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): Barrancominas
Fecha: 27-09-2023.

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 NO3. 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: Norma Cristina Martinez Ruiz

No. documento de identidad: 1121717150 Firma Norma Martinez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Karen Lucia Martinez Ruiz

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Aquiles Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016.

Firma:

Observaciones:
Ingresa niña mayor de 6 meses que presenta Riesgo de desnutricion Aguda y figura como Pendiente

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
10.5	87.4.	R-DNT-A.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Karen Lucia Martinez Ruiz	20-04-2021	27-09-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña ☒	2 años y 5 meses	N/P

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
1244458413

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐
De donde. _____

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

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Noima Cristina Martinez Ruiz	madre	No tiene

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

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

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

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

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
Entidad que certifica la discapacidad: _____

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

¿Requiere ayuda de otra persona?
NO ☐ SI ☐
En caso de requerirla realice descripción de la ayuda

¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐
¿Cuenta con la ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐

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

Powered by CamScanner

¿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: Guainia	Municipio: Barrancominas.	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Barrancominas	Dirección: Barrancominas	Coordenadas geográficas: N: 03°25'52.36" W: 69°52'13.40"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: / Nombre: /	Número de contacto: / Nombre: /
Parentesco: /	Parentesco: /

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
la ubicacion de la vivienda queda al costado Izquierda del señor paisa, el padre de la señora Yolima Cadavid de cootragua.

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	V		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	N	A
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

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

La niña cumple con los documentos requerido el compromiso es gestionar Actualizaciones mensuales los controles de Salud.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Norma Martinez	
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Powered by CamScanner