



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza

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.
18	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,

321 48 93 186

321 77 48 798

almadevida@outlook.com



FUNDACION ALMA DE VIDA
GESTION DOCUMENTAL
INSCRIPCION Y MATRICULA

Código: FO-GG-012

Versión: 001

Fecha: 25/03/2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 26-03-2025

UDS: Mis + tengo Amiguitos 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Yuliett Antonella Maya Villareal



TIENE REGISTRO CIVIL: SI ☒ NO ☐ NUIP No. 1122344404

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 29/02/2024 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Puerto Asís

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda 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: EMSSANAR SAS 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: A2 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: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: N/A

CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuli Ayde Villareal Diaz

No. IDENTIFICACION: 607728229 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3122016720 E.P.S: Emmsanar SAS

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yuli Ayde Villareal Diaz

NUMERO IDENTIFICACION: 607728229 CELULAR: 3122016720

DIRECCION: V/San Francisco PARENTESCO: Madre

Yuli Villareal
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea C
FIRMA AGENTE EDUCATIVO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63700406

NUIP

1.122.344.404

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL (LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

MAYA

VILLARREAL

Nombre(s)

YULIETH ANTONELLA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2024

Mes

FEB

Día

29

FEMENINO

O

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

24024410880631

Datos de la madre a padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

VILLARREAL DIAZ YULI AYDE

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.007.728.229

COLOMBIA

Datos de la madre a padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

MAYA BENAVIDES WILFRET OSBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.126.450.220

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL DIAZ YULI AYDE

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.007.728.229

Yuli Villarreal

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

2024

Mes

MAR

Día

12

ROY EDISON CALLE GUERRA - REGISTR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Wilfret Maya

Firma

[Firma]

Nombre y firma

12.MAR.2024 - LIBRO DE VARIAS

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia
Registro Civil

36308366-5



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOCOPIADA ES POR COPIA DE
LA ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS
LIBROS DE REGISTRO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Registro válido

Fecha de consulta:

12/09/2025

Ficha:

86757674952700002970

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YULIETH ANTONELLA

Apellidos: MAYA VILLARREAL

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344404

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/05/2024

Última actualización ciudadano:

03/05/2024

Última actualización via registros administrativos:

08/05/2024

*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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX



**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	1122344404
NOMBRES	YULIETH ANTONELLA
APELLIDOS	MAYA VILLARREAL
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/12/2025 09:45:33	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

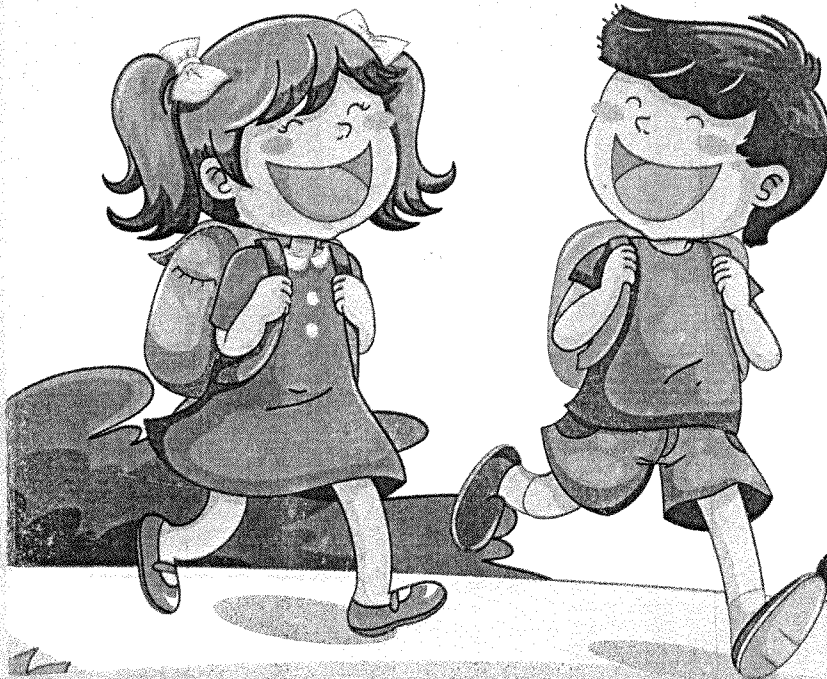
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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 Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres:

YUIETH ANTONCILLA

Apellidos:

MAYA USHARZEA I

Fecha de nacimiento

29
DÍA

02
MES

2024
AÑO

Historia Clínica:

1122344404

Barrio/Vereda:

VI DIO PEÑA

Responsable del niño:

YUIETH V.

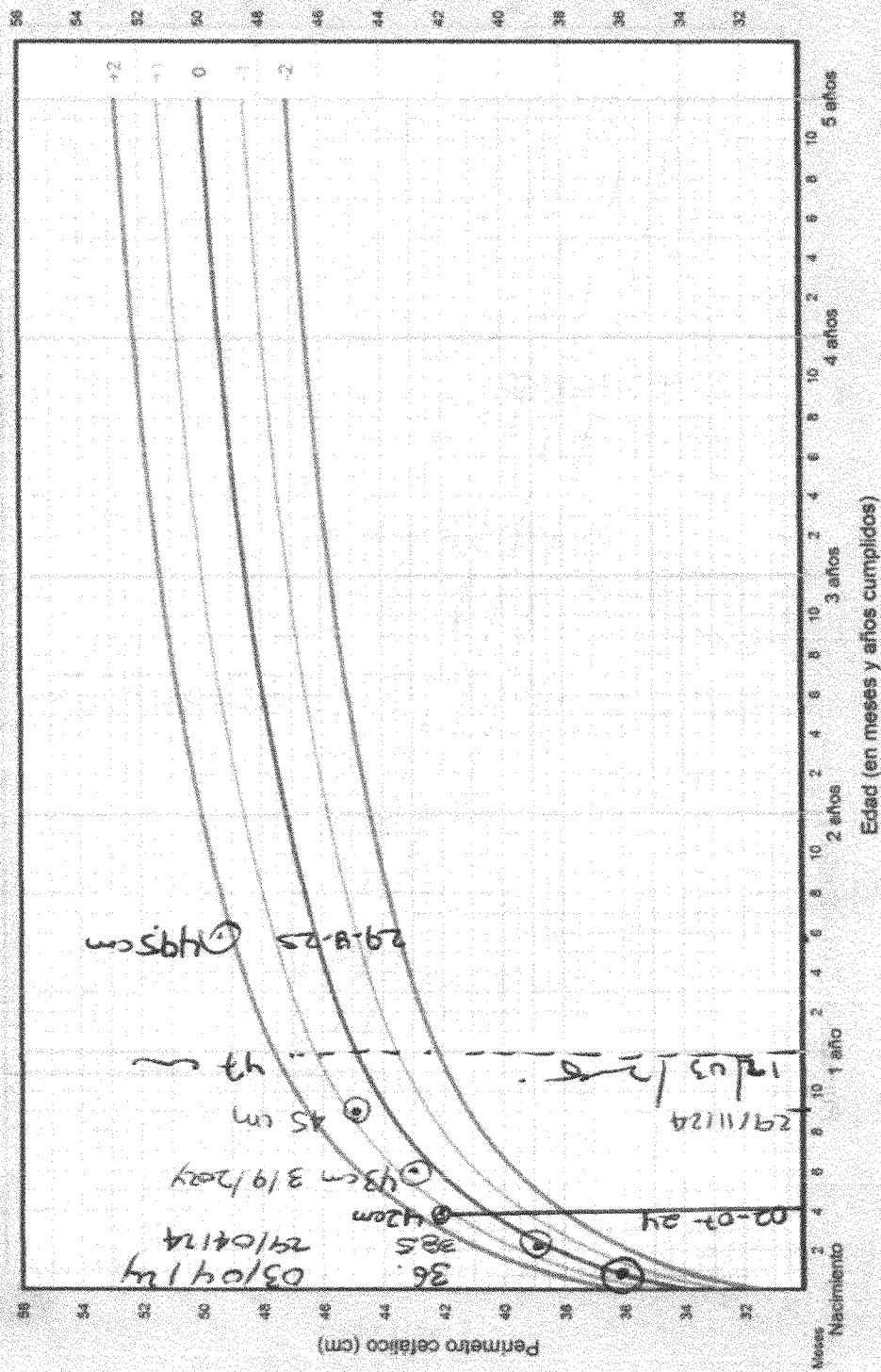
Teléfono:

EPS:

118

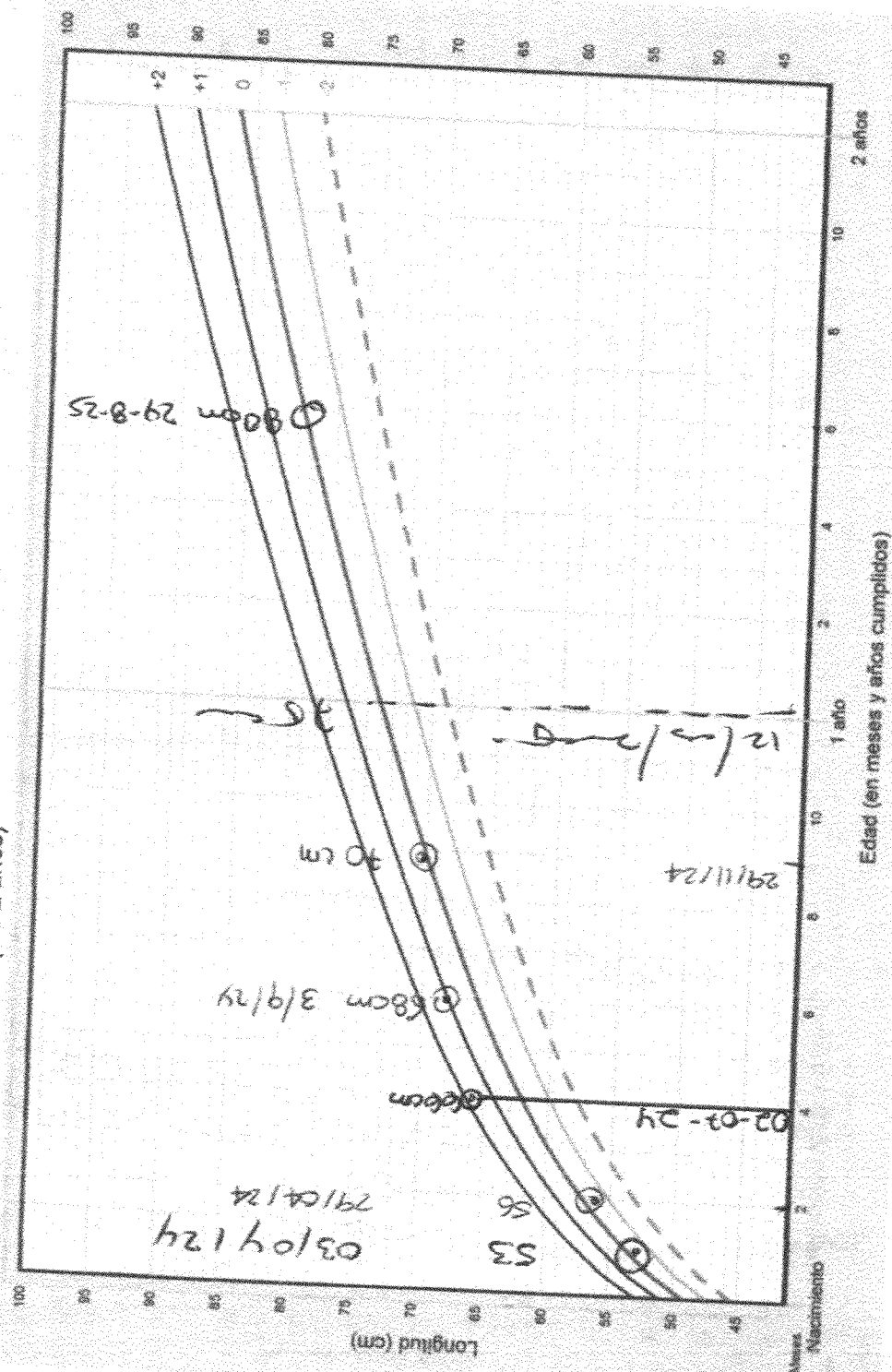
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

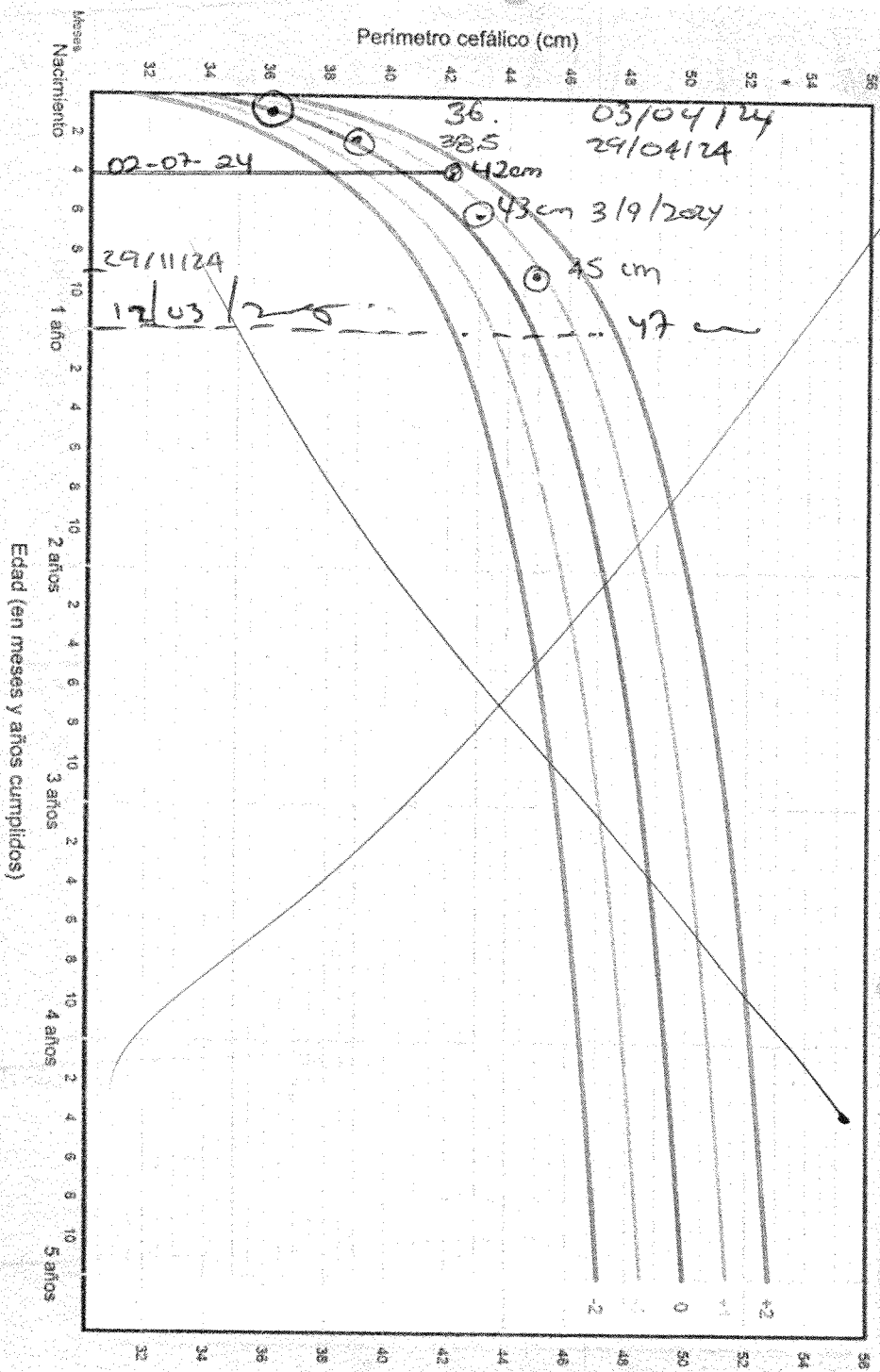
Puntuación Z (0 a 2 años)





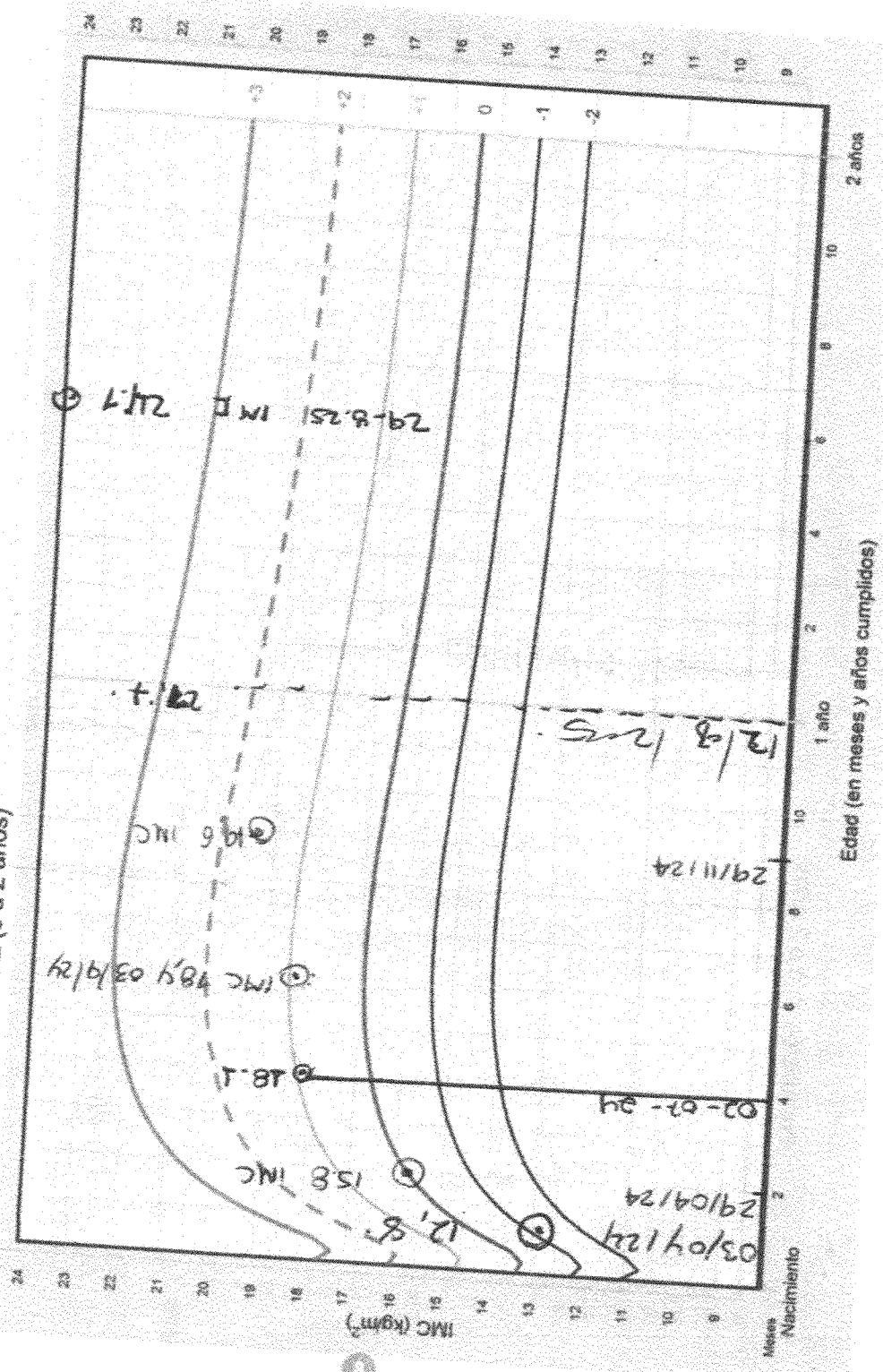
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



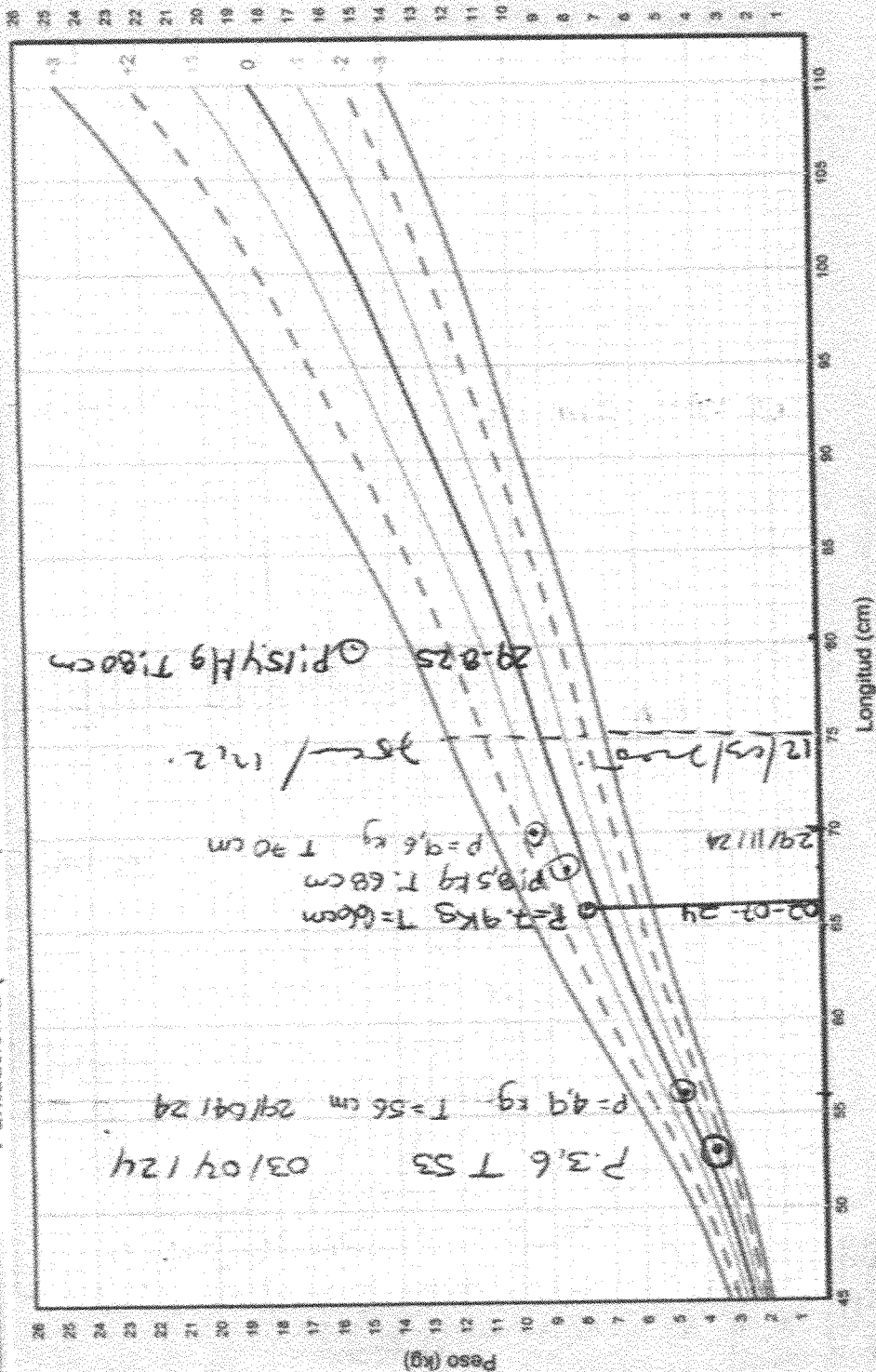
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



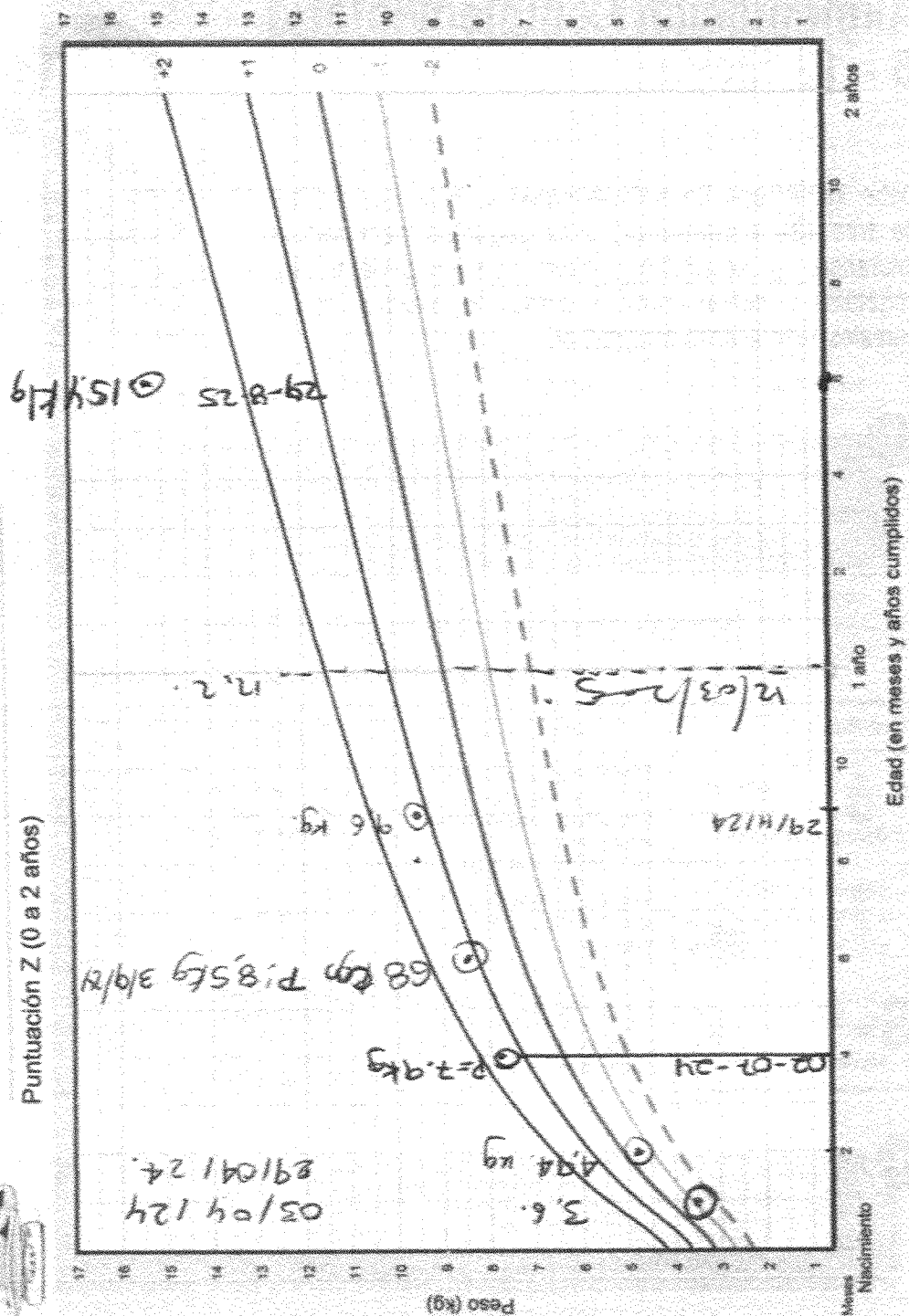
Peso para la Tala Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



[illegible]

2

Medico General
TEL. 67827105

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomieltitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Difteria, Toserfina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

Las vacunas, aliados de tu salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES				
1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega	4.ª entrega	5.ª entrega

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL				
3 años	4 años	5 años		

*Menor o igual a 20 normal

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO				
TSH neonatal	Auditivo OEA/PEAA	Cardiopatía Congénita Compleja	Visual	ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA
Normal	Normal	Normal	Normal	
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	

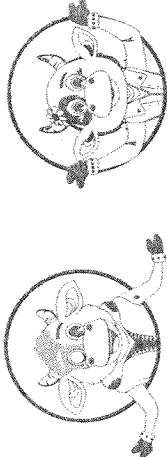
VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES					
1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL					
A partir de 6m	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años

Edad	Fecha	Valoración Nutricional	Atención en salud por	Puntuación Z	Atención en salud por
Al mes	Día	Mes	Año	Peso	Talla
2 a 3 meses					
4 a 5 meses					
6 a 8 meses					
9 a 11 meses					
12 a 17 meses					
18 a 23 meses					
24 a 29 meses					
3 años					
4 años					
5 años					

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos YULIETH ARAQUE

MAA VILLAREAL

Y

1.122.344-404

Tipo de Documento No. de Documento

Fecha de Nacimiento 29 02 2024

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2850 Talla: 48

Dirección: VÍOS DECA

Teléfono 1: 3122016726

Teléfono 2:

Responsable: Yuli Ayde Villareal

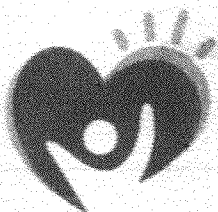
Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Cc: 1007.328.229 #MS

Nombres y Apellidos:

Me protege de			Fecha de aplicación			Tipo de identificación			Nº ID:		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio			Nombres y apellidos del vacunador		
			Dosis			Laboratorio</					



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

Unicaud

CIUDAD La Dorada

FECHA: DÍA 021 MES 04 AÑO 25 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yulieth Antonella APELLIDOS Maya Villameal
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.314.404
FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 02 AÑO: 24 / EDAD: 1 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 tosferina, 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

¿COMO SE APLICA?	Administración via 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 ☐ ó 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: Yuli Villarreal

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

Nombres Yuli Aide Apellidos Villameal Diaz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.007.728.229.

Firma: Yuli Villarreal

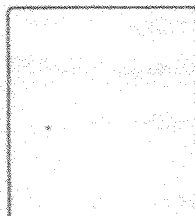
En caso de requerirse firma a ruego:

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 Yulieith Cabezas Meneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

HFD

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.728.229

VILLARREAL DIAZ

APELLIDOS

YULI AYDE

NOMBRES

Yuli Ayde Villarreal Diaz

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1999

SAN MIGUEL (LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

F

ESTATURA

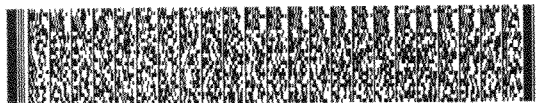
G.S. RH

SEXO

12-OCT-2017 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-6402800-00952582-F-1007728229-20171107

0058403687A 1

49222986

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servicios con amor



Nombres y apellidos: Yulbeth Antonella Mayora

Doc. de identidad: 11 22344409 EPS: 118

Teléfono: 3122016720 Domicilio: V/Diosperon

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) 0 AÑOS (A)											
		3 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-11 M	12-17 M	18-23 M	24-35 M	3-6 A	7-9 A	10-12 A	13-15 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN												
	Control del recién nacido por médico												
	Atención en salud por medicina general												
	Atención en salud por enfermería												
	Atención en salud bucal por odontología												
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLÓGICA												
	Aplicación de barniz de fluor												
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana												
	Aplicación de sellantes (según criterio)												
V	Vacunación												

29-09-24
24-03-25
Stephanie Ortega
ODONTOLÓGA
Reg. 52-570
02-04-2025
02-10-2025
10/10/2025
10/04/2026

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29.178.969

LILIANA MARIBEL CORDOBA
RES. 8600483-2011
RES. 8600483-2011

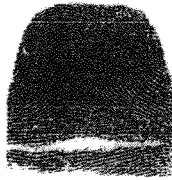
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.425.090

DIAZ YELA

APELLIDOS
ILDA ROVIRA

NOMBRES
Hilda Rovira Diaz



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1970

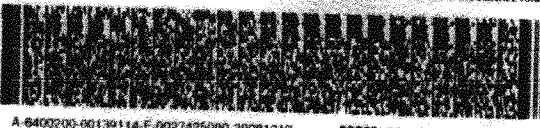
SAMANIEGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

02-OCT-1988 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



A-6400200-00139114-F-0027425090-20081218 0008335512A 1 25620158

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SANCHEZ TORRES

MUNICIPIO
VALLE DEL GUANIEZ
SECRETARIA DE SALUD
RECIBIDO

Distribucion
Emssana
traslada



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza



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

Yo Yuli Aide Villareal Diaz Identificado con C.C N° 1.007.728.229 en calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña: Yulieth Antonella Maya V. o Gestante (☐) Lactante (☐), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis ternos amiguitos 1, 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.

Yuli Villareal

Madre o Acudiente

C.C 1007728229

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

Yo, Yuli Ayde Villareal Diaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.009.728.229, obrando en calidad de:

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

De la niña, niño o adolescente, Yulieth Antonella Maya Villareal, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI CE, número 1.122.344.404, manifiesto que:

Si	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: Yuli Villareal
Nombre: Yuli Ayde Villareal Diaz
Calidad - Titular: Representante legal: X.
Teléfono de contacto: 32 201 6720
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 Vuleth Antonella Maya Villarreal, identificado (a) con documento de identidad número 122.344.404, 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, Vuli Ayde Villarreal Diaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007228229, 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: Vuli Villarreal
Nombre: Vuli Ayde Villarreal Diaz
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 313428725
Fecha: 16-07-2025
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.

210
210



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



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cibentes Castro NOMBRE UCA: Mis hemos amiguitos 1
NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Yulieth Antonella Maya IDENTIFICACION: 112 344 404 FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD	HORA		TIPO DE NOVEDAD		FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
		SI	NO	AM	PM					
05-08 2025	X					Yuli Villanreal	Suzan Cibentes			La semana siguiente según estado de salud de la niña, la madre se compromete a cumplir con la asistencia a vacunación.
19-08 2025	X					Yuli Villanreal	Suzan Cibentes		Se le pide a la madre seguir con el cuidado de la menor y llevarla a este mejor.	La madre se compromete a seguir cuidando a la menor y llevarla a la vacuna.

402
112

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



NOMBRE DE LA MAESTRA (O):

NOMBRE UCA:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACAO:
FECHA DE NASCIMENTO:

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS	
	SI	NO	AM	PM							
2008-05					Se le pregunta a la madre si ya le colocaron la vacuna que tenia pendiente. La madre afirma que asistió al control y cuando pasó para que le aplicaran la vacuna no se le aplicaron por que la mamá todavía tenía síntomas de gripa. Se dijo que la enfermera. La menor tiene que estar sin ningunas sistema de gripa. para poder inyectarla.		Susan Abentes	Se le recomienda a la madre que espere una semana a la menor, y que le pida al medico exámenes, vitamínicos o algún medicamento si le da la salud como se le pide a la madre.	Se le pide a la madre que espere una semana a la menor, y que le pida al medico exámenes, vitamínicos o algún medicamento si le da la salud como se le pide a la madre.	Se le pide a la madre que espere una semana a la menor, y que le pida al medico exámenes, vitamínicos o algún medicamento si le da la salud como se le pide a la madre.	Se le pide a la madre que espere una semana a la menor, y que le pida al medico exámenes, vitamínicos o algún medicamento si le da la salud como se le pide a la madre.

de cero
a Siempre25
p/v

Ciudad La Dorada, San Miguel
Nombre completo de la niña o niño Yulieth Antonella Maya Villareal
Fecha de nacimiento 29 - 02 - 2024 N° Documento de Identidad 1.122.344.404
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 valoración cualitativa ☒ Perfil de desarrollo ☐ Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Según el primer análisis de su valoración Yulieth se encuentra en el perfil esperado, las acciones que realiza son acordes a su 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 valoración cualitativa ☒ Perfil de desarrollo ☐ Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Yulieth Antonela se observa más activa y coniosa. Ha fortalecido su motricidad gruesa desplazándose con más seguridad. Emite nuevas palabras y expresa mejor sus necesidades.

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 valoración cualitativa ☐ Perfil de desarrollo ☐ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

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

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									
Valoración Cualitativa ⇄																																															
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	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20									
2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9	11	11	11	12	12	12	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21									
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	12	12	12	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21									
2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	13	13	13	14	14	14	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23									
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	12	12	12	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21									
2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	13	13	13	14	14	14	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23									
3	3	3																																													
2 años y 1 día a 3 años																																															
1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	11	11	11	12	12	12	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21									
2	2	2	5	5	5	7	7	7	10	10	10	13	13	13	14	14	14	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23									
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	15	15	15	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23									
2	2	2	7	7	7	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25									
3	3	3																																													
4	4	4	8	8	8	11	11	11	14	14	14	16	16	16	17	17	17	19	19	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25									
5	5	5																																													
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días																																															
1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14	15	15	15	16	16	16	17	17	17									
2	2	2																																													

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales