



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

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

FORMATO DATOS ANTROPOMETRICOS GESTANTES

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION CONSTRUYENDO FUTURO 1

**EL CARMEN DE
BOLIVAR**



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 CONSTRUYENDO 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_2_						TOMA Nº_3_						
									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	X	X	X	X	X	X	X
2	T.I.	1047047115	MELANI	PAOLA	TAPIA	TARRA	06/07/2009	03/03/2025	02/06/2025	49,6	147,3	30	A	SI	X	X	X	X	X	X	X
3	CC	1002439518	DAYANA	MARCELA	BERRIO	GARRIDO	13/11/2000	03/03/2025	03/06/2025	66,4	150	25	A	SI	01/09/2025	66	150	37	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



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 CONSTRUYENDO 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 Nº_2__						TOMA Nº_3__					
									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, 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, recuerda)
1	CC	1050279604	CAMILA	ANDREA	MEZA	GARCIA	08/08/2009	03/03/2025	03/06/2025	63,6	157,5	33	A	SI	X	X	X	X	X	X
2	CC	1052091916	DINA	LUZ	TORRES	MARTINEZ	02/08/1994	03/03/2025	03/06/2025	53,5	148	17	A	SI	01/09/2025	58	148	28	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	01/09/2025	54,7	153	26	A	SI
4	T.I.	1052070042	KAROL	DAYANA	DEAVILA	PEREZ	17/02/1993	03/03/2025	03/06/2025	78	154	39	A	SI	X	X	X	X	X	X
5	T.I.	1052081920	VALEIDYS	PAOLA	MUÑOZ	NARVAEZ	20/05/2009	01/06/2025	03/06/2025	61,4	151	12	A	SI	01/09/2025	69,2	152	25	A	SI
6	C. C.	1126119227	MABEL		HERAZO	RAMOS	24/08/1989	01/09/2025							08/09/2025	76	161	19	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 seguimientos 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!

Consulte reglas impresas de este documento en: [consultas como CORPA NO CONTROLADA](#)

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBP Y LA LEY 1981 DE 2012



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 CONSTRUYENDO 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 Nº_2__							TOMA Nº_3__						
							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	X	X	X	X	X	X
2	C.C	1052072517	NELIS	MARIA	MARTINEZ	MARQUEZ	23/01/2005	03/03/2025	02/06/2023	47,5	147,5	19	A	SI	08/09/2025	51,7	147,5	32	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	08/09/2025	81,7	155,5	36	A	SI
4	C.C	1125412619	ANGELA	MARBELL	DAZA	GOMEZ	25/02/1997	03/03/2025	02/06/2025	63	154	37	A	SI	X	X	X	X	X	X
5	C. C.	1126248796	LILIA	MARGARITA	GUTIERREZ	BERRIO	14/08/1995	01/09/2025							01/09/2025	59	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 seguimientos 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



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 CONSTRUYENDO 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 Nº_2_						TOMA Nº_3_							
							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	01/09/2025	60	157	35	A	SI
2	C.C	1052097548	SORAIDA	ESTHER	CHAMORRO	ARAGON	05/01/2000	03/03/2025	03/06/2025	84	161	38	A	SI	X	X	X	X	X	X
3	C.C	1052096419	ONEIDA		CARDENAS	MARQUEZ	12/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	69,1	156,5	23	A	SI	01/09/2025	74,5	156,5	35	A	SI
4	C. C.	1052094783	ANGIE	MARCELA	HERNANDEZ	MEZA	11/02/1998	01/09/2025							08/09/2025	62	157	17	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 seguimientos 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!

Considero copia impresa de este documento en computadora como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBP Y LA LEY 1981 DE 2012



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 CONSTRUYENDO 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_2_						TOMA Nº_3_							
							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	01/09/2025	57	151,5	20	A	SI
2	CC	1050279918	SHERITH	NICOLLE	QUEZADA	NAVARRO	20/12/2009	01/06/2025	03/06/2025	63,8	160	20	A	SI	01/09/2025	67,9	160,5	32	A	SI
3	C. C.	1052087869	ROCIO	MARIA	MORENO	VEGA	31/12/1993	01/09/2025							08/09/2025	80	167	15	A	SI
4	C. C.	1052085581	EDITH	PAOLA	ARROYO	VARGAS	14/12/1992	01/08/2025							01/09/2025	70,1	159	28	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 seguimientos 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!

Generar copia impresa de este documento en computadora como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBP Y LA LEY 1981 DE 2012



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 CONSTRUYENDO 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 Nº_2_						TOMA Nº_3_							
							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, 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, recuerda)		
1	C.C	1002440599	LINNIS	YOHANA	CORTES	CHAVEZ	17/12/2000	03/03/2025	03/06/2025	57	155,5	26	A	SI	08/09/2025	60,5	155,5	40	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	X	X	X	X	X	X
3	C.C	6455242	ROSANGEL	CAROLINA	SEMPRUN	URDANETA	06/01/2005	03/03/2025	03/06/2025	77,4	163	20	A	SI	X	X	X	X	X	X
4	C.C	1002440593	YISEL	MARGARITA	TERAN	PEREZ	07/10/1997	03/03/2025	03/06/2025	57,8	155	17	A	SI	01/09/2025	64,5	155	29	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	01/09/2025	72	162	40	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	01/09/2025	74,2	152	31	A	SI
7	C. C.	1052076783	ALIS	PATRICIA	HERNANDEZ	GRACIAS	13/06/1989	03/03/2025	03/06/2025	81	157	24	A	SI	01/09/2025	82,5	157	36	A	SI
8	C. C.	1049927718	KETY	LUZ	MONTERROSA	YEPES	08/05/2005	01/07/2025							08/09/2025	64,2	150	19	A	SI
9	C. C.	1103499711	MARBELIS		AGAMEZ	MEDINA	20/12/2006	01/09/2025							01/09/2025	62,5	162	10	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 seguimientos 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!

Generar copias impresas de este documento en computadores como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBP Y LA LEY 1981 DE 2012



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 1UCA 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_3_							
							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	X	X	X	X	X	X
2	C. C.	1014281038	AMALIA		ANAYA	CHAVEZ	07/08/1996	03/03/2025	03/06/2025	78,3	161	27	A	SI	X	X	X	X	X	X
3	C. C.	1052090841	NELLYS	MARIA	PELUFFO	PEREZ	22/06/1995	01/06/2025	03/06/2025	51,1	155	8	A	SI	01/09/2025	54	155	18	A	SI
4	CE	31040991	ADRIANA	CRISTINA	GONZALEZ	GONZALEZ	03/12/2003	01/06/2025	03/06/2025	50	157,5	7	A	SI	X	X	X	X	X	X
5	C. C.	1052095887	ERIKA	PATRICIA	TOBIAS	PEÑA	17/06/1998	01/07/2025							08/09/2025	67	157	19	A	SI
6	C. C.	1052090841	NELLYS	MARIA	PELUFFO	PEREZ	22/06/1995	01/06/2025							01/09/2025	54	155	18	A	SI
7	CE	31090741	STEFANY	PAOLA	CARIEL	MOLA	28/09/2004	01/08/2025							01/09/2025	83	169	29	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 seguimientos 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!

Generar copias impresas de este documento en computadores como copia NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBP Y LA LEY 1981 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F7.M1.PP

Versión 1

16/05/2025

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:

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 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) 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	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) 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
1	C.C.	1007621011	CARO	OLGA	10/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	80,4	159	13	A	1/09/2025	80,6	158	25	A
2	C.C.	1052083662	VILLEGAS	YINETH	08/11/1991	01/05/2025	03/06/2025	67,7	157,5	14	A	1/09/2025	70	158	30	A
3	C.C.	1051822416	MARQUEZ	MILEYDIS	16/11/1998	03/03/2025	03/06/2025	80,4	169,4	34	A	1/09/2025				A
4	C.C.	1052090896	HERNANDEZ	ARELIS	25/07/1995	03/03/2025	03/06/2025	77,6	147,5	28	A	1/09/2025				A
5	C.C.	1052071484	MENDOZA	NEVIS							A	1/09/2025	80	148	40	A
6	C.C.	1002441076	ESTRADA	BLEIDIS	22/06/2000	03/03/2025	03/06/2025	64,4	155	28	A	1/09/2025	56,7	155	16	
7	C.C.	1011392478	CARMONA	MARIANA	28/12/2004	01/06/2025	03/06/2025	54,8	148	9	A	1/09/2025	73	155	38	A
8	C.C.	1052097718	SERRANO	TANIA	20/07/1999	03/03/2025	03/06/2025	50	145	16	A	1/09/2025	57,3	152	21	A
9	C.C.	1102853584	MERCADO	ASTRITH	05/04/1993	03/03/2025	03/06/2025	85	160	24	A	1/09/2025	60	145	32	A
10	C.C.	1002440222	BENITEZ	ANDREA	30/03/1999	03/03/2025	03/06/2025	84,5	152	16	A	1/09/2025	88,9	160	34	A
11	C.C.	1052074221	GUERRA	VALERIA	01/08/2006	03/03/2025	03/06/2025	49,2	152	24	A	1/09/2025	84	152	30	A
12	C.C.	1052074454	MARQUEZ	YESSICA	02/05/2000	03/03/2025	03/06/2025	65,5	163,5	36	A	1/09/2025				
13	C.C.	1052074934	BARON	LARISA	23/08/2002	03/03/2025	03/06/2025	66	167	38	A	1/09/2025				
14	RC	1050277499	GAMARRA	GLORIA	25/01/2001	03/03/2025	03/06/2025	71,6	160	28	A	1/09/2025				
15	C.C.	1052067707	HERRERA	MARYORI	25/05/2004	03/03/2025	03/06/2025	48	154	16	A	1/09/2025				A
16	C.C.	1052087487	PEREZ	PAOLA	23/09/1993	03/03/2025	03/06/2025	80,9	160	20	A	1/09/2025	53	154	28,5	A
17	C.C.	1002021868	TAPIAS	SARAY	22/11/1999	03/03/2025	03/06/2025	78	154	36	A	1/09/2025	82	160	33	A
18	C.C.	1051833216	DIAZ	YESSICA	11/11/1999	03/03/2025	03/06/2025	64	156	36	A	1/09/2025				A
19	C.C.	1052089678	MERCADO	YORELYS	01/10/1994	03/03/2025	03/06/2025	53,9	159	25	A	1/09/2025				A
20	C.C.	1001903633	BARRIOS	LAURA	04/05/2002	03/03/2025	03/06/2025	57,6	152	23	A	1/09/2025	62	159	37	A
											A	1/09/2025	66,1	159	35	A

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos 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

YENI PAOLA ALVAREZ ROSSI

Celular

3152724853

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

Elaborar este formato a partir de este documento de referencia con la copia no editable.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1981 DE 2019



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

Correo electrónico: fundasaberserdimf@gmail.com

FORMATO DE DATOS ANTROPOMETRICOS GESTANTES

COMPONENTE SALUD Y NUTRICION. POR AMOR A LOS NIÑOS

SABER SER

EL CARMEN DE BOLIVAR

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:

MODALIDAD (Familiar o Propia):

SERVICIO / FORMA DE ATENCIÓN :

FUNDACION SABER SER

POR AMOR A LOS NIÑOS

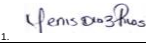
PROPIA E INTERCULTURAL

EDUCACION INICIAL CAMPESINA

UCA 2

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 1				TOMA 2				TOMA 3				TOMA 4			
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional
1	C.C	45648966	SANDRA MILENA	OVIEDO VARGAS	29/06/1985	2/11/2025	23/10/2025	68	159	12												

Nombre del Responsable de la Medición

1. 

2.

3.

4.

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:

MODALIDAD (Familiar o Propia):

SERVICIO / FORMA DE ATENCIÓN :

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 1				TOMA 2				TOMA 3				TOMA 4			
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional
1	CC	1052086273	JULIETH PAOLA	MACHADO VARGAS	19/09/1992	2/11/2025	23/07/2025	67	165	23												
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						

Nombre del Responsable de la Medición

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:

MODALIDAD (Familiar o Propia):

SERVICIO / FORMA DE ATENCIÓN :

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 1				TOMA 2				TOMA 3				TOMA 4			
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Semana Gestacional
1		1007139238	LAURA VANESSA	VILORIA DE AVILA	10/04/1999	2/11/2025	23/10/2025	65	168	16												
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						

Nombre del Responsable de la Medición

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____