FUNDACION SABER SER
FORMANDO LIDERES DE BIEN
NIT: 806.015.985-9

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMETRICOS GESTANTES

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION CONSTRUYENDO FUTURO 1

EL CARMEN DE BOLIVAR

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 13**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°___						TOMA N°___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1002439486	ALEJANDRA	SANDRITH	RAMIREZ	MONTES	14/11/1986	03/03/2025	02/06/2022	68,8	155	30	A	SI						
2	C.C.	1052072517	NELIS	MARIA	MARTINEZ	MARQUEZ	23/01/2005	03/03/2025	02/06/2023	47,5	147,5	19	A	SI						
3	T.I.	1050278399	ANA	LINDA	OCHOA	DOMINGUEZ	18/10/2000	03/03/2025	02/06/2024	79	155,5	18	A	SI						
4	C.C.	1125412619	ANGELA	MARBELL	DAZA	GOMEZ	25/02/1997	03/03/2025	02/06/2025	63	154	37	A	SI						
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 11**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº___2_						TOMA Nº___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1085181891	XIOMARA		JIMMENEZ	RIVERA	20/11/1997	03/03/2025	03/06/2025	58,5	159,5	26	A	SI						
2	C.C.	1014281038	AMALIA		ANAYA	CHAVEZ	07/08/1996	03/03/2025	03/06/2025	78,3	161	27	A	SI						
3	C.C.	1052090841	NELLYS	MARIA	PELUFFO	PEREZ	22/06/1995	01/06/2025	03/06/2025	51,1	155	8	A	SI						
4	CE	31040991	ADRIANA	CRISTINA	GONZALEZ	GONZALEZ	03/12/2003	01/06/2025	03/06/2025	50	157,5	7	A	SI						
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 9**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº___						TOMA Nº___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1052075678	YESICA	PATRICIA	RAMIREZ	FERNANDEZ	04/03/1989	01/06/2025	03/06/2025	53,9	151,5	9	A	SI						
2	CC	1050279918	SHERITH	NICOLLE	QUEZADA	NAVARRO	20/12/2009	01/06/2025	03/06/2025	63,8	160	20	A	SI						
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 6**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°___						TOMA N°___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	CC	1050279604	CAMILA	ANDREA	MEZA	GARCIA	08/08/2009	03/03/2025	03/06/2025	63,6	157,5	33	A	SI						
2	CC	1052091916	DINA	LUZ	TORRES	MARTINEZ	02/08/1994	03/03/2025	03/06/2025	53,5	148	17	A	SI						
3	T.I.	1050278781	MARYURIS	JOHANNA	ROMERO	SUAREZ	18/12/1999	03/03/2025	03/06/2025	51,9	153	14	A	SI						
4	T.I.	1052070042	KAROL	DAYANA	DEAVILA	PEREZ	17/02/1993	03/03/2025	03/06/2025	78	154	39	A	SI						
5	T.I.	1052081920	VALEIDYS	PAOLA	MUÑOZ	NARVAEZ	20/05/2009	01/06/2025	03/06/2025	61,4	151	12	A	SI						
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIANO 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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 3**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº___						TOMA Nº___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1052072750	MARIA	CAMILLA	MEZA	TAPIA	18/02/2004	03/03/2025	13/05/2025	64,2	153	32	A	SI						
2	T.I.	1047047115	MELANI	PAOLA	TAPIA	TARRA	06/07/2009	03/03/2025	02/06/2025	49,6	147,3	30	A	SI						
3	CC	1002439518	DAYANA	MARCELA	BERRIO	GARRIDO	13/11/2000	03/03/2025	03/06/2025	66,4	150	25	A	SI						
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIANO 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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

F7.MT1.PP	16/05/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 5**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°___						TOMA N°___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1050277160	ELENA	JUDITH	PEREZ	OROZCO	02/01/2003	03/03/2025	03/06/2025	54,8	157,5	19	A	SI						
2	C.C.	1052097548	SORAIDA	ESTHER	CHAMORRO	ARAGON	05/01/2000	03/03/2025	03/06/2025	84	161	38	A	SI						
3	C.C.	1052096419	ONEIDA		CARDENAS	MARQUEZ	12/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	69,1	156,5	23	A	SI						
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIANO 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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN	F7.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	**BOLIVAR**	**CENTRO ZONAL:**	**EL CARMEN DE BOLIVAR**
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**EIC CONSTRYENDO FUTURO 1 UCA 4**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°___						TOMA N°___					
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?* (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (SI, No, No recuerda)
1	C.C.	1002440599	LINNIS	YOHANA	CORTES	CHAVEZ	17/12/2000	03/03/2025	03/06/2025	57	155,5	26	A	SI						
2	C.C.	1052088948	LINA	JUDITH	BERRIO	BUELVAS	14/06/1994	03/03/2025	03/06/2025	61	161,5	37	A	SI						
3	C.C.	6455242	ROSANGEL	CAROLINA	SEMPRUN	URDANETA	06/01/2005	03/03/2025	03/06/2025	77,4	163	20	A	SI						
4	C.C.	1002440593	YISEL	MARGARITA	TERAN	PEREZ	07/10/1997	03/03/2025	03/06/2025	57,8	155	17	A	SI						
5	C.C.	1007139234	SANDRY	JUDITH	ORTEGA	GUZMAN	01/10/2002	03/03/2025	03/06/2025	70,4	162	31	A	SI						
6	C.C.	1050277641	YELIS	JUDITH	DEAVILA	FERNANDEZ	16/03/2003	03/03/2025	03/06/2025	67,2	152	19	A	SI						
7	C.C.	1052076783	ALIS	PATRICIA	HERNANDEZ	GRACIAS	13/06/1989	03/03/2025	03/06/2025	81	157	24	A	SI						
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición **NORIS REGINA ALCAZAR CASTILLO** **Celular** **3015449341**

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 DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN	F7.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	BOLIVAR	**CENTRO ZONAL:**	EL CARMEN DE BOLIVAR
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		

No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº2						TOMA Nº___					
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto? (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (Si, No, No recuerda)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto? (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (Si, No, No recuerda)
1	C.C.	1052081051	OCHOA	SINDRY	03/09/1990	01/05/2025	03/06/2025	78,8	155,3	12	A	SI						
2	C.C.	1100625769	BORJA	MILDRETH	03/08/1991	03/03/2025	03/06/2025	88	150	37	A	SI						
3	RC	1052072900	SALCEDO	ANDREA	02/06/2005	03/03/2025	03/06/2025	66,9	163	36	A	SI						
4	T.I	1052079024	CORREA	JOELIS	14/11/2008	03/03/2025	03/06/2025	64,9	159	37	A	SI						
5	C.C.	1002444045	PEREZ	GINARIS	03/03/2002	03/03/2025	03/06/2025	63	152	29	A	SI						
6	C.C.	1052067621	TORRES	LILIANA	02/08/1996	03/03/2025	03/06/2025	64	158	28	A	SI						
7	C.C.	1052079406	PONCE	LILIANA	16/01/1990	03/03/2025	03/06/2025	67	167,5	14	A	SI						
8	RC	1052087420	BARRIOS	VERONICA	22/10/2011	03/03/2025	03/06/2025	51,4	146	30	A	SI						
9	T.I	1002443603	ROMERO	NIURCA	01/05/2002	03/03/2025	03/06/2025	74	167	20	A	SI						
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cucharеables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición YENI PAOLA ALVAREZ ROSSI **Celular** 3152724853

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN	F7.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	BOLIVAR	**CENTRO ZONAL:**	EL CARMEN DE BOLIVAR
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**FUNDACION SABER SER**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		

							TOMA Nº___						**TOMA Nº___**					
No. DE ORDEN	**Tipo de Documento**	**No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	**NOMBRES**	**APELLIDOS**	**FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)**	**FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)**	**FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)**	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto? (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (Si, No, No recuerda)	**FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)**	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto? (A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud? (Si, No, No recuerda)
1	C.C.	1007621011	CARO	OLGA	10/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	80,4	159	13	A	SI						
2	C.C.	1052083662	VILLEGAS	YINETH	08/11/1991	01/05/2025	03/06/2025	67,7	157,5	14	A	SI						
3	C.C.	1051822416	MARQUEZ	MILEYDIS	16/11/1998	03/03/2025	03/06/2025	80,4	169,4	34	A	SI						
4	C.C.	1052090896	HERNANDEZ	ARELIS	25/07/1995	03/03/2025	03/06/2025	77,6	147,5	28	A	SI						
5	C.C.	1052095937	RAMIREZ	LISSETH	14/10/1998	01/05/2025	03/06/2025	72,4	172	37	A	SI						
6	C.C.	1002441076	ESTRADA	BLEIDIS	22/06/2000	03/03/2025	03/06/2025	64,4	155	28	A	SI						
7	C.C.	1011392478	CARMONA	MARIANA	28/12/2004	01/06/2025	03/06/2025	54,8	148	9	A	SI						
8	C.C.	1052097718	SERRANO	TANIA	20/07/1999	03/03/2025	03/06/2025	50	145	16	A	SI						
9	C.C.	1102853584	MERCADO	ASTRITH	05/04/1993	03/03/2025	03/06/2025	85	160	24	A	SI						
10	C.C.	1002440222	BENITEZ	ANDREA	30/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	84,5	152	16	A	SI						
11	C.C.	1052074221	GUERRA	VALERIA	01/08/2006	03/03/2025	03/06/2025	49,2	152	24	A	SI						
12	C.C.	1052074454	MARQUEZ	YESSICA	02/05/2000	03/03/2025	03/06/2025	65,5	163,5	36	A	SI						
13	C.C.	1052074934	BARON	LARISA	23/08/2002	03/03/2025	03/06/2025	66	167	38	A	SI						
14	RC	1050277499	GAMARRA	GLORIA	25/01/2001	03/03/2025	03/06/2025	71,6	160	28	A	SI						
15	C.C.	1052067707	HERRERA	MARYORI	25/05/2004	03/03/2025	03/06/2025	48	154	16	A	SI						
16	C.C.	1052087487	PEREZ	PAOLA	23/09/1993	03/03/2025	03/06/2025	80,9	160	20	A	SI						
17	C.C.	1002021868	TAPIAS	SARAY	22/11/1999	03/03/2025	03/06/2025	78	154	36	A	SI						
18	C.C.	1051833216	DIAZ	YESSICA	11/11/1999	03/03/2025	03/06/2025	64	156	36	A	SI						
19	C.C.	1052089678	MERCADO	YORELYS	01/10/1994	03/03/2025	03/06/2025	53,9	159	25	A	SI						
20	C.C.	1001903633	BARRIOS	LAURA	04/05/2002	03/03/2025	03/06/2025	57,6	152	23	A	SI						

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los segumientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

***¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cucharеables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición YENI PAOLA ALVAREZ ROSSI **Celular** 3152724853

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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