en moto

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

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO
<u>La menor se encontraba comiendo en el suelo</u> <u>llena de puerco</u>

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Zahith Vargas Lopez</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Harly Garcia G.</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.

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Guataca
Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Juan David Ortiz Garcia

No. documento de identidad: 1082479280 Firma Juan David Ortiz Garcia

Responsable de (nombre de la niña o niño) Edgar David Ortiz Hachado

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

Garcia González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly Garcia G.

Observaciones:

El padre del menor acepta voluntariamente la
atención que le brinda el programa 1000 días
para cambiar el mundo por la recuperación
nutricional del menor ya que se encuentran
en riesgo de desnutrición aguda.

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

11

Talla inicial beneficiario

87

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Edgar David Ortiz Machado

Fecha de nacimiento

15-10-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años y 9 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

1051681106

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

Juan David Ortiz García

Parentesco

Padre

Número de contacto

3216960599

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:

Hompos

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

Guataca

Dirección:

calle principal

Coordenadas geográficas:

N: 91°13'56"-5437
W: 7°40'25"04"-4151

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3216460599

Nombre:

Juan D. Ortiz

Parentesco:

padre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda está ubicada en la calle principal al
lado de la plaza, se puede llegar en moto.

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

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

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

El menor se encontraba jugando en la calle
desnudo y con su piel bozada.

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

Juan David Ortiz Garcia

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Yasmy Garcia González

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Rinconada
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS DEBROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Nayelhi Arrieta Romero

No. documento de identidad: 1051657100 Firma Nayelhi Arrieta Romero

Responsable de (nombre de la niña o niño) Aylin Sofia Vanegas Arrieta

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

Harly Garcia Gonzalez No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly Garcia G

Observaciones:

La madre de la menor acepta voluntariamente la atención brindada por coodina para la recuperación nutricional del menor ya que se encuentran en riesgo de desnutrición aguda.

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 <i>B</i>	Talla inicial beneficiario <i>95</i>	Clasificación nutricional <i>Riesgo de desnutrición aguda</i>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <i>Aylin Sofia Vanegas Amieta.</i>		Fecha de nacimiento <i>11-05-2022</i>	Fecha de Ingreso <i>01-08-2023</i>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <i>1 año y 2 meses</i>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <i>NA</i>
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 <i>1051 681 959</i>
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 <i>Nayelhi Amieta Romero</i>		Parentesco <i>Madre</i>	Número de contacto <i>321 657 5589</i>
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 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	
¿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>Hompos</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>La Rinconada</u>	Dirección: <u>Calle principal</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°15'09.012"</u> W: <u>74°26'10.612"</u>
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>321 652 5589</u> Nombre: <u>Nivis Martínez</u> Parentesco: <u>Abuela</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

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

La vivienda está ubicada en la calle principal a unos pasos del acueducto, se puede llegar en moto.

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

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

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

La menor se encontraba jugando en el suelo sin ropa.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Nayelhi Amieba Romero</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Harly García González</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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ducon
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS PEROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Lady Carolina Vasquez Beleno

No. documento de identidad: 1007899757 Firma: Lady C Vasquez Beleno

Responsable de (nombre de la niña o niño) Andrea Carolina Garcia Vasquez

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

Garcia Gonzalez No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly Garcia G.

Observaciones:

Madre acepta voluntariamente la atención prestada por parte de 1000 días para la recuperación nutricional de la menor ya se encuentra en riesgo de desnutrición aguda

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

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

 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 8	Talla inicial beneficiario 74	Clasificación nutricional <i>Riesgo de nutrición Aguda.</i>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <i>Andrea Carolina Garcia Vasquez</i>		Fecha de nacimiento <i>27-05-2022</i>	Fecha de Ingreso <i>01-08-2023</i>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <i>1 año - 2 meses</i>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <i>NA</i>
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 <i>1050847660</i>	
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 <i>Lady Carolina Vasquez Beñeo</i>		Parentesco <i>Madre</i>	Número de contacto <i>3146516936</i>
3. DISCAPACIDAD			
Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐			
Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5			
En que categorías presenta discapacidad 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... plense en el medio ambiente!

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



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: <i>Bolívar</i>	Municipio: <i>Hompos</i>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <i>Ancon</i>	Dirección: <i>Canetero, a unos pasos de la Cacha.</i>	Coordenadas geográficas: N: <i>9°14'52.709"</i> W: <i>74°25'59.214"</i>
Primera opción de contacto Número de contacto: <i>314 651 6936</i> Parentesco: <i>Madre</i>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____	

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

*La vivienda se encuentra ubicada en vía cane tero
a unos pasos de la cacha se puede llegar en moto.*

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

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	☒	☐
Carné de vacunación	☒	☐	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	<i>NA</i>	<i>NA</i>
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

*La menor se encontraba en el patio de su casa
jugando con su mascota.*

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

Ladys C Vasquez

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Harly Garcia Gonzalez

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.

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): La Loma.

Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS PEROOMBENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yaneibis Navarro Navarro

No. documento de identidad: 1051 677 613 Firma: Yaneibis Navarro N

Responsable de (nombre de la niña o niño) Isabella Sofia padilla Navarro

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

García González No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

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

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

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



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

12,5

Talla inicial beneficiario

96

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Isabella Sofia Padilla Navarro

Fecha de nacimiento

24-07-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

3 años

Para mujeres gestantes- semanas de

gestación NA

Tipo de documento de identidad

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

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

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

Número de documento
de identidad

1050846899

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

Yaneibis Navarro Navarro

Parentesco

Madre

Número de contacto

3113021968

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.

Powered by

CS CamScanner



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 3 de 3

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

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

Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre
entidad atención

Descripción de la terapia y/o rehabilitación

Descripción de la discapacidad

¿Tiene proceso
de interdicción?
NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento:

Bolivar

Municipio:

Hompas

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

La Loma

Dirección:

Calle del cementerio

Coordenadas geográficas:

N: 97° 49' 25"

W: 79° 26' 05" 368"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

311 302 1968

Nombre:

Yancibis Navarro

Parentesco: Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

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

Documento	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

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

Yancibis Navarro

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Harly García Benítez

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Rinconada
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Yurineeth Navarro Navarro

No. documento de identidad: 1051.675.166 Firma: YURINEETH NAVARRO N.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Thiago de Jesús Guzmán Navarro

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Arly García G.

Observaciones:

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

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 <u>10</u>	Talla inicial beneficiario <u>82</u>	Clasificación nutricional <u>Riesgo de malnutrición aguda</u>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <u>Thiago de Jesús Guzman Navarro</u>		Fecha de nacimiento <u>12-06-2021</u>	Fecha de Ingreso <u>07-08-2023</u>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <u>2 años - tres</u>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <u>NA</u>
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 <u>1051.681.465.</u>
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 <u>Yurineith Navarro Navarro</u>		Parentesco <u>Hadre</u>	Número de contacto <u>322 684 15 71</u>
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	
¿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:

Bolivar

Municipio:

Hompos

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

La Rinconada

Dirección:

Calle #2

Coordenadas geográficas:

N: 90°41'44" 246"

W: 7°26'03" 353"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3226841571

Nombre:

Yurineeth Navarro

Parentesco:

Madre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda se encuentra ubicada en la calle #2, frente
al parque, se puede llegar en moto.

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

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

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

El menor se encontraba en la sala de su
vivienda jugando, despierto.

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

YURINEETH NAVARRO IV.

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Harly Garcia Gonzalez

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 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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Rinconada.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Jormarys Brigitte Quevedo Hernandez

No. documento de identidad: V 266 81 223 Firma: Jormarys Quevedo

Responsable de (nombre de la niña o niño) Alexandra Sofia Tapia Quevedo.

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

Garcia Gonzalez. No. documento de identidad: 1051.662.696

Firma: Harly Garcia G.

Observaciones:

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MO7.PP

07/09/2020

Versión 2

Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario

10,3

Talla inicial beneficiario

86

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Alexandra Sofia Tapia Quevedo

Fecha de nacimiento

04-12-2020

Fecha de Ingreso

01-08-2022

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

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

1049090077

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

Johmarys Brigitte Quevedo H.

Parentesco

Madre

Número de contacto

314 8077273

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:

Bolívar

Municipio:

Hompos

Zona:

Rural ☒ Urbana ☐

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

Rinconada

Dirección:

carretera después del
acueducto.

Coordenadas geográficas:

N: 90° 31' 44.910"

W: 74° 30' 18.604"

Primera opción de contacto

Número de contacto:

3148077273

Nombre:

Jarmarys Quevedo

Parentesco:

Padre

Segunda opción de contacto

Número de contacto:

Nombre:

Parentesco:

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

La vivienda está ubicada a pocos pasos del
acueducto, carretera, se puede llegar en moto

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

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

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

La menor se encontraba sentada en el suelo con
un gato en los brazos, sin ropa.

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

Jarmarys Quevedo

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Marly García González

Función:

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

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc):

Tierra firme.

Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador:

Arleidis Urbina Urbina

No. documento de identidad:

1051 676 259

Firma:

Arleidis Urbina

Responsable de (nombre de la niña o niño)

Sheryl Flavia Amon's Urbina

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

Glory

García González

No. documento de identidad:

1051 662 696

Firma:

Glory García G.

Observaciones:

La madre de la niña acepta voluntariamente
la atención brindada por parte de 1000 días
para la recuperación de la menor ya que se
encuentra en riesgo de desnutrición aguda.

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

11

Talla inicial beneficiario

88

Clasificación nutricional

Riesgo desnutrición Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Sheryl Maria Amaris Urbina

Fecha de nacimiento

07/09/2020

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

2 años, 10 meses

Para mujeres gestantes- semanas de gestación

NA

Tipo de documento de identidad

1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula de 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

1051681048

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

Hiladis Urbina Urbina

Parentesco

Madre

Número de contacto

320 432 4580

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>Hompós</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Tierrafirme</u>	Dirección: <u>Calle 2</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°14'58.58"</u> W: <u>74°25'54.14"</u>

Primera opción de contacto Número de contacto: <u>320 432 4580</u> Nombre: <u>Hiladis Urbina</u> Parentesco: <u>Hadre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____
---	--

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

La vivienda está ubicada en la calle #2, cerca a la
cantina "la pelva" se puede llegar en moto

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

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

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

La menor se encontraba descalza, con el pelo
suelto y jugando en el sol.

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

Hiladis Urbina

Si manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Marly García B

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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Rinconada.
 Fecha: 01-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Mayenis Castillejo Arevalo.

No. documento de identidad: 1051 673 150 Firma: Mayenis Castillejo A.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Joines Gonzalez Castillejo.

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

Garcia Gonzalez. No. documento de identidad: 1051 662 696.

Firma: Harly Garcia G

Observaciones:

La madre del menor acepta voluntariamente la
vinculación del menor, por parte de 1000 días para
cambiar el mundo, para la recuperación nutricional
del niño, ya que se encuentran en riesgo de
desnutrición aguda.

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 <u>7</u>	Talla inicial beneficiario <u>69</u>	Clasificación nutricional <u>Riesgo de nutrición Aguda</u>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <u>Joiner González Castillo</u>		Fecha de nacimiento <u>05-01-2023</u>	Fecha de Ingreso <u>01-08-2023</u>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <u>6 meses</u>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <u>NA</u>
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 <u>1051 682377</u>
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 <u>Hayens Castillejo Arevalo</u>		Parentesco <u>Madre</u>	Número de contacto <u>312 808 8223</u>
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

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>Bolívar</u>	Municipio: <u>Monpos</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>La Rinconada</u>	Dirección: <u>Calle # 2.</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>90° 15' 58" 368"</u> W: <u>7° 02' 28" 8950</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>321 8088223</u> Parentesco: <u>Padre</u>	Nombre: <u>Mayenis Castillejo</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____			
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda está ubicada en la calle # 2 se puede llegar en moto</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	☒	☐	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>El menor se encontraba durmiendo en el suelo cerca animales domesticos.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Mayenis Castillejo A</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Marly Garcia G</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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): La Loma
 Fecha: 01-08-2025

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Diana Marcela Suárez Torres

No. documento de identidad: 1049.582.418 Firma: Diana Suárez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Diana Carolina Cortes Suárez

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

García González No. documento de identidad: 1051 662 696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

Menor nacido en la modalidad en
buen estado de salud.

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

3,3

Talla inicial beneficiario

50

Clasificación nutricional

Peso Adecuado

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a

Diana Carolina Cortés Suárez

Fecha de nacimiento

27-07-2023

Fecha de Ingreso

01-08-2023

Tipo de beneficiario/a

Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒

Edad al ingreso beneficiario/a

0

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

1050847978

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

Diana H. Suárez Torres

Parentesco

Madre

Número de contacto

313506 83 85

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

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>Hompos</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>La Loma, calle #2</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>9°13'52.864"</u> W: <u>74°25'33.425"</u>

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: <u>313 506 8385</u>	Número de contacto: _____
Nombre: <u>Diana M. Suarez</u>	Nombre: _____
Parentesco: <u>Hadre.</u>	Parentesco: _____

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

La vivienda se encuentra ubicada en la
calle #2, se puede llegar en moto

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

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

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

Menor en buen estado de salud y físico.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Diana Suarez</u>	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Harly Garcia Gonzalez</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 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Pueblo Nuevo.
 Fecha: 22-08-2023

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

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

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

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS AGROAMBIENTE contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Donelis Nieto Rojas

No. documento de identidad: 1051658098 Firma: Donelis Nieto Rojas

Responsable de (nombre de la niña o niño) Kataleya Galvis Nieto

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

García González No. documento de identidad: 1051662696

Firma: Harly García G.

Observaciones:

Henor nacida en la modalidad en buen
estado de salud.

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 3	Talla inicial beneficiario 49	Clasificación nutricional Peso Adecuado	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a Katalaya Galvis Nieto		Fecha de nacimiento 22-08-2023	Fecha de Ingreso 22-08-2023
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☐		Edad al ingreso beneficiario/a 0	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: <u>Binomio</u>		Número de documento de identidad
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 Danelis Nieto Rojas.		Parentesco Hedre.	Número de contacto 311 601 38 73
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	
¿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>Hompós</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección: <u>Calle principal de Pueblo Nuevo.</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>4°10'06.531"</u> W: <u>74°21'55.452"</u>	
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>3116613873</u> Nombre: <u>Donelis Nieto</u> Parentesco: <u>Hadre</u>	Segunda opción de contacto Número de contacto: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>La vivienda esta ubicada en la calle principal diagonal al colegio, se puede llegar moto</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>Menor nacida en la modalidad en buen estado de Salud.</u>	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>Donelis Nieto Rojas</u> Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Harly Garcia Gonzalez</u> Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

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

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