



LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar <u>X</u> en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ☐ SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ☐ Pertenecientes a Res UNIDOS ☐ Pertenecientes a Familias en Acción ☐ Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ☐ Remitidos por SNBF ☐ Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ☐ Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ☐ Niños y niñas con discapacidad. ☐ Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ☐ Población migrante en condición de vulnerabilidad. ☐ Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores. Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

Higiene
28-feb-26
Crecimiento
29-Julio-26

: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 26-03-2025

niquitas 1 MUNICIPIO: San Miguel

JS DEL PARTICIPANTE:

Ian Matias Alvarez Delgado



TIENE REGISTRO CIVIL: SI ☒ NO ☐ NUIP No. 1030083697

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 29/07/2021 EDAD: 3 años MUNICIPIO: Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/San Francisco ESTRATO: 1 ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: NO: ☒ ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: NO: ☒ ¿CUAL?: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: ☒ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: NO: ☒ DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: NO: ☒ ¿CUAL?: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: NO: ☒ ¿CUAL?: N/A

TIENE SISBEN: SI: ☒ NO: ☐ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: NO: ☒

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: NO: ☒ RED UNIDOS: SI: NO: ☒

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: NO: ☒ ¿CUAL?: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Jairo Alvarez Lopez

No. IDENTIFICACION: 18182609 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3107803979 E.P.S: Mallamas

Ocupacion u Oficio: Independiente

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mardeniz Delgado Galindez

No. IDENTIFICACION: 1085687064 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3107803979 E.P.S: Mallamas

Ocupacion u Oficio: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Mardeniz Delgado Galindez

NUMERO IDENTIFICACION: 1085687064 CELULAR: 3107803979

DIRECCION: V/San Francisco PARENTESCO: Madre

Mardeniz Delgado Galindez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1030083697

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59569330

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	☒	Notaria	☐	Número	<input type="text"/>	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de	☐	Código	A	H	E
-------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	----------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA MOCOA-H REGIONAL J M H *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido	ALVAREZ *****	Segundo Apellido	DELGADO *****
Nombre(s)			
IAN MATIAS *****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2 0 2 1	Mes	J U L
Día	2 9	MASCULINO	B
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA *****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	168335458 *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DELGADO GALINDEZ MARDELIZ *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1085687064 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ LOPEZ JHON JAIR O *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 18182609 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ LOPEZ JHON JAIR O *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 18182609 *****	JHON ALVAREZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2 0 2 1
Mes	J U L
Día	3 0
HOLMES ERNEY IMBACHI RODRIGUEZ	
Nombre y firma	

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JHON ALVAREZ	HOLMES ERNEY IMBACHI RODRIGUEZ
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 20; OTRO:CN - NO SE TOMAN HUELLAS AL INSCRITO POR PANDEMIA;30/07/2021

HOLMES ERNEY IMBACHI RODRIGUEZ

Registro válido

Fecha de consulta:

12/09/2025

Ficha:

86757246952700000001

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN MATIAS

Apellidos: ALVAREZ DELGADO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1030083697

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/01/2021

Última actualización ciudadano:

17/09/2021

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección:

Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono:

4210537 - 3213138790

Correo Electrónico:

sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de
Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030083697
NOMBRES	IAN MATIAS
APELLIDOS	ALVAREZ DELGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	29/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:

09/12/2025
09:25:39

Estación de origen:

192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el



**EPS. INDIGENA
MALLAMAS**

"La oportunidad sana para una comunidad con futuro"

ALVAREZ DELGADO IAN MATIAS

Nombres y Apellidos Completos

Doc. Identificación: RC 1030083687 Género: M

Fecha Nacimiento: 29/07/2021

Nivel Sisben:

Fecha Afiliación: 29/07/2021

Discapacidad: Ninguna

Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000483151

Dirección: V/ SAN FRANCISCO

Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA
DORADA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"

Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DCAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la prestación de este carné para acceder a los servicios
contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios
autorizada por MALLAMAS EPS-I



Fernando E. ...
GERENTE MALLAMAS EPS-I

LINEA SALUDABLE 012000-913701/7733978-IPAL-ES
www.mallamaseps.com.co E-mail: contacto@mallamaseps.com.co
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NINO Y NINA

... Sanos



E.S.E. HOSPITAL PROMOTORIO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombre:

Jon Malas

Apellidos:

Alvarez Delgado

Fecha de nacimiento:

24 07 2021

Historia Clínica:

1030083697

Barrio/Vereda:

San Francisco

Responsable del niño:

Martelis Delgado

Teléfono:

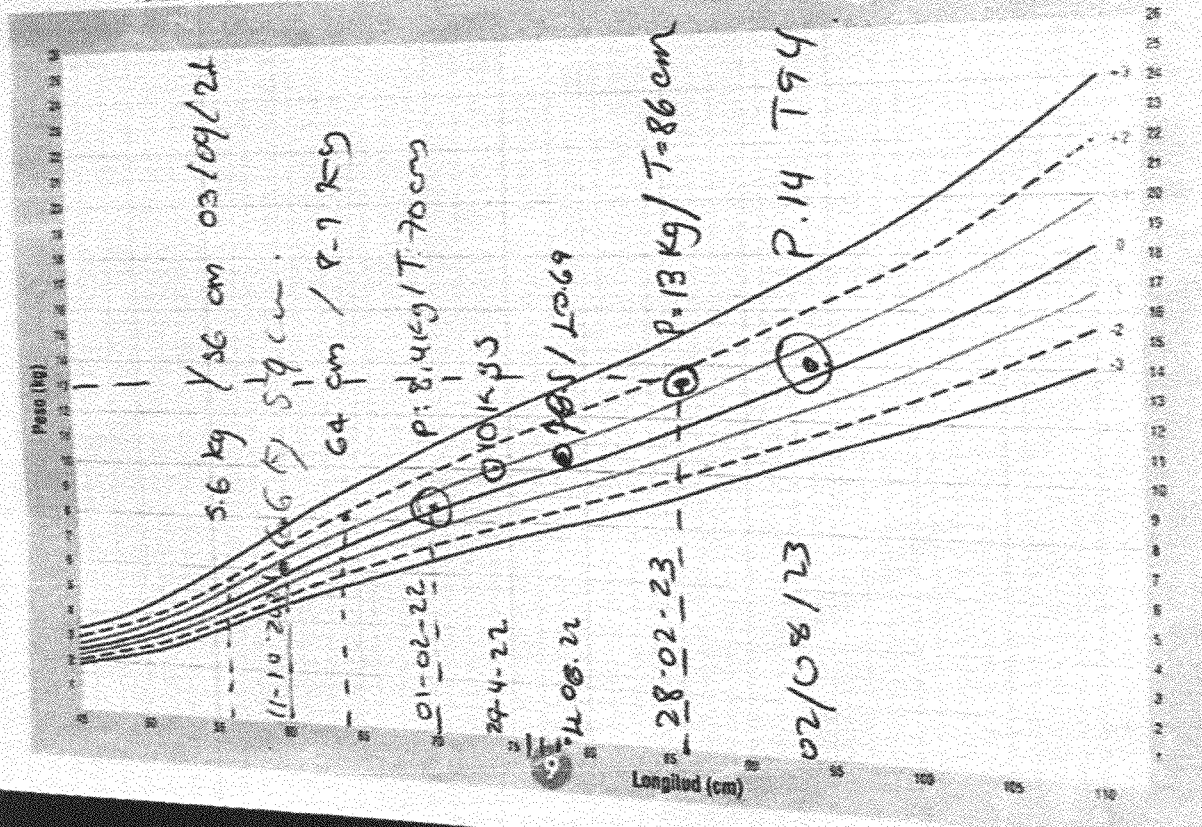
EPS:

Mallamás



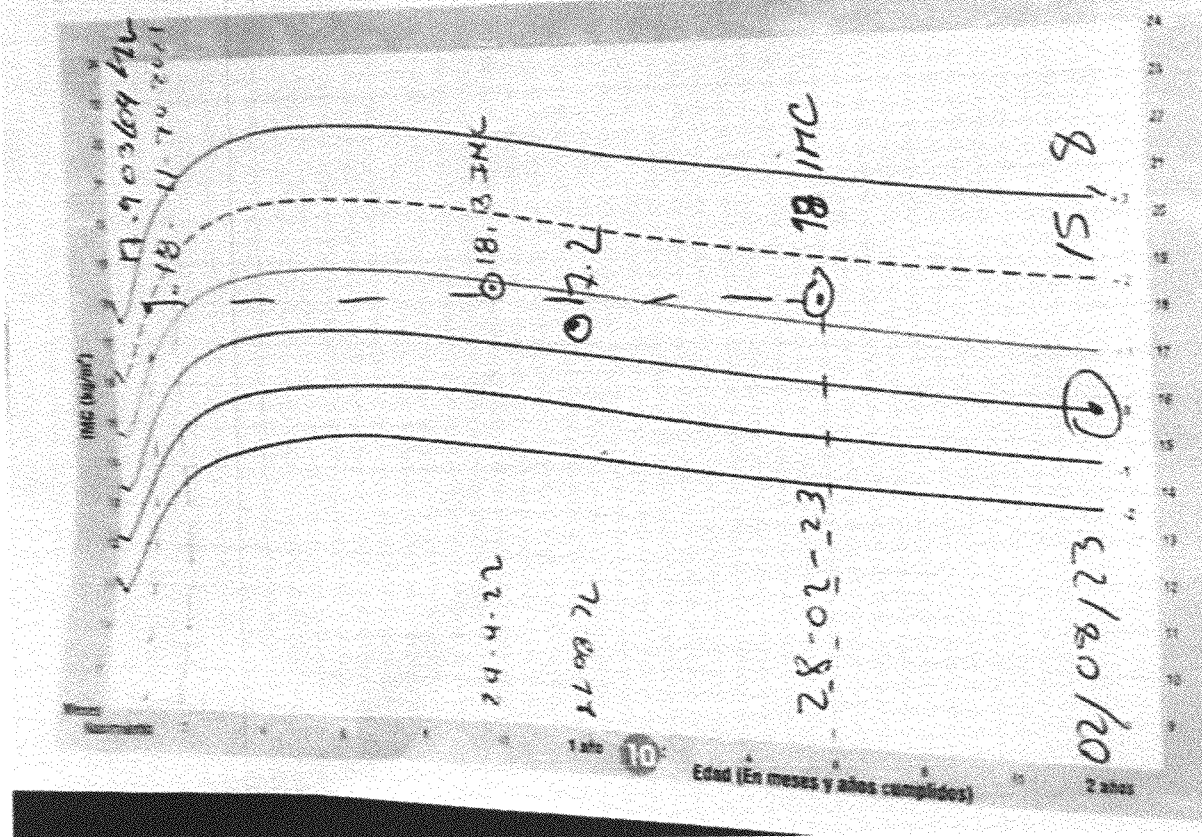
Peso para la Talla Niños

Población 2 (0 a 2 años)



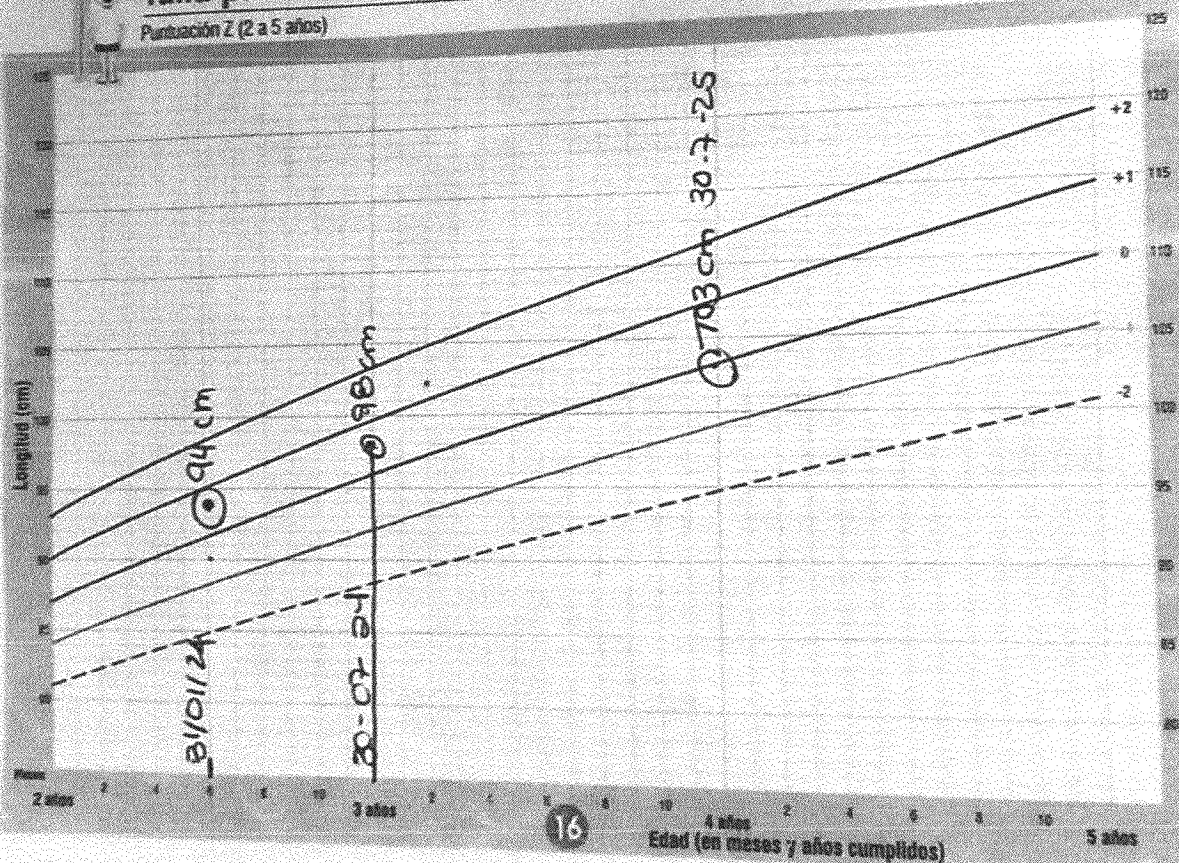
IMC para la Edad Niños

Población 2 (0 a 2 años)



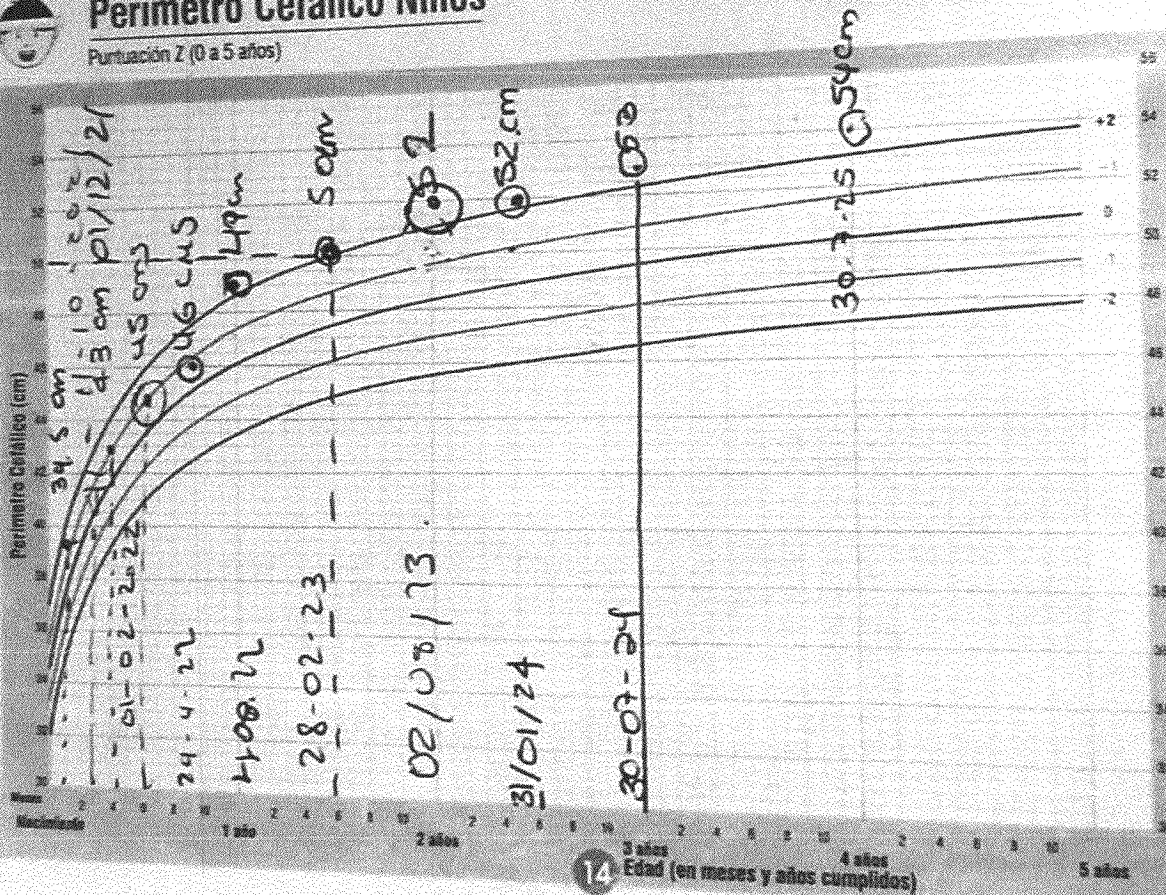
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



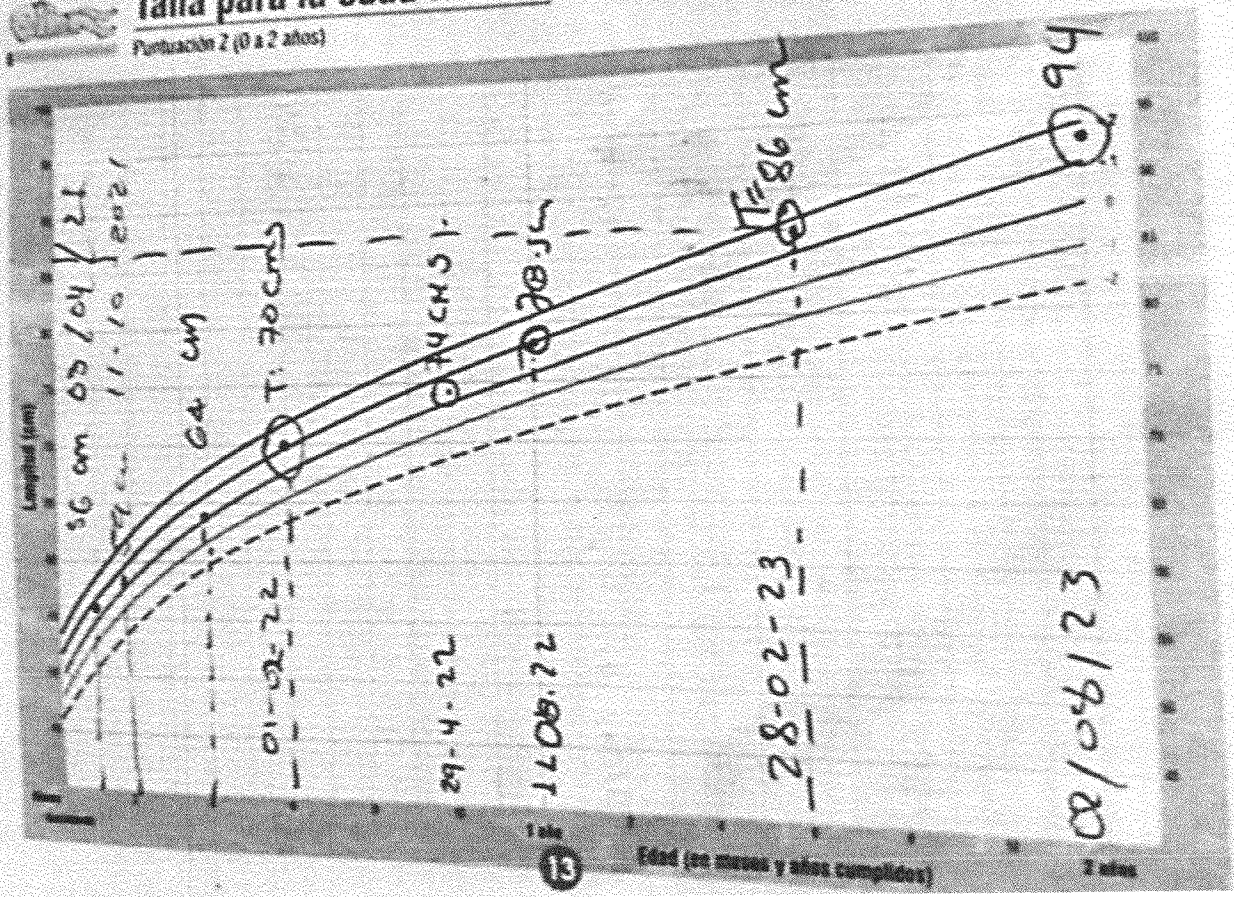
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



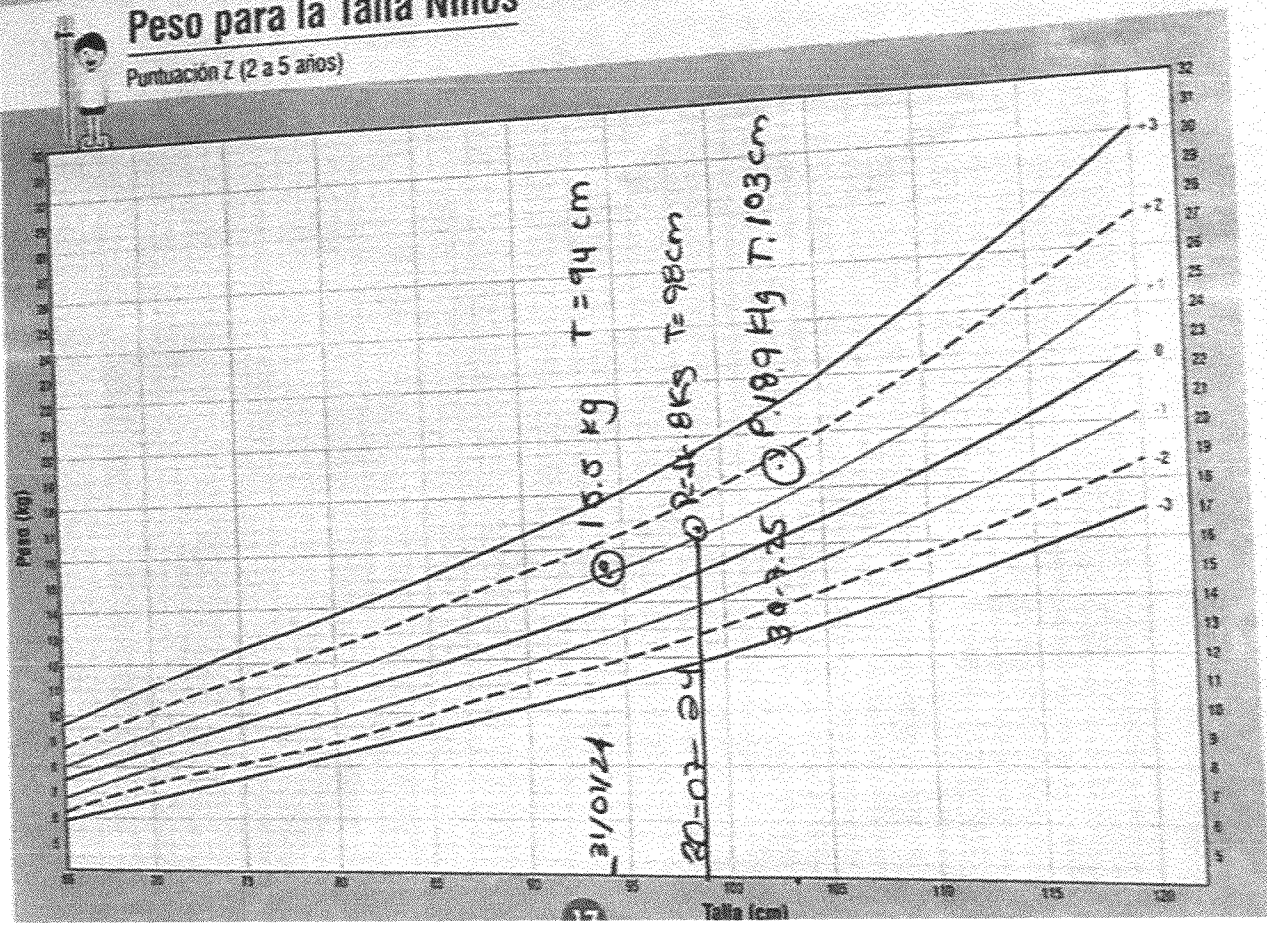
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



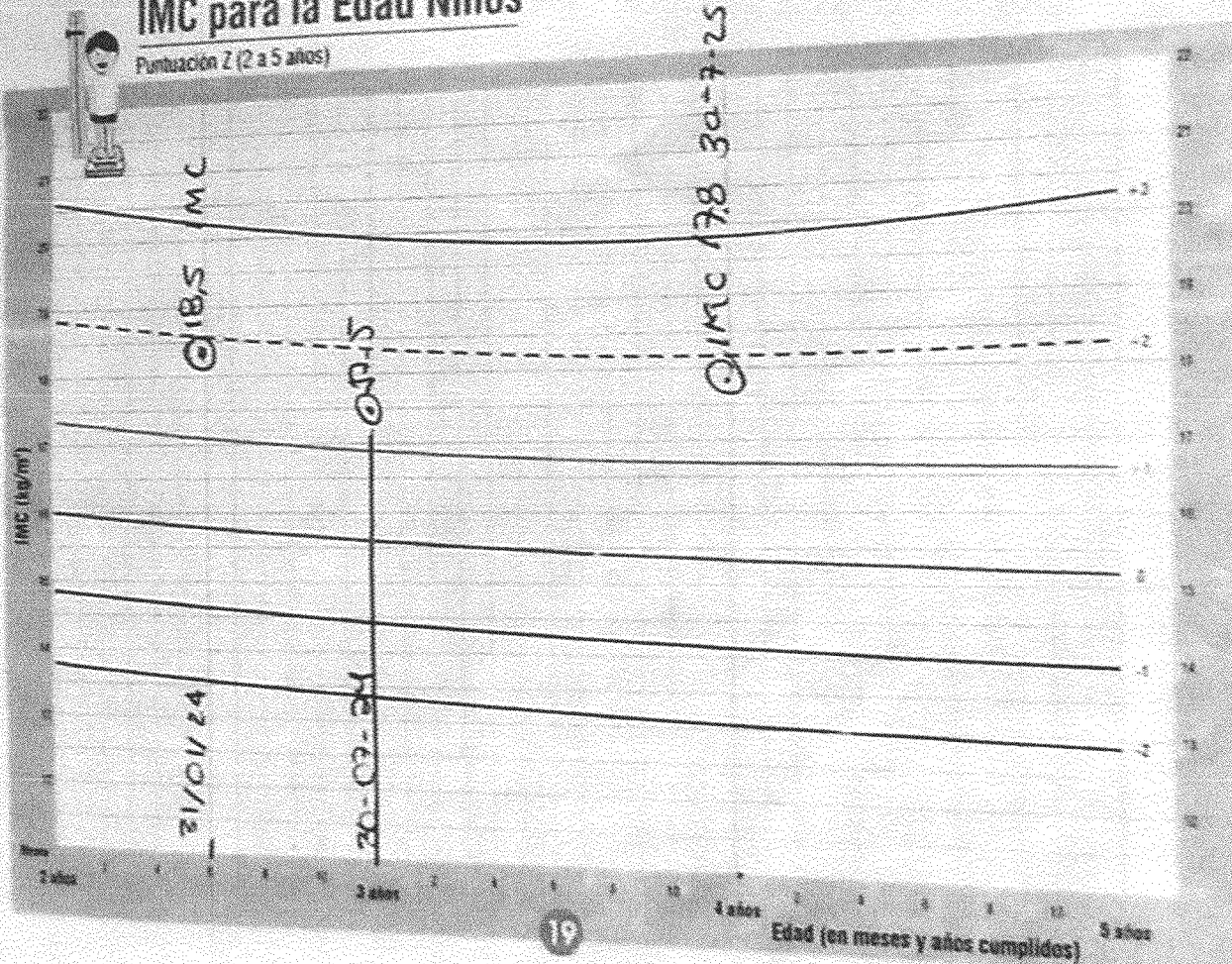
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



DÍA	MES	AÑO	HORA	SI	ASISTIO
04	octubre	2021	Enf	✓	
01	Diciembre	2021	Medico	SI ✓	
07	Feb	2022	Enf	SI	
29	Abril	2022	Enfer	SI -	
29	Julio	2022	Med	SI ✓	
28	Febrero	2023	Enfer	SI papay	
31	Julio	2023	Medico	SI ✓	
29	Enero	2024	Enf.	SI	
29	Julio	2024	Med.	SI ✓	
30	Julio	2025	Enf.	SI ✓ milen	
29	Julio	2026	Medico	City	

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer

Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

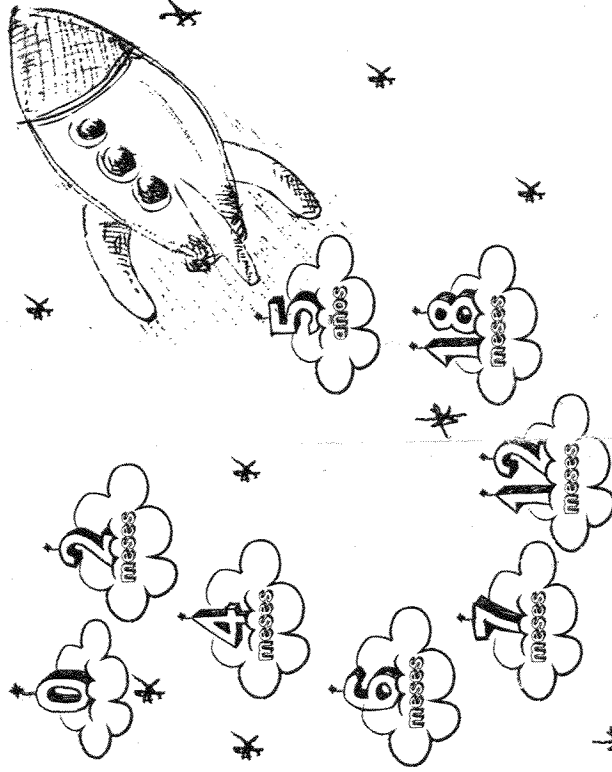
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



Edad _____ Me protege de _____ Dosis _____ Fecha de Aplicación _____ Laboratorio _____ Número de lote _____ IPS vacunadora _____ Fecha próxima cita _____ Nombre del Vacunador _____

Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☐ No	Única Recién nacido	29 JUL 2021	Serum	031401	Wynn	1120 Cárdenas
	Tuberculosis B.C.G.			29 JUL 2021	Serum <th>0320136</th> <th>Wynn</th> <th>1120 Cárdenas</th>	0320136	Wynn	1120 Cárdenas
	Hepatitis B							
	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☐ No						
	Polio (Oral - IM)		1°	3 OCT 2021	Biologics	2019004	PS APILADO	
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tetano (DPT)		1°	3 OCT 2021	serum	2804070	PS APILADO	
	Rotavirus		1°	2 OCT 2021	SSK	AR037046	PS APILADO	
	Neumococo		1°	2 OCT 2021	SSK	ASPM03784	PS APILADO	
	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☐ No						
	Polio (Oral - IM)		2°	25 NOV 2021	Biologics	2019004	PS APILADO	
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tetano (DPT)		2°	25 NOV 2021	serum	4850x53	PS APILADO	
	Rotavirus		2°	25 NOV 2021	SSK	AR06584	PS APILADO	
	Neumococo		2°	25 NOV 2021	SSK	ASPM03784	PS APILADO	
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
6 Meses	Polio (Oral - IM)		3°	9 FEB 2022	Biologics	2019004	PS APILADO	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tetano (DPT)		3°	9 FEB 2022	serum	2050x55B	PS APILADO	
7 Meses	Influenza		1°	15 JUN 22	Ciencia	US022008	PS APILADO	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		2°	18-08-22	Green	US022008	IFCD	
	Fiebre Amarilla		1°	18-08-22	Serum	030N135A	IFCD	
12 Meses	Neumococo		Refuerzo	19-08-22	SSK	ASPM03784	IFCD	
	Influenza		Refuerzo	28-07-23	GC	US022008	IFCD	
	Hepatitis A		UNICA	19-08-22	MSD	0025717	IFCD	
18 Meses	Difteria - Toserfina - Tetano (DPT)		1° Refuerzo	28-02-2023	Serum	28SIX021D	IFCD	
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo	28-02-2023	Biologics	2141014	IFCD	
5 Años	Difteria - Toserfina - Tetano (DPT)		2° Refuerzo					
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	28-02-2023	Serum	01310036	IFCD	
Niñas 9 Años o más	VPH		1°					
	VPH		2°					
	VPH		3°					
	Concelo		04	19-08-22	merck	0016461	IFCD	
Vacunas complementarias y otras dosis	SR		DEF	28-7-23	ESAS	0330001A	IFCD	

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

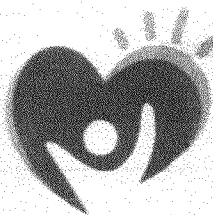
29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

29 JUL 2021

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

**ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA
CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19**

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL



La salud
es de todos

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 25 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ian Matias APELLIDOS Alvarez Delgado
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.030.083.697
FECHA DE NACIMIENTO DÍA 29 MES: 07 AÑO: 21 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tósterina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS-CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar <u>Ninguna.</u> Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ☐ o dosis única ☐
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Mardelíz Delgado Galíndez,

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Mardelíz Apellidos Delgado Galíndez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.085.687.064

Firma: Mardelíz Delgado Galíndez

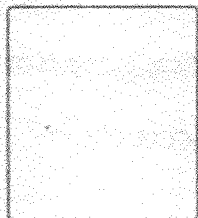
En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____



Firma del Rogado

Huella dactilar o
plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 112644669

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

H#UD

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

Putumayo

MUNICIPIO:

San Miguel.

Nota: Cuando se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

1A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.085.687.064

NUMERO

DELGADO GALINDEZ

APELLIDOS

MARDELIZ

NOMBRES

Mardeliz Delgado

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1987
TAMINANGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

B+

G.S. RH

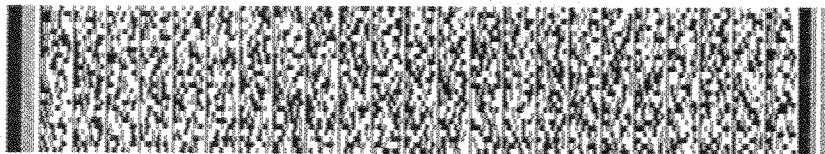
F

SEXO

06-DIC-2005 TAMINANGO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almaseatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMASEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2313300-53145862-F-1085687064-20060215

0118806041A 02 194645091

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **18.182.609**

ALVAREZ LOPEZ
APELLIDOS

JHON JAIRO
NOMBRES



JHON ALVAREZ
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1985**

MOCOA
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

05-MAY-2003 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Albastriz
REGISTRADORA NACIONAL
ALBASTRIZ RENGIFO LOPEZ



P-6401800-70119314-M-0018182609-20030915

0636103256A 02 132250580



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza



ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Mardeliz Delgado Identificado con C.C N° 1085.687.064, en calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña: Ian Matias Alvarez o Gestante () Lactante (), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Los hemos amiguitos, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
 - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
 - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
 - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
 - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 16 Días del mes de abril del Año 2025.

Mardeliz Delgado
Madre o Acudiente
C.C. 1085.687.064

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Mardeliz Delgado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1088687064, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	
-------	--	-------	---	----------	--

De la niña, niño o adolescente, San Matias Alvariz Delgado, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI CE, número 1030683697, manifiesto que:

Sí	X	No	
----	---	----	--

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia. Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciera el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Suscriben:

Firma: Mardeliz Delgado
 Nombre: Mardeliz Delgado
 Calidad - Titular: Representante legal X
 Teléfono de contacto: 30780 3979
 Fecha: 16-04-2025
 Municipio: San Miguel

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"



PROCESO
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

F2.P2.CE

11/07/2024

Versión 5

Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad San Matias Alvarez Delgado, identificado (a) con documento de identidad número 1030.083.697 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Mardelyz Delgado Calindrer, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1085.687.064, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación inicial campesina.

Suscriben:

Firma: Mardelyz Delgado
Nombre: Mardelyz Delgado
Calidad - Titular: Representante legal: X
Teléfono de contacto: 310780 3999
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel

¡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.



RÉGISTRO DE NOVEDADES
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes

NOMBRE UCA: Mis amigos amiguitos!

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jan Hattie's Abares

IDENTIFICACIO: 1030083697 FECHA DE NACIMIENTO: 29-07-2021

[illegible]



NOMBRE UCA:

FECHA DE NASCIMENTO:

[illegible]

de cero
a Siempre21
P/N

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño

Ian Matias Alvarez Delgado

Fecha de nacimiento

29-07-2021

N° Documento de Identidad

4.020.083.697.

Sexo

Masculino



Femenino



Fecha de 1er día de atención en el año

16-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Suzan Cifuentes Castro.

Fecha de registro cualitativo

17-07-2025

Rango de edad

0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☐ 1 año y 1 día a 2 años

2 años y 1 día a 3 años

☐ 3 años y 1 día a 4 años☒ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días

Color de registro

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa



Alerta



Esperado



Avanzado



Observaciones generales

Ian Matias se encuentra en el perfil esperado, sus acciones son acorde al rango de edad.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Suzan Cifuentes Castro

Fecha de registro cualitativo

20-10-2025

Rango de edad

0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☐ 1 año y 1 día a 2 años

2 años y 1 día a 3 años

☐ 3 años y 1 día a 4 años☒ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días

Color de registro

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa



Alerta



Esperado



Avanzado



Observaciones generales

Ian Matias manipula con mayor seguridad objetos como lápiz, colores, tijeras mostrando mayor interés. Es más autónomo y seguro, disfruta de los juegos grupales.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

Día

Mes

Año

Rango de edad

0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☐ 1 año y 1 día a 2 años

2 años y 1 día a 3 años

☐ 3 años y 1 día a 4 años☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días

Color de registro

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa



Alerta



Esperado



Avanzado



Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

Valoración Cualitativa ➡		Relación con los demás												Relación consigo mismo/o												Relación con el mundo																																							
		Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima						Manejo corporal						Conocimiento de los objetos						Relaciones de causalidad						Representación de la Realidad Social																		
		Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social			1a			2a			3a			1a			2a			3a			1a			2a			3a			1a			2a			3a			1a			2a			3a
1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a												
0 a 6 meses		1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	24	24	24	25	25	25	29	29	29	31	31	31	33	33	33	37	37	37	39	39	39																
		2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38																
		3	3	3																																																													
6 meses y 1 día a 12 meses		1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38																
		2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	13	13	13	17	17	17	21	21	21	24	24	24	25	25	25	26	26	26	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38	39	39	39																
		3	3	3																																																													
1 año y 1 día a 2 años		1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	24	24	24	25	25	25	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38																
		2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	13	13	13	17	17	17	21	21	21	24	24	24	25	25	25	26	26	26	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38	39	39	39																
		3	3	3																																																													
2 años y 1 día a 3 años		1	1	1	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	21	21	21	24	24	24	25	25	25	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38																
		2	2	2	5	5	5	8	8	8	11	11	11	14	14	14	18	18	18	22	22	22	25	25	25	26	26	26	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38	39	39	39																			
		3	3	3																																																													
3 años y 1 día a 4 años		1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	28	28	28	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38	39	39	39																			
		2	2	2	7	7	7	10	10	10	13	13	13	16	16	16	20	20	20	24	24	24	27	27	27	29	29	29	31	31	31	33	33	33	36	36	36	38	38	38	39	39	39																						
		3	3	3																																																													
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días		1	1	1	3	3	3	5	5	5	8	8	8	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	21	21	21	23	23	23	26	26	26	29	29	29	31	31	31	33	33	33	36	36	36																
		2	2	2																																																													
		3	3	3																																																													

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales