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

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

CAPTURA DE DATOS ANTROPOMETRICOS

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION

FUNDACION SABER SER

EL CARMEN DE BOLIVAR

AGOSTO

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

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMETRICOS NIÑOS Y NIÑAS

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION CONSTRUYENDO FUTURO 1

EL CARMEN DE BOLIVAR

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 9**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	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)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? * (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1043346094	VICTORIA		MEDINA	ROCHA	Mujer	06/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,2	74	15,7	N/A	6	SI	6	6	11	C	B													
2	1048229086	AXEL	JOSE	CASTILLO	RAMOS	Mujer	12/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,2	79	14,5	N/A	6	SI	6	6	18	C	B													
3	1050286988	AMELIA		CAMARGO	PONCE	Mujer	11/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,8	78,7	15,5	N/A	6	SI	6	6	16	B	B													
4	1052101092	MICHAELL	SALOME	UZCATEGUI	MONTIEL	Mujer	10/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,2	79	16	N/A	6	SI	6	6	21	B	B													
5	1052101313	ISAAC	DAVID	CAMACHO	VILLADIEGO	Hombre	30/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	13	82	17	N/A	6	SI	6	6	14	B	B													
6	1052101320	SHALIMAR	YALENA	MORENO	PEREZ	Mujer	28/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,7	81,8	16	N/A	6	SI	6	6	18	B	B													
7	1052101323	JUAN	SEBASTIAN	TAPIA	ROMERO	Hombre	01/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	11,2	77,5	15	N/A	6	SI	6	6	18	B	B													
8	1052101591	AHINARA	SOPHIA	BOLAÑO	PAYERES	Mujer	26/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,8	70	13	N/A	6	SI	6	6	9	B	B													
9	1052101677	ADRIEL	DAVID	RAMIREZ	TAPIA	Hombre	09/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,4	68	146	N/A	6	SI	6	6	7	B	B													
10	1052101697	SALOME		ROMERO	SANABRIA	Mujer	11/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	66	14	N/A	1	SI	1	1	6	B	B													
11	1052101881	LUIS	ANTONIO	ARIAS	BONILLA	Hombre	27/02/2025	01/05/2025	03/06/2025	6,3	58,5	0	C	3	SI	3	3	3	A	N/A													
12	1052101898	JASSIEL	DAVID	CHAMORRO	MENA	Hombre	10/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	5,5	56,5	0	A	1	SI	1	1	1	A	N/A													
13	1140716422	LIANIS	SOFIA	VERGARA	MIELES	Mujer	08/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,9	72,5	16,5	N/A	6	SI	6	6	10	C	B													
14	1140716289	AINARA		MORELO	LEGUIA	Mujer	28/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,8	76	15,5	N/A	6	SI	6	6	15	C	B													
15	1140716416	DILAN	JOSE	VARGAS	YERENA	Mujer	04/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,3	70,1	12,5	N/A	6	SI	6	6	12	B	B													
16	1052101255	JOSUE	DAVID	QUINCHOA	BOLAÑO	Hombre	11/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	12,8	83,5	17,8	N/A	6	SI	6	6	21	C	B													
17	1140716345	NAYLAN	ANDRES	MIELES	PEÑALOZA	Hombre	15/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,5	78	16	N/A	6	SI	6	6	14	B	B													
18	1140716414	JOAN	SEBASTIAN	VARGAS	TORRES	Hombre	04/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,6	73	16,5	N/A	6	SI	6	6	12	B	B													
19																															
20																															

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**
***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**
****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).
*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 6**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	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)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? * (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1052100713	BENJAMIN	DAVID	ROJANO	SOTO	Hombre	22/09/2022	05/05/2025	05/05/2025	13	92,5	15	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
2	1025334342	JHOSUAR	DAVID	NAVARRO	VILORIA	Hombre	19/04/2024	01/06/2025	03/06/2025	11	78,5	17,5	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
3	1050286985	YAINET	DANELLIS	BLANCO	RAMOS	Hombre	30/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,1	76	14,5	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
4	1050287066	GENESIS		PEREZ	CASTRO	Mujer	24/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,2	69,5	14,8	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
5	1050287130	JARED		HERRERA	MARTINEZ	Hombre	09/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,3	61,5	0	A	5	SI	5	5	5	B	B													
6	1050287180	GAEL	DAVID	ROMERO	PEREZ	Hombre	07/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	6,5	58	0	A	2	SI	2	2	2	C	B													
7	1050287218	ORIANNA	MICHEL	HERRERA	CENTENO	Mujer	18/03/2025	01/06/2025	03/06/2025	5,9	60	0	A	2	SI	2	2	2	B	B													
8	1052101147	LUIS	SANTIAGO	HERRERA	RINCON	Hombre	22/07/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,2	79,5	14,2	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
9	1052101293	MARIA	ANGEL	VILLALOBO	DIAZ	Mujer	12/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,9	79	15	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
10	1052101304	LIAM	JOSE	VERGARA	MARQUEZ	Hombre	07/01/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,6	77,6	15,5	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
11	1140716497	LIAM	DANIEL	MEZA	VILLADIEGO	Hombre	09/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,5	72	17	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
12	1140716512	EDER	LUIS	MARTINEZ	MONTIEL	Hombre	23/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,3	70	14	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
13	1140716334	KIARA	SOFIA	SIERRA	GARIZAO	Mujer	04/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	75,5	14,5	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
14	1052101710	KIMBERLY	SOFIA	MONTES	OCHOA	Mujer	03/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,1	68	13,7	N/A	6	SI	6	6	6	C	B													
15	1140716278	SHALEM	SOFIA	PEREZ	DE ORO	Mujer	12/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,4	75,5	13.5	N/A	6	SI	6	6	6	B	B													
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 5**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° _2___												TOMA N°____										
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? * (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1050286808	JESUS	DANIEL	PEREZ	MENDOZA	Hombre	26/03/2023	03/03/2025	03/06/2025	12	84,5	16,5	N/A	2	SI	2	0	2	A	N/A															
2	1050286854	ABRAHAM	JESUS	MINJARE	NOVOA	Hombre	27/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,3	78,3	15,3	N/A	6	SI	6	6	21	C	B															
3	1050287134	YELEINIS	SOFIA	OCHOA	ANILLO	Mujer	16/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,8	62	0	A	4	SI	4	4	4	C	B															
4	1050287210	DAVIAN		CABALLERO	NAVARRO	Hombre	29/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	7,2	59	0	A	2	SI	2	0	2	B	B															
5	1052101301	VALERIA	SOFIA	MARTINEZ	ACOSTA	Mujer	30/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,7	79	14,5	N/A	6	SI	6	6	18	B	B															
6	1052101426	ABRAHAM	JOSE	LUNA	SALAZAR	Hombre	09/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	73,5	16,5	N/A	6	SI	6	6	15	B	B															
7	1052101852	EMANUEL		VARGAS	PUELLO	Hombre	03/03/2025	03/03/2025	03/06/2025	6,7	61	0	C	0	SI	0	0	1	A	N/A															
8	1052101914	AMELIA	SOFIA	ZAMBRANO	POLO	Mujer	22/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	4,6	53	0	A	1	SI	1	0	1	A	N/A															
9	1052101930	BREINER		ARIZA	TAPIA	Hombre	02/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	6,3	60,5	0	A	1	SI	1	0	1	A	N/A															
10	1140716207	ANYELI	SOFIA	PEREZ	ROCHA	Mujer	20/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	8,6	73	14	N/A	5	SI	5	5	18	A	N/A															
11	1050287042	BELEN		HERRERA	HERNANDEZ	Mujer	14/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,8	74	15	N/A	6	SI	6	6	12	B	B															
12	1050287061	ALVARO	ELIAS	CHAMORRO	SANABRIA	Hombre	06/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	10	71	16	N/A	6	SI	6	6	10	B	B															
13	1052101566	SAMANTHA		PEREZ	MEZA	Mujer	31/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	68	15,2	N/A	6	SI	6	6	11	B	B															
14	1052101613	ERICK	RAFAEL	SANDOVAL	LEGUIA	Hombre	27/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,3	73	15	N/A	6	SI	6	6	11	C	B															
15	1050286828	VICTORIA		LUNA	PICALUA	Mujer	21/04/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,8	84,5	15	N/A	6	SI	6	6	23	C	B															
16	1050286863	YUBER	ENRIQUE	HERNANDEZ		Hombre	27/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	13,4	86	15,7	N/A	6	SI	6	6	20	B	B															
17	1140716403	YILA	LINEY	OSORIO	AGUIRRE	Mujer	20/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,5	71	16,7	N/A	6	SI	6	6	11	C	B															
18																																	
19																																	
20																																	

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 11**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° _2___												TOMA N°____										
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N/A)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N/A)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1052101209	LIA	VICTORIA	VALLE	ARRIETA	Mujer	31/08/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,5	77,8	14,8	N/A	6	SI	6	6	20	C	B															
2	1052101555	ALEJANDRO		ALVIS	PEREZ	Hombre	24/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	68,5	13,5	N/A	6	SI	6	6	10	C	B															
3	1052101571	MATHIAS	DE JESUS	GAMARRA	DIAZ	Hombre	26/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,9	72,1	17,5	N/A	6	SI	6	6	11	C	B															
4	1052101668	ADRIAN	LUIS	CERPA	GARCIA	Hombre	12/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,9	67	15	N/A	1	SI	1	1	8	B	B															
5	1052101669	LUIS	ADRIAN	CERPA	GARCIA	Hombre	12/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,5	66	16	N/A	1	SI	1	1	8	B	B															
6	1140716487	ZARETH	SOFIA	DURAN	BLANCO	Mujer	29/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,4	71	16,2	N/A	6	SI	6	6	9	B	B															
7	1052101900	HAREL	DAVID	TORRES	SIERRA	Hombre	08/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	5,2	57	0	A	1	SI	1	1	1	A	N/A															
8	1140716187	TOMAS	ALEJANDRO	PETRO	FERNANDEZ	Hombre	30/10/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	78,5	16	N/A	6	SI	6	6	18	B	B															
9	1140716232	JOEL	DAVID	OLIVERA	BUELVAS	Hombre	12/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,9	78	13,5	N/A	6	SI	6	6	17	B	B															
10	1140716388	MATIS		BALDOVINO	PEREZ	Hombre	27/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	73	15	N/A	6	SI	6	6	12	B	B															
11	1140716411	MATEO		PELUFO	CATALAN	Hombre	01/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	71,9	16	N/A	6	SI	6	6	10	B	B															
12	1052101971	KATHERIN		GOMEZ	CASTRO	Mujer	14/05/2025	01/06/2025	03/06/2025	3,8	51	0	A	0	SI	0	0	0	A	N/A															
13	1103223378	IVAN	ANDRES	SALGADO	REYES	Hombre	22/02/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,2	82	15	N/A	5	SI	5	5	24	B	B															
14	1140716117	BRYAN	DAVID	MENDOZA	DIAZ	Hombre	24/08/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,1	75	15,7	N/A	6	SI	6	6	20	C	B															
15	1052101302	LIAN	JOSE	SALAZAR	OSORIO	Hombre	20/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	82	15	N/A	6	SI	6	6	17	B	B															
16	1052101666	ISAAC	DAVID	TORRES	PEREZ	Hombre	05/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,9	68	15,2	N/A	6	SI	6	6	7	B	B															
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?: A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?: A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 13**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° _2___												TOMA N°____										
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1048098645	ISAIAS		GAMARRA	LEGUIA	Hombre	01/11/2023	01/05/2025	03/06/2025	10,8	76	15	N/A	6	SI	6	6	13	C	B													
2	1140715696	MARIAN		GOENAGA	ROMERO	Mujer	08/09/2022	03/03/2025	03/06/2025	10,6	87,7	13,9	N/A	6	SI	6	6	24	C	B													
3	1050287056	LUCIANA		MARTINEZ	BENAVIDES	Mujer	11/07/2024	01/06/2025	03/06/2025	7,9	69	16,5	N/A	6	SI	6	6	10	C	B													
4	1050287148	LEOMAR		BATISTA	OCHOA	Hombre	11/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	9,5	69	16	N/A	4	SI	4	4	4	B	B													
5	1052100726	DILAN	DAVID	PEREZ	TORRES	Hombre	23/09/2022	03/03/2025	03/06/2025	14,5	89	17	N/A	6	SI	6	6	24	B	B													
6	1052100996	LIAM	ISAAC	ANGULO	HERNANDEZ	Hombre	10/05/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,8	84,3	14	N/A	5	SI	5	5	14	B	B													
7	1052101683	JUAN	ANDRES	ARROYO	MARTINEZ	Hombre	09/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,3	68,5	14,9	N/A	6	SI	6	6	8	B	B													
8	1044023270	ABIGAIL		ALCAZAR	RIVERO	Mujer	18/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,8	79	15	N/A	1	SI	1	1	1	B	B													
9	1050287212	DAMIAN	JOSE	DIAZ	DE ORO	Hombre	29/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	6,5	60,5	0	A	2	SI	2	2	2	A	N/A													
10	1052100672	ORIANA		STAND	GAMARRA	Mujer	27/08/2022	03/03/2025	03/06/2025	16,6	90	18,8	N/A	6	SI	6	6	24	B	B													
11	1052101468	ANGELLY		JULIO	SANCHEZ	Mujer	06/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,7	75	15,2	N/A	6	SI	6	6	13	B	B													
12	1052101641	NAELA	SOFIA	DUARTE	OVIEDO	Mujer	04/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,3	65,3	17	N/A	6	SI	6	6	7	B	B													
13	1052101693	MARIA	VICTORIA	ARIAS	OCHOA	Mujer	02/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,4	65	14,3	N/A	1	SI	1	1	6	B	B													
14	1052101734	GILENNYA	NAYI	MONTES	LEONES	Mujer	26/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,2	66	14,5	N/A	5	SI	5	5	5	B	B													
15	1070997303	ADHARA	ISABEL	CHAMORRO	ARIAS	Mujer	29/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,1	67,5	13,5	N/A	6	SI	6	6	10	B	B													
16	1140716315	LUCIANA		NOVOA	MENCO	Mujer	15/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	11,9	80,3	16,5	N/A	6	SI	6	6	14	B	B													
17																															
18																															
19																															
20																															

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 3**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°_2___												TOMA N°___											
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua) u otras bebidas, productos o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua) u otras bebidas, productos o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1052101908	HANNAH	SOFIA	ATENCIO	CHAMORRO	Mujer	15/04/2025	01/05/2025	05/05/2025	4	54	0	A	0	SI	0	0	0	N/A	N/A											
2	1140716338	GAEL		VILLEGAS	ARENAS	Hombre	01/04/2024	01/05/2025	05/05/2025	10,9	79,5	17	N/A	6	SI	6	6	14	C	B											
3	1050287132	YEIDAN	DAVID	IBAÑEZ	HERNANDEZ	Hombre	16/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,6	66	15	N/A	4	SI	4	4	4	C	B											
4	1140716548	BRITHANYS	PAOLA	BRIEVA	CASTRO	Mujer	23/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,8	65	15	N/A	6	SI	6	6	7	B	B											
5	1048098303	LUCAS	DAVID	TORRES	TERAN	Hombre	28/09/2023	03/03/2025	02/06/2025	11,3	82	15,8	N/A	5	SI	5	5	19	B	B											
6	1050287002	ANGELA	MICHELL	ARIAS	TAPIA	Mujer	25/02/2024	03/03/2025	02/06/2025	9,5	71,5	17	N/A	6	SI	6	6	16	B	B											
7	1050287133	SHEILIN	ANDREA	VILLEGAS	ACOSTA	Mujer	03/12/2024	03/03/2025	02/06/2025	8,6	71,5	16	N/A	5	SI	5	5	5	B	B											
8	1052101529	SARA	VICTORIA	MONTERO	ROCHA	Mujer	04/07/2024	03/03/2025	02/06/2025	8,4	69	15	N/A	6	SI	6	6	10	B	B											
9	1140716002	JOEL	DAVID	MONTES	MONTES	Hombre	21/04/2023	03/03/2025	02/06/2025	12,2	86,5	15	N/A	6	SI	6	6	23	B	B											
10	1140716137	YEILIN	JUDITH	TORRES	NAVARRO	Mujer	05/09/2023	03/03/2025	02/06/2025	11,1	84	15	N/A	6	SI	6	6	20	B	B											
11	1140716236	ALLISSON		ACOSTA	NAVARRO	Mujer	20/12/2023	03/03/2025	02/06/2025	11,3	83	15,8	N/A	6	SI	6	6	18	B	B											
12	1140716349	SANTIAGO		MELENDEZ	ACOSTA	Hombre	18/04/2024	03/03/2025	02/06/2025	10	76,5	15,5	N/A	6	SI	6	6	13	C	B											
13	1050286961	GABRIELA		ARRIETA	TAPIA	Mujer	13/11/2023	03/03/2025	02/05/2025	9,8	78,5	15,5	N/A	6	SI	6	6	18	C	B											
14	1050286955	ANGELIN		MONTERO	VALDES	Mujer	12/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,3	81,5	15,2	N/A	6	SI	6	6	18	C	B											
15	1052101354	SALVATORE		SAJONERO	IBAÑEZ	Hombre	19/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	13	86,2	15	N/A	6	SI	6	6	15	C	B											
16	1094291641	EMILY	KAYLEE	ARRIETA	RANGEL	Mujer	03/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,5	70	15	N/A	6	SI	6	6	9	B	B											
17	1042276687	LUIS	ANGEL	DIAZ	DE ORO	Hombre	29/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	10	71,5	16,2	N/A	6	SI	6	6	12	B	B											
18																														
19																														
20																														

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**UCA 4**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**CONSTRUYENDO FUTURO 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES		APELLIDOS		Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° _2___												TOMA N°____										
									FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? * (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1050286912	SARA	LUCIA	ALVAREZ	OCHOA	Mujer	24/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,5	74,5	15	N/A	5	SI	5	5	20	C	B															
2	1052101090	MAUREN		FONSECA	MEZA	Mujer	04/07/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,4	83,4	14,5	N/A	6	SI	6	6	20	C	B															
3	1052101243	AARON	JOSUE	SALCEDO	VILLEGAS	Hombre	19/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,1	82	16	N/A	5	SI	5	5	15	C	B															
4	1052101481	DAILYS		OVIEDO	ARROYO	Mujer	16/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,4	69,2	14,3	N/A	6	SI	6	6	12	B	B															
5	1052101527	JEAM	MARCEL	YOLIZ	RAMOS	Hombre	11/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,9	71	15,5	N/A	6	SI	6	6	11	B	B															
6	1052101808	SARAY	SOFIA	ARRIETA	NAVARRO	Mujer	17/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,3	64	0	A	4	SI	4	4	4	A	N/A															
7	1140716418	JERONIMO		PEÑALOZA	CANTILLO	Hombre	06/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,9	74	15,5	N/A	6	SI	6	6	11	B	B															
8	1140716490	MARIA	CELESTE	CABALLERO	COHEN	Mujer	31/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,7	70	15	N/A	6	SI	6	6	9	B	B															
9	1253658574	LUCIANA	MARCELA	TERAN	MARTELO	Mujer	22/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	9	77	14	N/A	6	SI	6	6	17	B	B															
10	1140716239	ALAN	DAVID	TORRES	VELASQUEZ	Hombre	26/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	8,8	74	14,5	N/A	6	SI	6	6	16	B	B															
11	1140716272	EMMA	SOFIA	AGAMEZ	MARQUEZ	Mujer	06/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	74,5	15,5	N/A	6	SI	6	6	15	B	B															
12	1140716285	RENATA		SALAZAR	BARRIOS	Mujer	22/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	11,6	79,5	16,5	N/A	6	SI	6	15	15	C	B															
13	1140716439	ABRIL	SOFIA	GARCIA	BERRIO	Mujer	18/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	11	72	16,8	N/A	6	SI	6	6	10	C	B															
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**
***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**
****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?: A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).
*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?: A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #1
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #1		

	No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	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)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí sigue solo en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí sigue solo en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí sigue solo en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí sigue solo en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1	1140716104	THIAGO	BARCASNEGRA	H	14/08/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,7	78,3	15,5		6	SI	6		21															
2	2	1140716574	SAMANTA	CANTILLO	M	09/02/2025	03/03/2025	03/06/2025	6,9	60,5		1	3	SI	3		3															
3	3	1140716559	JEMILY	CASTRO	M	24/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	6,38	64,5			4	SI	4		4															
4	4	1075880309	JOSE	DIAZ	H	08/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	11,2	78	15,8	1	6	SI	6		17															
5	5	1050287093	PEDRO	MONTES	H	08/09/2024	01/05/2025	03/06/2025	9,3	70,4	16,2		6	SI	6		8															
6	6	1052101506	GAEL	MONTES	H	15/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,3	72	15,5		6	SI	6		11															
7	7	1242390203	SAMUEL	OCHOA	H	16/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,3	68	17		6	SI	6		11															
8	8	1043345132	ISAIAS	OTALORA	H	19/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	81	15		6	SI	6		21															
9	9	1050287079	MARIANA	PANZA	M	20/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,3	64,2	14		7	SI	7		7															
10	10	1042597188	IGNACIO	PATIÑO	H	06/04/2022	01/06/2025	03/06/2025	15	98	16		6	SI	6		24															
11	11	1050287226	LIAM	RINCON	H	14/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	6	58,5		1	1	SI	1		1															
12	12	1050287103	AINARA	RODRIGUEZ	M	05/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	66,6	14,5		6	SI	6		6															
13	13	1140716466	MARIANA	RODRIGUEZ	M	07/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,7	70,5	15,5		6	SI	6		7															
14	14	1052101163	ISABELLA	SILVA	M	20/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	14	85,2	17,8		6	SI	6		21															
15	15	1050287106	SCARLETT	TAPIA	M	02/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	65			6	SI	6																	
16	16	1050286992	ABIGAIL	TORRES	M	26/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	12,1	79,5	18		6	SI	6		12															
17	17	1052101897	CELESTE	TORRES	M	27/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	5,4	55,5		1	2	SI	2		2															
18	18	1140716292	EIMY	VALDELAMAR	M	29/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	11,6	77,5	17		6	SI	6		15															
19	19																															
20	20																															

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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:	FUNDACIÓN SABER SER	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #1
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #2		

							TOMA N°_____											TOMA N°____											
No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	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)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	*¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en días o en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en días o en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?* ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? **(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	*¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en días o en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en días o en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?* ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? **(A/B/C/D)
1	1050286948	JOSU	VILLEGAS	H	24/10/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	79	16,2		6	SI	6	7	15	C	C											
2	1050287025	EMILY	PINEDA	M	12/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	72	15		6	SI	6	7	11	C	C											
3	1050287028	ABDIEL	FERNANDEZ	H	19/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	75	15		6	SI	6	7	11	C	C											
4	1052101394	IAN	TOBIAS	H	31/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,7	73,1	14,1		6	SI	6	7	12	C	C											
5	1052101459	NOAH	CRUZADO	H	06/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,3	76	15,4		6	SI	6	7	11	C	C											
6	1052101502	DAILIMAR	CERVANTES	H	22/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,3	67	13,5		6	SI	6	7	12	C	C											
7	1140716140	ANDRES	MARTINEZ	H	04/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,8	78,2	14		6	SI	6	7	13	C	C											
8	1140716305	ERICK	MENDOZA	H	01/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	76,5	15		6	SI	6	7	12	C	C											
9	1140716398	EMMA	HERRERA	M	13/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,3	71,7	15,5		6	SI	6	7	12	C	C											
10	1052101698	ELIUD	ANCHILA	H	12/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,5	63	14		6	SI	6	7	7	B	B											
11	1052101747	MARIAM	VENERA	M	02/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,8	64			5	SI	5	0	5	B	0											
12	1052101779	JERONIMO	GONZALEZ	M	20/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,9	65			5	SI	5	0	5	B	0											
13	1052101793	TIANA	HENANDEZ	M	17/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,8	63			5	SI	5	0	5	B	0											
14	1052101956	ROBINSON	GUTIERREZ	M	16/05/2025	01/06/2025	03/06/2025	4,3	53,5	1	A	0	SI	0	0	1	A	0											
15	1052101065	CAMILO	LUNA	M	05/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,2	78	9,2		6	SI	6	7	15	C	C											
16	1253658980	ILIAM	ARROYO	H	28/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,8	73,6	17,2		6	SI	6	7	12	C	C											
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #7
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #7		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre/ M: Mujer)	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)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o leche materna? (meses o mes)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o leche materna? (meses o mes)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o leche materna? (meses o mes)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o leche materna? (meses o mes)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1050286906	GRACIA	EMMANUEL	Hombre	14/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,5	79	14,4		6	SI	6	7	18	C	C												
2	1050287139	HERNANDEZ	DAELYN	Mujer	22/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,6	64	15	A	5	SI	5		5		C												
3	1052101526	LAMBREÑO	NAREN	Hombre	22/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	68	14,5		6	SI	6	7	11	C	C												
4	1052101602	SALCEDO	LUZ	Mujer	19/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,1	68	15		6	SI	6	7	13	C	C												
5	1052101634	CARO	GAEL	Hombre	05/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,9	67	13,5		6	SI	6	7	7	C	C												
6	1140715880	HERRERA	ADARA	Mujer	17/01/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,5	87	15		6	SI	6	7	24	C	C												
7	1140716119	FLOREZ	SARA	Mujer	22/08/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	83	14		6	SI	6	7	15	C	C												
8	1140716231	ALVAREZ	ANTHONELLA	Mujer	11/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	10	78	15		6	SI	6	7	17	C	C												
9	1140716392	BERROCAL	LIAN	Hombre	02/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	75	15,8		6	SI	6	7	11	C	C												
10	1140716410	DIAZ	JHANCARLOS	Hombre	24/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,5	73,5	16		6	SI	6	7	14	B	B												
11	1140716481	MONTES	MATIAS	Hombre	22/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,3	76	15		6	SI	6	7	12	C	0												
12	1140716553	MONTES	AINHOA	Mujer	26/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,3	63,5	15		6	SI	6	7	7	B	0												
13	1052101700	DIAZ	EDER	Hombre	03/03/2025	03/03/2025	03/06/2025	6,9	62		A	3	SI	3		3		0												
14	1052101707	SALAZAR	BRIAN	Hombre	16/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,8	62,5	1	A	5	SI	5		5		0												
15	1052101262	BUELVAS	FAIDER	Hombre	01/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,9	80	16,5		6	SI	6	7	15	C	C												
16	1140716560	ROMERO	ORLANDO	Hombre	26/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	7	64	15		4	SI	4		4	A	C												
17																														
18																														
19																														
20																														

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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:	FUNDACIÓN SABER SER	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #8
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #8		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° 2											TOMA N°										
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí debe ir el mes?	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí debe ir el mes?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí debe ir el mes?	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o aquí debe ir el mes?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1050287015	HERNANDEZ	ISAAC	Hombre	30/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	75,5	13		6	SI	6	7	14	C	C											
2	1050287090	DIAZ	ISAIAS	Hombre	29/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	68,5	16		6	SI	6	7	10	C	C											
3	1050287105	MONTES	LUCAS	Hombre	22/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	69	14		6	SI	6	7	7	C	C											
4	1052101547	SANCHEZ	AINARA	Mujer	19/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	70	14		6	SI	6	7	9	C	C											
5	1052101604	CARDENAS	SIMON	Hombre	30/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,5	68,5	15,5		6	SI	6	7	10	C	C											
6	1140716031	ARAGON	LIDIS	Mujer	26/05/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	84	15,5		6	SI	6	7	23	C	C											
7	1140716316	CARABELLO	EITHAN	Hombre	17/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	13	82	18,5		6	SI	6	7	14	C	C											
8	1050286891	RAMOS	JUAN	Hombre	12/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,5	81	15		6	SI	6	7	20	C	C											
9	1140716332	MARTINEZ	JHOSUA	Hombre	10/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,4	76	15		6	SI	6	7	12	C	C											
10	1140716496	NAVARRO	GADIEL	Hombre	08/09/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,6	70	15		6	SI	6	7	8	B	B											
11	1052101786	NAVAS	SALOME	Mujer	02/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,5	63		A	4	SI	4	7	4													
12	1052101023	BLANCO	NAHOMY	Mujer	17/05/2023	03/03/2025	03/06/2025	12,2	86,2	14,4		6	SI	6	7	24	C	C											
13	1052101202	ORTEGA	NATALIA	Mujer	23/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,1	83,2	16,6		6	SI	6		17	C	C											
14	1140716571	DIAZ	DAIMER	Hombre	04/02/2025	03/03/2025	03/06/2025	6	59	1	A	3	SI	3		3	A	A											
15	1242390430	IBAÑEZ	MATEO	Hombre	05/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	73			6	SI	6	7	10	C	C											
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #10
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #10		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	APELLIDOS	NOMBRES	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° 2												TOMA N°											
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) ? (Edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1050286916	CASTRO	EMILIO	Hombre	04/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,5	79	15,5		6	SI	6	7	20	C	C												
2	1050287006	GALLARDO	ISAAC	Hombre	17/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	10	83	13		6	SI	6	7	14	C	C												
3	1050287029	NAVARRO	EMMA	Mujer	25/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	9	74	14		6	SI	6	7	11	C	C												
4	1050287041	ANAYA	SALOME	Mujer	15/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,7	73	15,5		6	SI	6	7	11	C	C												
5	1052101360	RIVERA	JULIAN	Hombre	03/02/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,5	77,3	16		6	SI	6	7	17	C	C												
6	1140716066	HORMECHEA	MAYLIN	Mujer	18/07/2023	01/06/2025	03/06/2025	12,8	85,1	16		6	SI	6	7	12	C	C												
7	1050286836	MACEA	LIA	Mujer	02/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	12,1	83,5	17		6	SI	6	7	17	C	C												
8	1140716322	LORA	GREYSY	Mujer	23/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,6	77,5	16		6	SI	6	7	13	C	C												
9	1140716360	QUESADA	JUAN	Hombre	29/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	10	78	15		6	SI	6	7	14	C	C												
10	1140716396	TAPIAS	SARA	Mujer	04/06/2024	03/03/2025	03/06/2025	8	69	13,5		6	SI	6	7	11	C	C												
11	1052101738	BARRIOS	JUNIOR	Hombre	03/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,2	76	16,5	A	6	SI	6	7	15	C	C												
12	1052101748	ROMERO	ISAIAS	Hombre	13/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,1	70,5	15		5	SI	5		5														
13	1052101784	TAPIA	DAIMER	Hombre	07/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,6	65,5			4	SI	4		4														
14	1052101856	PEREZ	JOSE	Hombre	02/03/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,6	61	1	A	3	SI	3		3														
15	1052101960	MONTES	KILIAN	Hombre	09/05/2025	01/06/2025	03/06/2025	4,8	53			0	SI	0		0														
16	1052101085	ANDRADE	LUIS	Hombre	08/07/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,2	79	14,8	A	6	SI	6	7	15	C	C												
17	1052101107	RAMOS	ALANIS	Mujer	20/06/2023	03/03/2025	03/06/2025	10,5	81	14,5	A	6	SI	6	7	15	C	C												
18																														
19																														
20																														

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #12
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #12		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	APELLIDOS	NOMBRES	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° 2												TOMA N°										
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	*¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados)? (Unidad: días o meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados)? (Unidad: días o meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?* ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados)? (Unidad: días o meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados)? (Unidad: días o meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?* ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1052101656	GONZALEZ	ZOE	Mujer	02/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,2	68,5	17,5		6	SI	6	7	7	B	B											
2	1103128044	PINEDA	IAN	Hombre	08/04/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,6	72	14		6	SI	6	7	13	C	C											
3	1140715745	ORTEGA	JULIETA	Mujer	10/10/2022	03/03/2025	03/06/2025	14,5	96	16		6	SI	6	7	24	C	C											
4	1140715863	FERNANDEZ	HERNEYS	Hombre	09/01/2023	03/03/2025	03/06/2025	13,5	93	15		6	SI	6	7	10	C	C											
5	1043497800	PELUFFO	CRISTIAN	Hombre	16/04/2025	01/05/2025	03/06/2025	5,8	58,1		A	1	SI	1		1													
6	1044243349	RADA	ZOE	Mujer	17/02/2025	01/06/2025	03/06/2025	6,5	60		A	3	SI	3		3													
7	1048476142	HULLUM	JARELL	Hombre	04/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,6	67,5		A	5	SI	5		5													
8	1050286848	ROMERO	DARY	Mujer	16/03/2023	01/06/2025	03/06/2025	10,5	83	14,5		6	SI	6	7	12	C	C											
9	1140716386	PEREZ	JOEL	Hombre	26/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,5	76	15		6	SI	6	7	12	C	C											
10	1140716530	REYES	LIAM	Hombre	07/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,4	67,5	14,5		6	SI	6	7	7	B	B											
11	1052101773	MERCADO	DARLIANIS	Mujer	28/12/2024	03/03/2025	03/06/2025	6,9	63		A	5	SI	5		5													
12	1050287184	BUSTAMANTE	GAEL	Hombre	18/02/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,1	64		A	3	SI	3		3													
13	1050287193	PAREDES	FABIANIS	Mujer	26/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	5	56		A	2	SI	2		2													
14	1052100641	CHAMORRO	ISABELA	Mujer	21/07/2022	03/03/2025	03/06/2025	12,6	90	15,5	A	6	SI	6	7	10	C	C											
15	1052100882	MENDOZA	ALLISON	Mujer	18/01/2023	03/03/2025	03/06/2025	11,5	85,5	13		6	SI	6	7	10	C	C											
16	1052100953	SALAZAR	JORGE	Hombre	12/04/2023	03/03/2025	03/06/2025	11	79	15	A	6	SI	6	7	22	C	C											
17	1052101014	SALAZAR	JOAN	Hombre	12/05/2023	03/03/2025	03/06/2025	12,5	87	15	A	6	SI	6	7	20	C	C											
18																													
19																													
20																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guias Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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:	FUNDACIÓN SABER SER	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #14
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #14		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	APELLIDOS	NOMBRES	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° 2											TOMA N°										
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el mes? (meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el mes?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? **(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el mes? (meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el mes?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? **(A/B/C/D)
1	1050287062	HERNANDEZ	LIAM	Hombre	09/08/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,5	69	14		6	SI	6	7	9	B	B											
2	1101822706	OROPEZA	MATHIAS	Hombre	29/09/2023	03/03/2025	03/06/2025	12,4	82	16,5		6	SI	6	7	20	C	C											
3	1131207905	GIL	DULCE	Mujer	29/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,7	71	16		6	SI	6	7	10	C	C											
4	1140715568	ELEGUILA	JAEL	Mujer	15/06/2022	03/03/2025	03/06/2025	12,6	91,6	15,5		6	SI	6	7	20	C	C											
5	1140716213	BARRIOS	MATEO	Hombre	25/11/2023	03/03/2025	03/06/2025	9,3	78	14,5		6	SI	6	7	15	C	C											
6	1140716249	TAPIA	ELSA	Mujer	10/01/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,1	76	15		6	SI	6	7	15	C	C											
7	1048099572	TERAN	AARON	Hombre	24/12/2023	03/03/2025	03/06/2025	14	86	15		6	SI	6	7	15	C	C											
8	1052101850	YEPES	EMELY	Mujer	30/11/2024	03/03/2025	03/06/2025	7,6	63			5	SI	5		5													
9	1084475561	RESTREPO	SARA	Mujer	26/07/2022	03/03/2025	03/06/2025	14	92	14,3		6	SI	6	7	23	C	C											
10	1050287185	TORRES	MIA	Mujer	24/03/2025	01/05/2025	03/06/2025	5,6	59,5		A	1	SI	1		1													
11	1052100620	GALVAN	ANAY	Mujer	16/07/2022	01/05/2025	03/06/2025	14,7	96,2	16,2		6	SI	6	7	24	C	C											
12	1052100815	SANCHEZ	EMANUEL	Hombre	07/12/2022	03/03/2025	03/06/2025	14,5	89	15		6	SI	6	7	10	C	C											
13	1052101277	SUAREZ	JULIETA	Mujer	07/12/2023	01/06/2025	03/06/2025	10,2	80	16		6	SI	6	7	17	C	C											
14	1140716566	LEGUIA	ISAAC	Hombre	30/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,7	64		A	4	SI	4		4													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.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 SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO 1 UCA #15
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	PROPIA E INTERCULTURAL		
SERVICIO:	EIC		
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	UCA #15		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	APELLIDOS	NOMBRES	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° 2											TOMA N°										
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó solo en el seno?	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el seno?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebidas o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó solo en el seno?	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos o productos comestibles ultra-procesados) y/o lactó en el seno?	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1052101531	VARGAS	NICOLAS	Hombre	05/07/2024	03/03/2025	03/06/2025	9,9	74	15		6	SI	6	7	11 B	B											
2	1140715493	DELGADO	YOANA	Mujer	27/03/2022	03/03/2025	03/06/2025	13,2	92,5	16		6	SI	6	7	24 C	C											
3	1140715764	ESCALANTE	ERIKA	Mujer	24/10/2022	03/03/2025	03/06/2025	13	90	15		6	SI	6	7	24 C	C											
4	1050286757	HERRERA	ERENDALY	Mujer	22/12/2022	01/05/2025	03/06/2025	12	79	16		6	SI	6	7	24 C	C											
5	1050286792	TORRES	LUCIA	Mujer	17/03/2023	01/05/2025	03/06/2025	13	87	15,3		6	SI	6	7	21 C	C											
6	1140716317	ARAGON	ARLETH	Mujer	18/03/2024	03/03/2025	03/06/2025	10	77,5	17,2		6	SI	6	7	14 C	C											
7	1140716375	PEREZ	THIAGO	Hombre	08/05/2024	03/03/2025	03/06/2025	8,2	74	13,2		6	SI	6	7	14 C	C											
8	1052101705	MONTES	JAYDEN	Hombre	16/10/2024	03/03/2025	03/06/2025	10,4	69,5	16		6	SI	6	7	7 C	C											
9	1052101858	GONZALEZ	MOISES	Hombre	20/02/2025	03/03/2025	03/06/2025	7,8	64		A	3	SI	3		3												
10	1052635618	RODELO	ISAIAS	Hombre	07/01/2025	03/03/2025	03/06/2025	6,7	63,5		A	4	SI	4		4												
11	1052100616	VILORIA	CHAIRA	Mujer	04/07/2022	03/03/2025	03/06/2025	12,5	90	15,2		6	SI	6	7	24 C	C											
12	1052100984	ARAGON	ANDRES	Hombre	13/04/2023	01/05/2025	03/06/2025	13,5	86,6	17,5		6	SI	6	7	9 C	C											
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

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

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

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

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

FORMATOS DECAPTURA DE DATOS

POR AMOR A LOS NIÑOS

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION

AGOSTO 2025

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:		**CENTRO ZONAL:**	
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**UCA # 1**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº _1___												TOMA Nº_											
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1050286877	SANTIAGO ANDRES	FERNANDEZ YEPES	H		1/08/2025	30/08/2025	13.8	88.2	16																			
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17	1050286877	SANTIAGO ANDRES	FERNANDEZ YEPES	H																									

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?: A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?: A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del responsable de la medición _____ **Celular** _____

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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:		**CENTRO ZONAL:**	
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**UCA # 4**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N°_2___												TOMA N°_											
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad lo ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERIMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? *(A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/NA)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad lo ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
1	1050287127	THIAGO ANDRES	CANOLES MONTES	H		1/08/2025	30/08/2025	9	70.6	14.2																			
2	1050287101	KEINER ANDRES	VARGAS OSORIO	H		1/08/2025	30/08/2025	9.4	76	15																			
3	1140716458	ANAYS SOFIA	PEREZ ARRIETA	H		1/08/2025	30/08/2025	9.4	74.5	14.6																			
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?: A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?: A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del responsable de la medición _____ **Celular** _____

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considerara 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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:		**CENTRO ZONAL:**	
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**UCA # 3**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº_1___												TOMA Nº_											
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad la ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad la ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? *** (A/B/C/D)
1	1050287129	NOAH SOFIA	NAVAS PEÑA	H		1/08/2025	30/08/2025	9.2	68,5	16																			
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del responsable de la medición _____ **Celular** _____

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 CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	F6.MT1.PP	16/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:		**CENTRO ZONAL:**	
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	**UCA # 2**		

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (H: Hombre / M: Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA Nº_1___												TOMA Nº_											
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL (cm)	¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? (A/B/C/D/E/F/G/H/I/J/K/L/M/N)	Duración lactancia humana exclusiva (meses)	¿Recibe leche humana actualmente? (SI, NO)	¿Hasta qué edad se proporcionó exclusivamente leche humana (sin ofrecer ningún otro alimento, bebida o productos comestibles ultra-procesados)? (indique edad en meses)	¿A qué edad le ofreció alimentos diferentes a la leche humana (incluyendo agua u otras bebidas o alimentos, o productos comestibles ultra-procesados) (edad en meses)	Duración lactancia humana total (meses)	Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos? ** (A/B/C/D)	¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño? ***(A/B/C/D)
3	1052101728	DANELYS	TORRES MEZA	M		1/08/2025	30/08/2025	11	70	15																				
2	1242390642	DAVID JERONIMO	SIMANCA HERRERA	M		1/08/2025	30/08/2025	8.6	75.3	16																				
2																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, *). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:**

***¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas?** **A**-Sólo Leche humana; **B**-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); **C**-Leche humana y fórmula comercial infantil; **D**-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); **E**-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); **F**-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **G**-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); **H**-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **I**-Alimentación complementaria o alimentación familiar; **J**-Formula comercial infantil y alimentación familiar; **K**- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; **L**-Leche humana y alimentación familiar; **M**-Sin información; **NA: No aplica**

****Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?:** **A**-Solo se brinda leche humana; **B**-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); **C**-Blanda (puré, papillas); **D**-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

*****¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?:** **A**-Biberón o "tetero"; **B**-Vaso y/o Taza y cuchara; **C**-Plato; **D**-Otro.

Nombre(s) y apellidos del responsable de la medición _____ **Celular** _____

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:**	**UCA POR AMOR A LOS NIÑOS # 3**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

							TOMA Nº. 2___						**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	CC	1050276542	YOVANA ANDREA	MERCADO PADILLA	1/03/2004	1/08/2025	30/08/2025	72	157	10								
2																		
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 Yenis Diaz Pres **Celular** _____

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:**	**UCA POR AMOR A LOS NIÑOS # 1**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	**PROPIA E INTERCULTURAL**		
SERVICIO:	**EDUCACION INICIAL CAMPESINA**		

							TOMA Nº. 2___						**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.	1007620928	ITALA	TAMASCO VILLARREAL		1/08/2025	30/08/2025	63.3	167	25								
2																		
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 Yeris Diaz Pres **Celular** _____

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