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:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORMIDI**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 5
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR		
SERVICIO:	FAMILIAR		

							TOMA N°___						TOMA N°___					
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.	1003952692	INGRI YICETH	MARTINEZ LASSO	20/10/2003	01/06/2025	05/09/2025	82,1	156	35	A	SI	03/10/2025	83	156	39	A	SI
2	C.C.	1075248107	CLAUDIA YESENIA	CASTAÑEDA VARGAS	25/09/1990	01/10/2025							03/10/2025	112	168	13	A	NO
3	C.C.	1075276228	ANGELA VICTORIA	CESPEDES SAENZ	23/12/1993	01/10/2025							03/10/2025	85	170	32	A	SI
4	T.I.	1148686849	ESTER	CAICEDO ANGULO	03/07/2008	01/10/2025							03/10/2025	61	161	9	A	NO
5	C.C.	1075212358	LILIANA ANDREA	GUTIERREZ CORONADO	09/11/1985	01/09/2025	05/09/2025	84,5	161	32	A	SI	02/10/2025	85,3	161	36	A	SI
6	C.C.	1079508982	YURY ESTEFANIA	GARCIA BONILLA	21/07/1992	01/07/2025	05/09/2025	82	153	26	A	SI	02/10/2025	80,1	153	30	A	SI
7	C.C.	1118362873	MARYURI YARLEY	ORTEGA ROJAS	11/11/2004	01/09/2025	05/09/2025	44,5	158	15	A	NO	02/10/2025	47	158	19	A	NO
8	T.I.	1003812791	DANIELA	PEREZ LOPEZ	06/05/2000	01/08/2025	05/09/2025	82	155	26	A	SI	02/10/2025	83,6	155	30	A	SI
9	T.I.	1003818650	NATALIA	RODRIGUEZ PEREZ	21/04/2001	01/08/2025	05/09/2025	57,5	159	19	A	SI	02/10/2025	60	159	23	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 **KATHERIN TATIANA OTERO** **Celular** 3166809395

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:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORMIDI**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	CONSTRUYENDO FUTURO CON AMOR 6
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR		
SERVICIO:	FAMILIAR		

							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.	1003829280	JULIETH	VIDALES CELADA	28/11/2003	01/09/2025	04/09/2025	61,6	159	11	A	SI	02/10/2025	61,9	159	15	A	SI
2	C.C.	1075236155	BENERANDA	LIS ROA	05/03/1989	01/08/2025	04/09/2025	74,5	164	16	A	NO	02/10/2025	77	164	20	A	SI
3	C.C.	1075253673	YARLEIDY	GARNICA MONROY	12/05/1991	01/09/2025	04/09/2025	66,7	157	18	A	SI	02/10/2025	68,1	157	21	A	SI
4	C.C.	1075313773	ANYI PAOLA	ESCOBAR SANDOVAL	29/08/1998	01/06/2025							02/10/2025	67	154	27	A	SI
5	C.C.	1075319670	KELY YOHANA	BAUTISTA GARZON	10/07/1999	01/10/2025	04/09/2025	66,1	154	23	A	SI	02/10/2025	78,5	165	10	A	SI
6	C.C.	1076503305	MICHEL TATIANA	GARCIA MONTES	02/08/2006	01/08/2025	04/09/2025	45,2	153	16	A	NO	02/10/2025	47,3	153	20	A	NO
7	C.C.	1076905126	MERLY YULIETH	GAMBOA CERQUERA	01/12/2005	01/08/2025	04/09/2025	115	157	14	A	NO	02/10/2025	116	157	18	A	NO
8	C.C.	1077224033	KELIN MARIBETH	LOSADA SALAZAR	21/01/2004	01/07/2025	04/09/2025	83,2	161	26	A	SI	02/10/2025	83,5	161	30	A	SI
9	C.C.	1077224895	MARIA CAMILA	ALVAREZ MOSQUERA	27/01/2005	01/10/2025							02/10/2025	81,4	166	14	A	NO
10	C.C.	1082804366	JENNIFER TATIANA	FERREIRA CHALA	16/01/1991	01/07/2025	04/09/2025	81,4	165	20	A	SI	02/10/2025	83,1	165	24	A	SI
11	PPT	4576416	DANYISMAR	SALAZAR VASQUEZ	30/12/1987	01/04/2025	04/09/2025	70,5	156	28	A	SI	02/10/2025	73	156	32	A	SI
12	T.I.	1033684945	VALENTINA	ARTEAGA ZAPATA	28/02/2005	01/10/2025							02/10/2025	38,2	145	8	A	NO
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 **KATHERIN TATIANA OTERO** **Celular** 3166809395

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:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORMIDI**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLAS 4
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR		
SERVICIO:	FAMILIAR		

							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.	1002979554	LILIANA YANET	CAÑAS ALEY	20/05/2001	01/09/2025	05/09/2025	89,1	157	25	A	SI	02/10/2025	80,6	157	29	A	SI
2	C.C.	1003829081	LUZ DAYANA	LAGUNA SUAREZ	30/10/2003	01/09/2025	05/09/2025	71,6	167	10	A	NO	02/10/2025	73	167	14	A	NO
3	C.C.	1003894797	KELLY DANIELA	QUIMBAYO RICO	08/07/2002	01/05/2025	05/09/2025	85	165	32	A	SI	02/10/2025	87,1	165	36	A	SI
4	C.C.	1007152961	YESSICA	CRUZ CAPERA	19/06/2003	01/09/2025	05/09/2025	75	152	29	A	SI	02/10/2025	76,7	152	33	A	SI
5	C.C.	1075225775	LAURA DANIELA	CORDOBA FERIA	17/12/2005	01/09/2025	05/09/2025	49	159	9	A	NO	02/10/2025	50	159	13	A	NO
6	C.C.	1075277425	ANGIE CATERINE	BUITRAGO LOSADA	12/02/1994	01/08/2025	05/09/2025	58	156	27	A	SI	02/10/2025	62	156	31	A	SI
7	C.C.	1075793560	ANLLY LISETH	GARCIA LASSO	18/08/2006	01/07/2025	05/09/2025	46,2	155	19	A	SI	02/10/2025	49	155	23	A	SI
8	C.C.	1126459115	DAYANA ALEXANDRA	TOVAR QUILINDO	08/09/1999	01/07/2025	05/09/2025	54,8	168	17	A	SI	02/10/2025	49,2	168	21	A	SI
9	T.I.	1076505720	ANGGIE YULIETH	RIOS ILLERA	19/02/2008	01/08/2025	05/09/2025	69,6	156	30	A	SI	02/10/2025	71,2	156	34	A	SI
10	C.C.	1075315011	PAHOLA ANDREA	HERMIDA AVILA	02/04/1995	02/10/2025							02/10/2025	79	162	26	A	NO
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 **KATHERIN TATIANA OTERO** **Celular** 3166809395

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 3
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1075301540	ANDRY NATALIA	CHARRY GARZON	25/09/1996	01/09/2025	05/09/2025	87	163	11	A	NO	03/10/2025	84	163	15	A	NO
2	c.c.	1007258818	DANNA MARLED	CAPERA TAFUR	17/08/1999	01/06/2025	04/09/2025	60	150	21	A	SI	03/10/2025	61,9	150	25	A	SI
3	c.c.	1007348398	MIRIAN YAMILEHT	GUTIERREZ PERDOMO	28/02/1999	01/08/2025	04/09/2025	60,3	148	24	A	SI	03/10/2025	60	148	28	A	SI
4	c.c.	1075268001	LUISA FERNANDA	RUIZ BUITRIAGO	17/01/1993	01/07/2025	04/09/2025	80,6	165	21	A	SI	03/10/2025	81	165	25	A	SI
5	c.c.	1075279928	KAREN DAYANA	TRUJILLO CASILIMA	10/03/1994	01/09/2025	04/09/2025	61,3	156	8	A	SI	03/10/2025	63	156	12	A	SI
6	c.c.	1075308552	YESICA FABIANA	MEDINA ACHIPIZ	05/11/1997	01/09/2025	04/09/2025	41,4	156	10	A	NO	03/10/2025	42	156	14	A	NO
7	c.c.	1075270250	CINDY PAOLA	QUINTERO AMEZQUITA	16/04/1993	01/06/2025	03/09/2025	68,8	158	25	A	SI	03/10/2025	72	158	30	A	SI
8	c.c.	1075794803	LUNA FERNANDA	ESPINOSA MARIN	29/06/2007	01/10/2025	03/10/2025	67,6	163	13	A	SI						
9	c.c.	1116787579	MAGALY	CAMARGO PEREZ	08/02/1990	01/10/2025	03/10/2025	52,6	154	9	A	SI						
10	c.c.	1117820955	MILADY	OTALVARO ORTIZ	17/12/1992	01/10/2025	03/10/2025	91,3	158	30	A	SI						
11	CE	6025260	DEISY COROMOTO	GUANIPA SOSA	04/07/2004	01/10/2025	03/10/2025	50,4	156	12	A	SI						
12																		
13																		
14																		
15	R	1007459238	TATIANA MARCELA	PANCHO TEJADA	07/04/2000	01/06/2025	04/09/2025	86	166	31	A	NO						
16	R	1075299162	ANA MARIA	PALACIOS RODRIGUEZ	20/09/1996	01/07/2025	04/09/2025	79,1	150	31	A	SI						
17																		
18																		

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 FRANCY ELENA GARZON **Celular** 3208437841

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 5
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1003803999	SIRETH DAHINA	NINCO ESCALANTE	16/04/2001	01/09/2025	05/09/2025	58,4	160		A	SI	03/10/2025	61,2	160	21	A	SI
2	C.C.	1075269732	JENNIFER KETHERINE	RUIZ MONTEALEGRE	06/02/1993	01/05/2025	05/09/2025	76,3	155		A	SI	03/10/2025	77,7	155	32	A	SI
3	T.I.	1075245413	NICOL DAYANA	SANCHEZ ARTUNDUAGA	17/06/2008	01/09/2025	05/09/2025	40	150		A	SI	03/10/2025	41	150	17	A	SI
4	T.I.	1077724800	YAJAIRA	CARBONO PINTO	25/10/2007	01/10/2025							03/10/2025	58	160	25	A	SI
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
RETIRO	C.C.	1003812381	LEIDY MARCELA	BETANCOURT CARDENAS	28/03/1998	01/05/2025	05/09/2025	72,4	156		A	SI						
RETIRO	C.C.	1007620569	AUDRI YUSNEIDY	MUÑOZ GASCA	11/11/2000	03/03/2025	05/09/2025	62,7	155		A	SI						
RETIRO	C.C.	1075213291	PAULA ANDREA	OVIEDO PUENTES	22/07/2004	01/06/2025	05/09/2025	91,6	171		A	SI						
RETIRO	R	1075226582	KAREN LORENA	LOSADA RODRIGUEZ	24/12/1987	01/05/2025	05/09/2025	63,7	160		A	SI						
RETIRO	C.C.	1003802064	KAREN YULIETH	PUENTES CERQUERA	13/11/1999	01/06/2025	03/09/2025	91	165		A	NO						
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 **FRANCY ELENA GARZON** **Celular** 3208437841

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 6
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1003807217	ANGELICA MARIA	GARCIA GARZA	13/04/2002	01/09/2025	04/09/2025	61,8	156	23	A	NO	02/10/2025	62,8	156	27	A	NO
2	c.c.	1022343204	JORJANIS	BELTRAN MATA	26/08/2005	01/06/2025	04/09/2025	50,1	160	24	A	SI	02/10/2025	50,8	160	28	A	SI
3	c.c.	1068927111	DANNA VALENTINA	CORTEZ BRAVO	16/12/2003	03/03/2025	04/09/2025	67,5	157	31	A	SI	02/10/2025	69,9	157	35	A	SI
4	c.c.	1075276002	LEIDY YOHANA	CASTRO ARANGO	09/09/1993	01/07/2025	04/09/2025	93,6	152	17	A	SI	02/10/2025	96	152	21	A	SI
5	c.c.	1075307391	YANDRID DANIELA	FANDIÑO CAMPOS	29/09/1997	01/07/2025	04/09/2025	80,9	160	16	A	NO	02/10/2025	81,3	160	20	A	NO
6	c.c.	1116912009	LUISA FERNANDA	ARIAS CAO	24/04/2003	01/09/2025	04/09/2025	84	153	17	A	SI	02/10/2025	85	153	21	A	SI
7	T.I.	1076502111	MARIA DE LOS ANGELES	PENA CONZALEZ	07/07/2005	01/08/2025	04/09/2025	100,8	176	28	A	SI	02/10/2025	103	176	32	A	SI
8	T.I.	1116915388	EDNNA BRIYITH	CERQUERA ARIAS	16/02/2006	01/09/2025	04/09/2025	62,5	170	20	A	NO	02/10/2025	64,9	170	24	A	NO
9	T.I.	1075792795	SHARIT VIVIANA	URRIAGO BAUTISTA	11/03/2006	01/10/2025	02/10/2025	50	155	30	A	NO						
10																		
11																		
RETIRO	T.I.	1117816756	LIZZETH DAYANA	BERU MEDINA	24/08/2008	01/10/2025	02/10/2025	79	164	30	A	NO						
RETIRO	c.c.	1045140020	LADY BIBIANA	MARTINEZ SEPULVEDA	14/03/1988	03/03/2025	04/09/2025	87,4	155	37	A	SI						
RETIRO	C.C.	53052019	RUBY	VASQUEZ TORRES	05/12/1983	01/06/2025	04/09/2025	78,9	163	37	A	SI						
RETIRO	C.C.	1042431991	ENALBA MARIA	TORRES SAMPAYO	04/02/1987	01/04/2025	04/09/2025	76,8	156	32	A	NO						
RETIRO	C.C.	1007560700	VALERY NATHALIA	PEÑA ROMERO	01/12/2002	01/05/2025	04/09/2025	93,7	158	34	A	SI						
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 **FRANCY ELENA GARZON** **Celular** 3208437841

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 3
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1075301540	ANDRY NATALIA	CHARRY GARZON	25/09/1996	01/09/2025	05/09/2025	87	163	11	A	NO	03/10/2025	84	163	15	A	NO
2	c.c.	1007258818	DANNA MARLED	CAPERA TAFUR	17/08/1999	01/06/2025	04/09/2025	60	150	21	A	SI	03/10/2025	61,9	150	25	A	SI
3	c.c.	1007348398	MIRIAN YAMILEHT	GUTIERREZ PERDOMO	28/02/1999	01/08/2025	04/09/2025	60,3	148	24	A	SI	03/10/2025	60	148	28	A	SI
4	c.c.	1075268001	LUISA FERNANDA	RUIZ BUITRIAGO	17/01/1993	01/07/2025	04/09/2025	80,6	165	21	A	SI	03/10/2025	81	165	25	A	SI
5	c.c.	1075279928	KAREN DAYANA	TRUJILLO CASILIMA	10/03/1994	01/09/2025	04/09/2025	61,3	156	8	A	SI	03/10/2025	63	156	12	A	SI
6	c.c.	1075308552	YESICA FABIANA	MEDINA ACHIPIZ	05/11/1997	01/09/2025	04/09/2025	41,4	156	10	A	NO	03/10/2025	42	156	14	A	NO
7	c.c.	1075270250	CINDY PAOLA	QUINTERO AMEZQUITA	16/04/1993	01/06/2025	03/09/2025	68,8	158	25	A	SI	03/10/2025	72	158	30	A	SI
8	c.c.	1075794803	LUNA FERNANDA	ESPINOSA MARIN	29/06/2007	01/10/2025	03/10/2025	67,6	163	13	A	SI						
9	c.c.	1116787579	MAGALY	CAMARGO PEREZ	08/02/1990	01/10/2025	03/10/2025	52,6	154	9	A	SI						
10	c.c.	1117820955	MILADY	OTALVARO ORTIZ	17/12/1992	01/10/2025	03/10/2025	91,3	158	30	A	SI						
11	CE	6025260	DEISY COROMOTO	GUANIPA SOSA	04/07/2004	01/10/2025	03/10/2025	50,4	156	12	A	SI						
12																		
13																		
14																		
15	R	1007459238	TATIANA MARCELA	PANCHO TEJADA	07/04/2000	01/06/2025	04/09/2025	86	166	31	A	NO						
16	R	1075299162	ANA MARIA	PALACIOS RODRIGUEZ	20/09/1996	01/07/2025	04/09/2025	79,1	150	31	A	SI						
17																		
18																		

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 FRANCY ELENA GARZON **Celular** 3208437841

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 5
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1003803999	SIRETH DAHINA	NINCO ESCALANTE	16/04/2001	01/09/2025	05/09/2025	58,4	160		A	SI	03/10/2025	61,2	160	21	A	SI
2	C.C.	1075269732	JENNIFER KETHERINE	RUIZ MONTEALEGRE	06/02/1993	01/05/2025	05/09/2025	76,3	155		A	SI	03/10/2025	77,7	155	32	A	SI
3	T.I.	1075245413	NICOL DAYANA	SANCHEZ ARTUNDUAGA	17/06/2008	01/09/2025	05/09/2025	40	150		A	SI	03/10/2025	41	150	17	A	SI
4	T.I.	1077724800	YAJAIRA	CARBONO PINTO	25/10/2007	01/10/2025							03/10/2025	58	160	25	A	SI
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
RETIRO	C.C.	1003812381	LEIDY MARCELA	BETANCOURT CARDENAS	28/03/1998	01/05/2025	05/09/2025	72,4	156		A	SI						
RETIRO	C.C.	1007620569	AUDRI YUSNEIDY	MUÑOZ GASCA	11/11/2000	03/03/2025	05/09/2025	62,7	155		A	SI						
RETIRO	C.C.	1075213291	PAULA ANDREA	OVIEDO PUENTES	22/07/2004	01/06/2025	05/09/2025	91,6	171		A	SI						
RETIRO	R	1075226582	KAREN LORENA	LOSADA RODRIGUEZ	24/12/1987	01/05/2025	05/09/2025	63,7	160		A	SI						
RETIRO	C.C.	1003802064	KAREN YULIETH	PUENTES CERQUERA	13/11/1999	01/06/2025	03/09/2025	91	165		A	NO						
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 **FRANCY ELENA GARZON** **Celular** 3208437841

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:		**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:		**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	DEJANDO HUELLA 6
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):	FAMILIAR A COMUNITARIO		
SERVICIO:	EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR FAMILIAR A COMUNITARIO		

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 1						TOMA Nº 2					
							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.	1003807217	ANGELICA MARIA	GARCIA GARZA	13/04/2002	01/09/2025	04/09/2025	61,8	156	23	A	NO	02/10/2025	62,8	156	27	A	NO
2	c.c.	1022343204	JORJANIS	BELTRAN MATA	26/08/2005	01/06/2025	04/09/2025	50,1	160	24	A	SI	02/10/2025	50,8	160	28	A	SI
3	c.c.	1068927111	DANNA VALENTINA	CORTEZ BRAVO	16/12/2003	03/03/2025	04/09/2025	67,5	157	31	A	SI	02/10/2025	69,9	157	35	A	SI
4	c.c.	1075276002	LEIDY YOHANA	CASTRO ARANGO	09/09/1993	01/07/2025	04/09/2025	93,6	152	17	A	SI	02/10/2025	96	152	21	A	SI
5	c.c.	1075307391	YANDRID DANIELA	FANDIÑO CAMPOS	29/09/1997	01/07/2025	04/09/2025	80,9	160	16	A	NO	02/10/2025	81,3	160	20	A	NO
6	c.c.	1116912009	LUISA FERNANDA	ARIAS CAO	24/04/2003	01/09/2025	04/09/2025	84	153	17	A	SI	02/10/2025	85	153	21	A	SI
7	T.I.	1076502111	MARIA DE LOS ANGELES	PENA CONZALEZ	07/07/2005	01/08/2025	04/09/2025	100,8	176	28	A	SI	02/10/2025	103	176	32	A	SI
8	T.I.	1116915388	EDNNA BRIYITH	CERQUERA ARIAS	16/02/2006	01/09/2025	04/09/2025	62,5	170	20	A	NO	02/10/2025	64,9	170	24	A	NO
9	T.I.	1075792795	SHARIT VIVIANA	URRIAGO BAUTISTA	11/03/2006	01/10/2025	02/10/2025	50	155	30	A	NO						
10																		
11																		
RETIRO	T.I.	1117816756	LIZZETH DAYANA	BERU MEDINA	24/08/2008	01/10/2025	02/10/2025	79	164	30	A	NO						
RETIRO	c.c.	1045140020	LADY BIBIANA	MARTINEZ SEPULVEDA	14/03/1988	03/03/2025	04/09/2025	87,4	155	37	A	SI						
RETIRO	C.C.	53052019	RUBY	VASQUEZ TORRES	05/12/1983	01/06/2025	04/09/2025	78,9	163	37	A	SI						
RETIRO	C.C.	1042431991	ENALBA MARIA	TORRES SAMPAYO	04/02/1987	01/04/2025	04/09/2025	76,8	156	32	A	NO						
RETIRO	C.C.	1007560700	VALERY NATHALIA	PEÑA ROMERO	01/12/2002	01/05/2025	04/09/2025	93,7	158	34	A	SI						
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 **FRANCY ELENA GARZON** **Celular** 3208437841

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	16/05/25
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORPORACION MINUTO DE DIOS**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**NEIVA RURAL 6**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			

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	CC	1003952682	ESTEFANIA	LOSADA	30/10/2003	01/10/2025	11/10/2025	52,3	163	17	A	SI						
2	CC	1003865399	DANIELA	GUTIERREZ	03/03/2003	01/06/2025	09/10/2025	61,3	165	24	A	SI						
3	CC	1075220406	HEIDI LORENA	RODRIGUEZ	26/04/2005	01/06/2025	09/10/2025	80,2	168	27	A	SI						
4	CC	1075278961	BEATRIZ	CARDOSO	01/04/1994	01/08/2025	09/10/2025	79	165	39	A	SI						
5	CC	1076503974	ANYI PAOLA	LOSADA	20/02/2007	01/08/2025	09/10/2025	55	153	16	A	SI						
6	Tipo (	1003813272	ROSA NATALIA	MOSQUERA	22/03/2000	01/10/2025	09/10/2025	86	158	12	A	SI						
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 _____ **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 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	16/05/25
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORPORACION MINUTO DE DIOS**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**NEIVA RURAL 4**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			

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	CC	1003807041	DIANA MAYERLY	CARDOZO	04/01/2002	01/09/2025	09/10/2025	66	166	20	A	SI						
2	CC	1003814594	NICOL ANDREA	POLANIA	07/10/2000	01/04/2025	08/10/2025	71,6	160	36	A	SI						
3	CC	1075245644	LINA PAOLA	RIVERA	27/04/1989	01/07/2025	08/10/2025	62	148	19	A	SI						
4	CC	1075280061	WENDY TATIANA	LEAL	17/05/1994	01/08/2025	08/10/2025	59,5	167	24	A	SI						
5	CC	1075305420	YULISA	MENDEZ	01/07/1997	01/06/2025	09/10/2025	85	158	23	A	SI						
6	CC	1075305556	ANYI PAOLA	NARVAEZ	14/07/1997	01/09/2025	08/10/2025	60	152	11	A	SI						
7	CC	1075320484	CAMILA ANDREA	RIVERA	16/08/1999	01/07/2025	08/10/2025	79,3	164	26	A	SI						
8	CC	33750416	BIBIANA	TRUJILLO	02/02/1985	01/05/2025	09/10/2025	67	160	30	A	SI						
9	CC	36346517	JACKELINE	GOMEZ	09/07/1980	01/08/2025	08/10/2025	76,4	149	22	A	SI						
10	RC	1118370762	SHERY DAYAN	ARCE	27/12/2009	01/10/2025	24/10/2025	44,6	156	9	A	SI						
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 _____ **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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

ÍTEM
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:
SERVICIO O MODALIDAD (Familiar o Propia):
SERVICIO
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

FECHA DE LA TOMA **(dd/mm/aaaa)**
PESO (Kg)
TALLA **(cm)**
Semana Gestacional
¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?

¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud?

Antes de imprimir este documento… piense en

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE

F7.MT1.PP	16/05/25
Versión 1	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	
DESCRIPCIÓN	
Registrar el nombre de la entidad administradora de servicio	
Registrar el nombre de la unidad servicio o unidad comunitaria de atención	
Registrar el servicio o modalidad que corresponda	
Registrar el nombre del servicio correspondiente:	
Diligenciar tipo de documento así: TI (Tarjeta de identidad); CC (Cedula de ciudadanía)	
Registrar el numero de identificación de la participante del servicio	
Diligenciar los nombres completos de la participante del servicio	
Diligenciar los apellidos completos de la participante del servicio	
Diligenciar la fecha de nacimiento de la participante en el siguiente formato: dd/mm/aaaa	
Diligenciar la fecha de ingreso al servicio o modalidad de la participante en el siguiente formato dd/mm/aaaa	
Se registra el número de la toma de datos correspondientes (Por ejemplo: TOMA Nº 1, TOMA Nº 2, TOMA Nº 3...), indicando la fecha de la medición y los datos antropométricos (peso, talla), según corresponda a la toma inicial y los seguimientos periódicos, de acuerdo con la Guía operativa de cada servicio. Asimismo, en este formato se reporta la información proporcionada por la madre o persona en gestación sobre la intención de brindar lactancia humana una vez ocurrido el parto, y frente al acceso a la asesoría de lactancia humana en la institución de salud.	

Diligenciar la fecha de la valoracion antropometrica de la participante en el siguiente formato dd/mm/aaaa
Registrar el resultado de la toma del peso de la participante en la unidad de medida kilogramos "Kg", con un decimal, por ejemplo: 60
Registrar el resultado de la toma de talla de la participante en la unidad de medida centimentros "cm", con un decimal, por ejemplo 160
Registrar la edad gestacional en semanas al momento de la valoracion antropometrica. Se registra en números enteros sin decimales, por ejemplo: 20. Este dato se puede obtener según fecha de última mestruación FUM o según soportes de atenciones médicas. Indagar por la participación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (vacunación), así como en las consultas de cuidado prenatal o controles prenatales, entre otras atenciones establecidas, resaltando la importancia de acudir a la Institución de Salud para la identificación oportuna de riesgos que pueden generar problemas en la salud de madre o persona en gestación y/o su bebé. Asimismo, verificar si existen signos y síntomas de alarma por los cuales se debe buscar atención en salud inmediata.
Una vez se obtenga la respuesta escribirla según la opción que corresponda: **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. Tener presente que en la parte inferior del formato se encuentran estas mismas opciones a modo de recordación. Esta información es útil para brindar orientaciones enfocadas en la promoción, protección y apoyo de la lactancia humana de manera sensible, consideando el derecho que se tiene a decidir sobre la forma de alimentar a la hija o el hijo sin presiones comerciales ni sociales; teniendo presente la importancia de contar con información basada en evidencia científica, y que esté libre de conflictos de intereses.

Según la situación reportada indicar: Sí, No, No recuerda.
Es importante explicar de forma humanizada el derecho que se tiene a recibir esta atención en el sector salud, de acuerdo con lo establecido en normatividad del país, la cual establece, entre otros, los derechos que tiene toda mujer o persona en gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal frente a estar informada, con base en evidencia científica actualizada sobre los beneficios de la lactancia humana tanto para quien brinda lactancia como para su hija o hijo. Igualmente, se establecieron derechos en el país sobre recibir apoyo para amamantar durante el posparto, accediendo a asesoría oportuna, permanente y de calidad por parte de un agente de salud experto en lactancia humana, y sin conflictos de interés.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN	F7.MT1.PP	16/05/25
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL:	HUILA	**CENTRO ZONAL:**	NEIVA
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:	**CORPORACION MINUTO DE DIOS**	**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:**	**DEJANDO HUELLAS 1**
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):			
SERVICIO:			

							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	CC	1006520613	KELLY JHOANA	PUENTES	22/11/2000	01/09/2025	09/10/2025	76	157	13	A	SI						
2	CC	1065582715	YURAINIS EDITH	CARRECEDO	22/11/1986	01/08/2025	11/10/2025	63	168	32	A	SI						
3	CC	1075291259	MAYRA YIZETH	NINCO	15/09/1995	01/08/2025	09/10/2025	69	158	22	A	SI						
4	CC	1075311317	MAYRA ALEJANDRA	SEGURA	20/03/1998	01/09/2025	09/10/2025	78	155,5	33	A	SI						
5	CC	1075318341	VALENTINA	JARAMILLO	13/05/1999	01/08/2025	08/10/2025	73,4	158	35	A	SI						
6	CC	1075321679	MARIA VALENTINA	CARDOZO	07/11/1999	01/05/2025	09/10/2025	69	156	33	A	SI						
7	CC	1083032283	GLORIA ALEXANDRA	VARGAS	14/02/1998	01/10/2025	11/10/2025	74,1	153	39	A	SI						
8	PPT	4070625	GABRIELA ALEXANDRA	GOMEZ	18/01/1996	01/06/2025	20/10/2025	83	171	33	A	SI						
9	e Doc	1079174918	MARIA PAULA	TOLEDO	11/11/2005	01/10/2025	11/10/2025	74,1	153	22	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 cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FO CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

ÍTEM
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:
SERVICIO O MODALIDAD (Familiar o Propia):
SERVICIO
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

FECHA DE LA TOMA **(dd/mm/aaaa)**
PESO (Kg)
TALLA **(cm)**
Semana Gestacional
¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?

¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud?

Antes de imprimir este documento… piense en

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE

F7.MT1.PP	16/05/25
Versión 1	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	
DESCRIPCIÓN	
Registrar el nombre de la entidad administradora de servicio	
Registrar el nombre de la unidad servicio o unidad comunitaria de atención	
Registrar el servicio o modalidad que corresponda	
Registrar el nombre del servicio correspondiente:	
Diligenciar tipo de documento así: TI (Tarjeta de identidad); CC (Cedula de ciudadanía)	
Registrar el numero de identificación de la participante del servicio	
Diligenciar los nombres completos de la participante del servicio	
Diligenciar los apellidos completos de la participante del servicio	
Diligenciar la fecha de nacimiento de la participante en el siguiente formato: dd/mm/aaaa	
Diligenciar la fecha de ingreso al servicio o modalidad de la participante en el siguiente formato dd/mm/aaaa	
Se registra el número de la toma de datos correspondientes (Por ejemplo: TOMA Nº 1, TOMA Nº 2, TOMA Nº 3...), indicando la fecha de la medición y los datos antropométricos (peso, talla), según corresponda a la toma inicial y los seguimientos periódicos, de acuerdo con la Guía operativa de cada servicio. Asimismo, en este formato se reporta la información proporcionada por la madre o persona en gestación sobre la intención de brindar lactancia humana una vez ocurrido el parto, y frente al acceso a la asesoría de lactancia humana en la institución de salud.	

Diligenciar la fecha de la valoracion antropometrica de la participante en el siguiente formato dd/mm/aaaa
Registrar el resultado de la toma del peso de la participante en la unidad de medida kilogramos "Kg", con un decimal, por ejemplo: 60
Registrar el resultado de la toma de talla de la participante en la unidad de medida centimentros "cm", con un decimal, por ejemplo 160
Registrar la edad gestacional en semanas al momento de la valoracion antropometrica. Se registra en números enteros sin decimales, por ejemplo: 20. Este dato se puede obtener según fecha de última mestruación FUM o según soportes de atenciones médicas. Indagar por la participación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (vacunación), así como en las consultas de cuidado prenatal o controles prenatales, entre otras atenciones establecidas, resaltando la importancia de acudir a la Institución de Salud para la identificación oportuna de riesgos que pueden generar problemas en la salud de madre o persona en gestación y/o su bebé. Asimismo, verificar si existen signos y síntomas de alarma por los cuales se debe buscar atención en salud inmediata.
Una vez se obtenga la respuesta escribirla según la opción que corresponda: **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. Tener presente que en la parte inferior del formato se encuentran estas mismas opciones a modo de recordación. Esta información es útil para brindar orientaciones enfocadas en la promoción, protección y apoyo de la lactancia humana de manera sensible, consideando el derecho que se tiene a decidir sobre la forma de alimentar a la hija o el hijo sin presiones comerciales ni sociales; teniendo presente la importancia de contar con información basada en evidencia científica, y que esté libre de conflictos de intereses.

Según la situación reportada indicar: Sí, No, No recuerda.
Es importante explicar de forma humanizada el derecho que se tiene a recibir esta atención en el sector salud, de acuerdo con lo establecido en normatividad del país, la cual establece, entre otros, los derechos que tiene toda mujer o persona en gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal frente a estar informada, con base en evidencia científica actualizada sobre los beneficios de la lactancia humana tanto para quien brinda lactancia como para su hija o hijo. Igualmente, se establecieron derechos en el país sobre recibir apoyo para amamantar durante el posparto, accediendo a asesoría oportuna, permanente y de calidad por parte de un agente de salud experto en lactancia humana, y sin conflictos de interés.