



Fundación
Alma de Vida
Iniciativa de desarrollo humano

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,

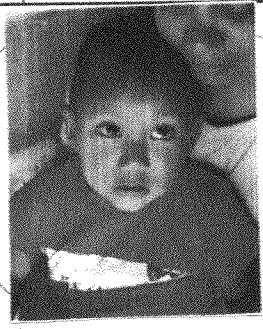
321 48 93 186

321 77 48 798

almadevida@outlook.com

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ **FECHA INGRESO:** _____
UDS: Mis tiempos amiguitos I **MUNICIPIO:** San Miguel
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Axel Alexander Yela Garcia
TIENE REGISTRO CIVIL: SI ☒ NO ☐ **NUIP No.** 1.122.344.166
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____



FECHA NACIMIENTO: 01-01-2023 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** San Miguel
DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**
DE RESIDENCIA: Vereda San Francisco **ESTRATO:** _____ **¿HA**
ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: ☒
¿CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ☒ NO: ☐ **CUAL:** CDI
EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar **SUBSIDIADO:** ☒ **CONTRIBUTIVO:**
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ☐ NO: ☒ **DIAGNOSTICO:** _____
ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ☐ NO: ☒ **CUAL:** _____
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ☐ NO: ☒ **CUAL:** _____
TIENE SISBEN: SI: ☒ NO: ☐ **PUNTAJE:** _____ **DESPLAZADO:** SI: ☐ NO: ☒ **VICTIMA**
DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ☐ NO: ☒ **RED UNIDOS:** SI: ☐ NO: ☒
PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ☐ NO: ☒ **CUAL:** _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eiver Alexander Yela Torres
No. IDENTIFICACION: 1.004.714.052 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco
CELULAR: _____ **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: oficios varios
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yusmily Alexandra Garcia Martínez
No. IDENTIFICACION: 27.501.567 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco
CELULAR: 321 972.9566 **E.P.S:** _____
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yusmily Alexandra Garcia
NUMERO IDENTIFICACION: 27.501.567 **CELULAR:** 321 972 9566
DIRECCION: Vereda San Francisco **PARENTESCO:** Madre

Yusmily Garcia

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

[Firma]

FIRMA AGENTE EDUCATIVA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63693427

NUIP 1.122.344.166

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

Datos del inscrito

Primer Apellido YELA Segundo Apellido GARCIA

Nombre(s) AXEL ALEXANDER

Fecha de nacimiento Año 2023 Mes ENE Día 01 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 23010010270749

Datos de la 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 GARCIA MARTINEZ YUSMILY ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número) DE 27501567 Nacionalidad VENEZUELA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito) Apellidos y nombres completos YELA TORRES EIVER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.714.052 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombres completos YELA TORRES EIVER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.714.052 Firma Eiver yela

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 Año 2023 Mes ENE Día 20 Nombre y firma del funcionario que autoriza ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGISTR

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento Eiver yela

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

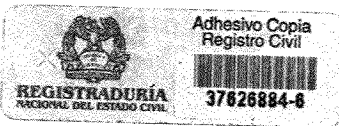
Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

63693427



Adhesivo Copia
Registro Civil
37626884-8



ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 12 de noviembre de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

Registro válido

Fecha de consulta:

12/09/2025

Ficha:

86757674952700006946

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: AXEL ALEXANDER

Apellidos: YELA GARCIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344166

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/10/2023

Última actualización ciudadano:

20/10/2023

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	1122344166
NOMBRES	AXEL ALEXANDER
APELLIDOS	YELA GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/12/2025 11:48:46	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

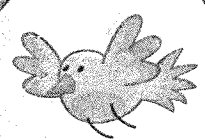
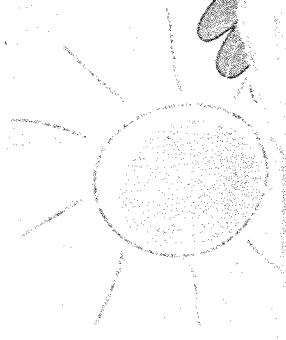
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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:
Axel Alexander

Apellidos:
Yela Garcia

Fecha de nacimiento
01 / 01 / 2013

Historia Clínica:
1122344166

Barrio/Vereda:
U. San Francisco

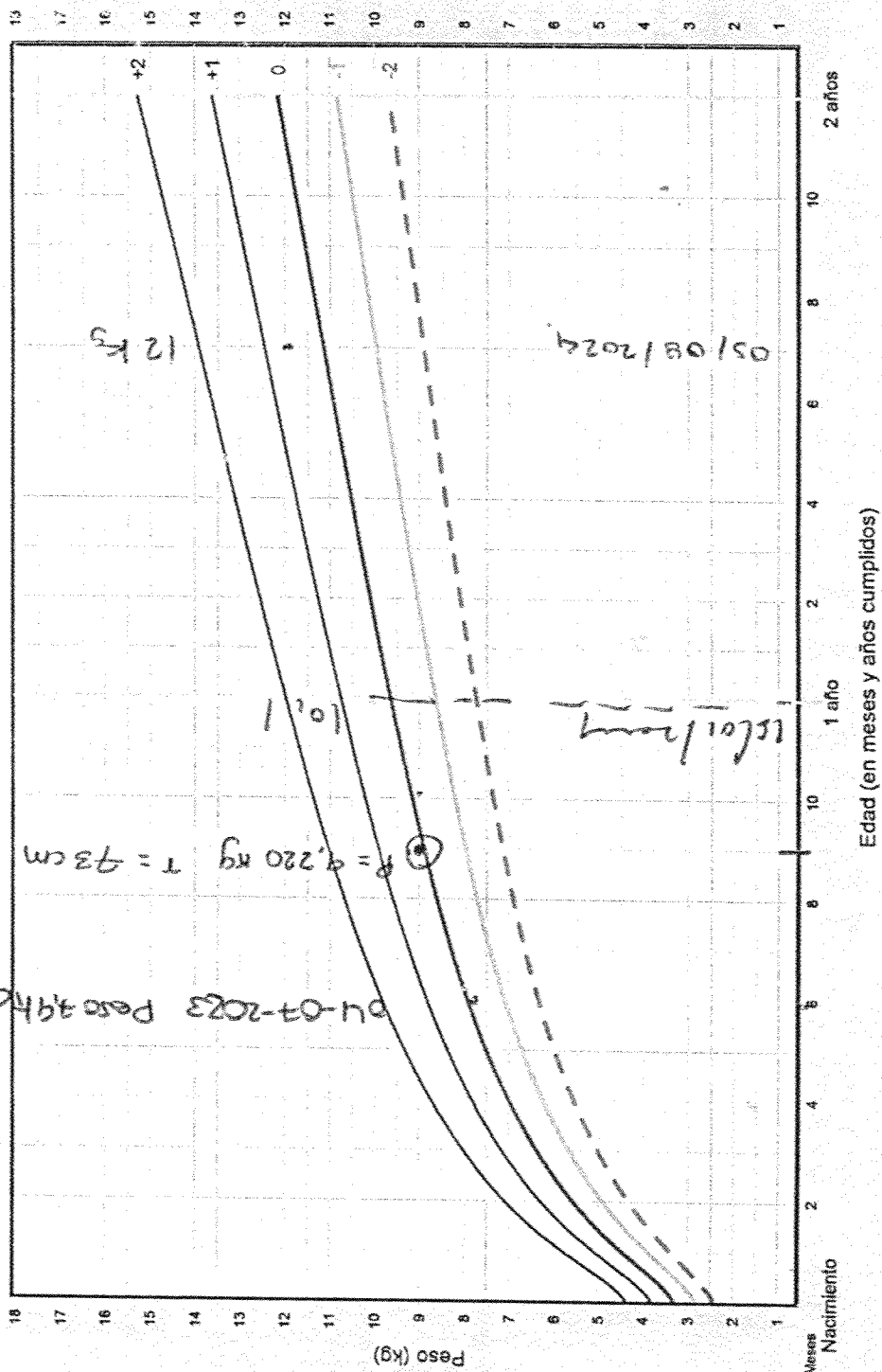
Responsable del niño:
Yosmily Garcia

Teléfono:
32196539

EPS:
AIC

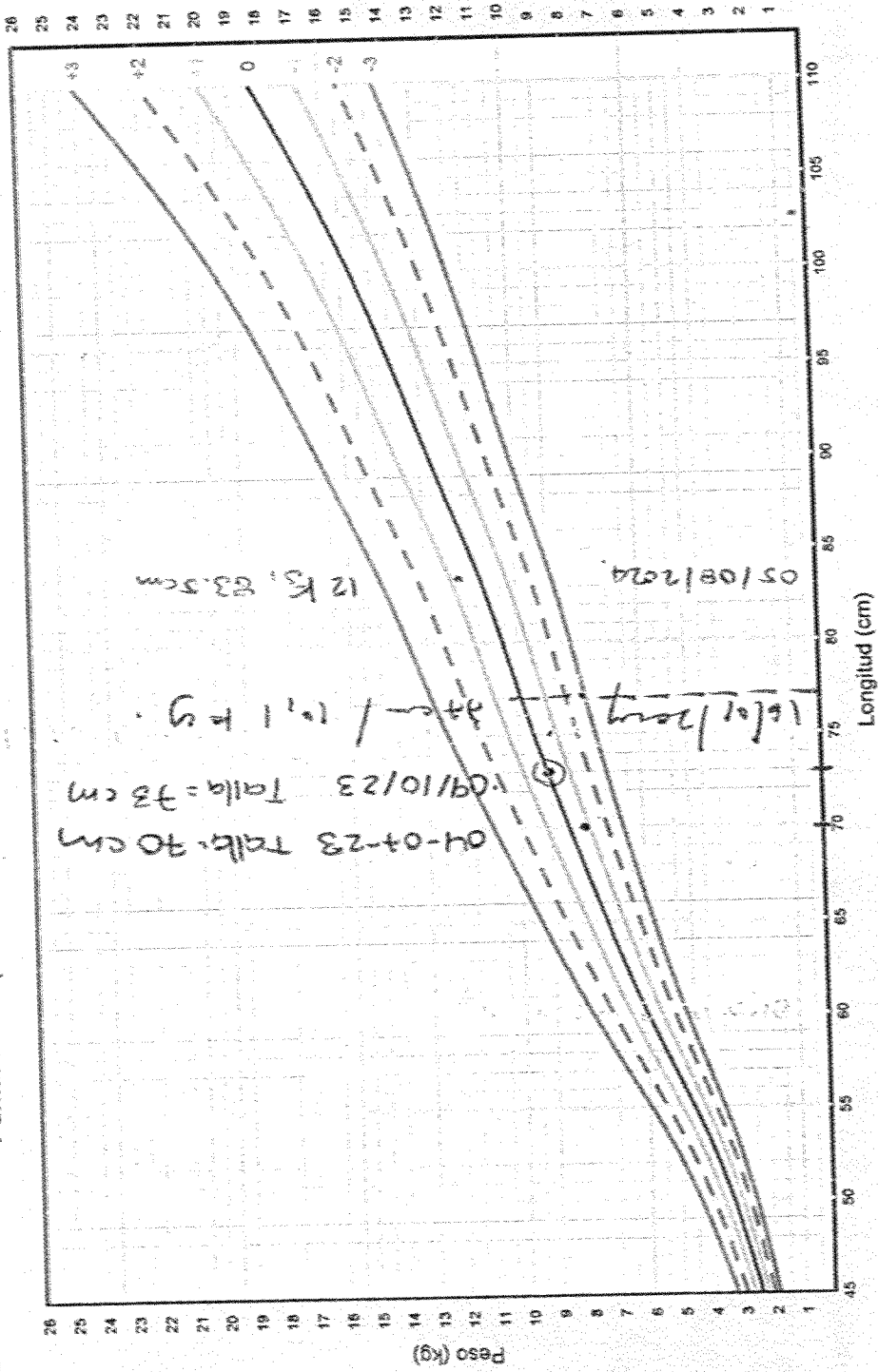
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



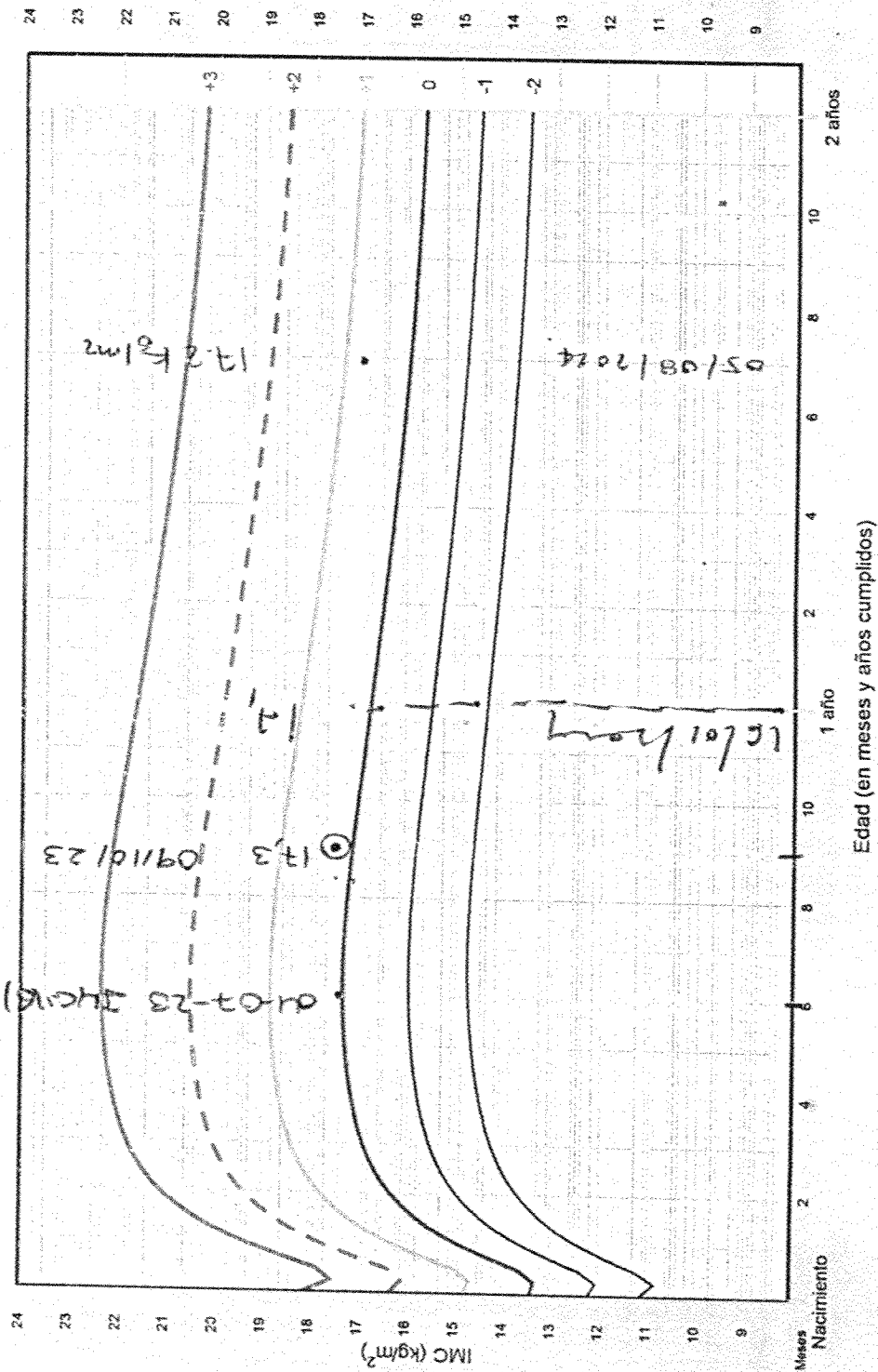
Peso para la Talla Niños

Puntuación-Z (0 a 2 años)



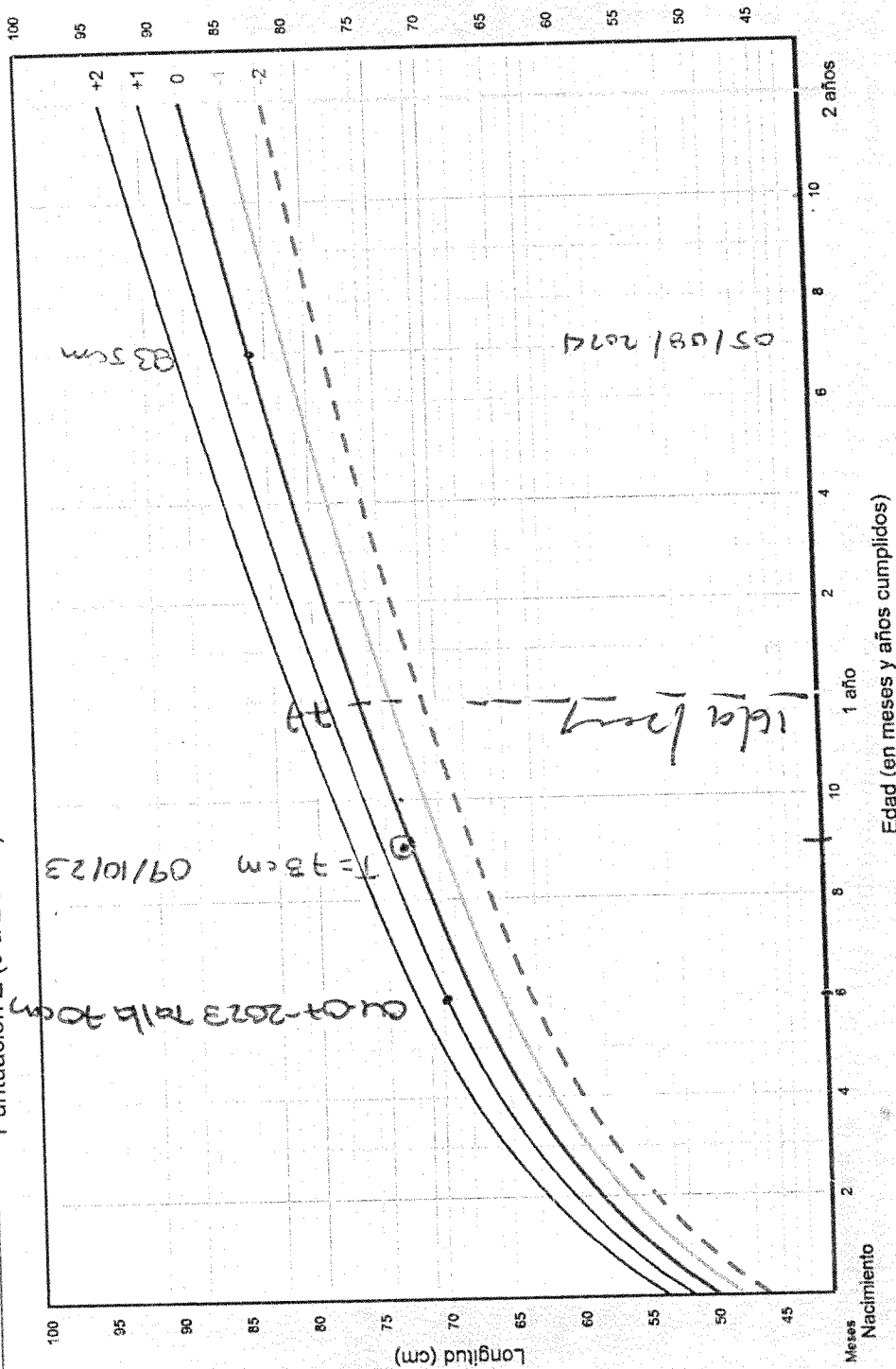
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



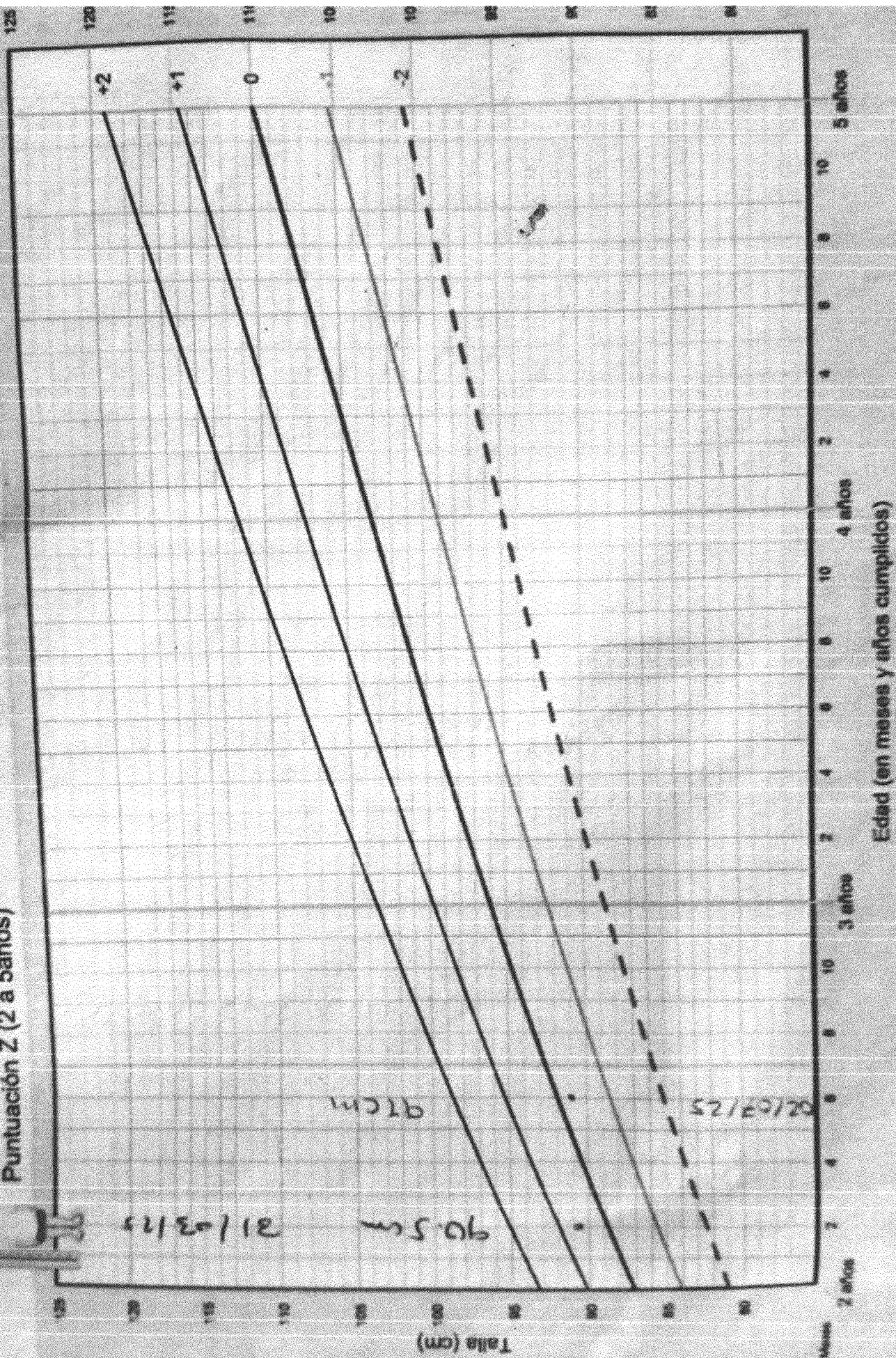
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



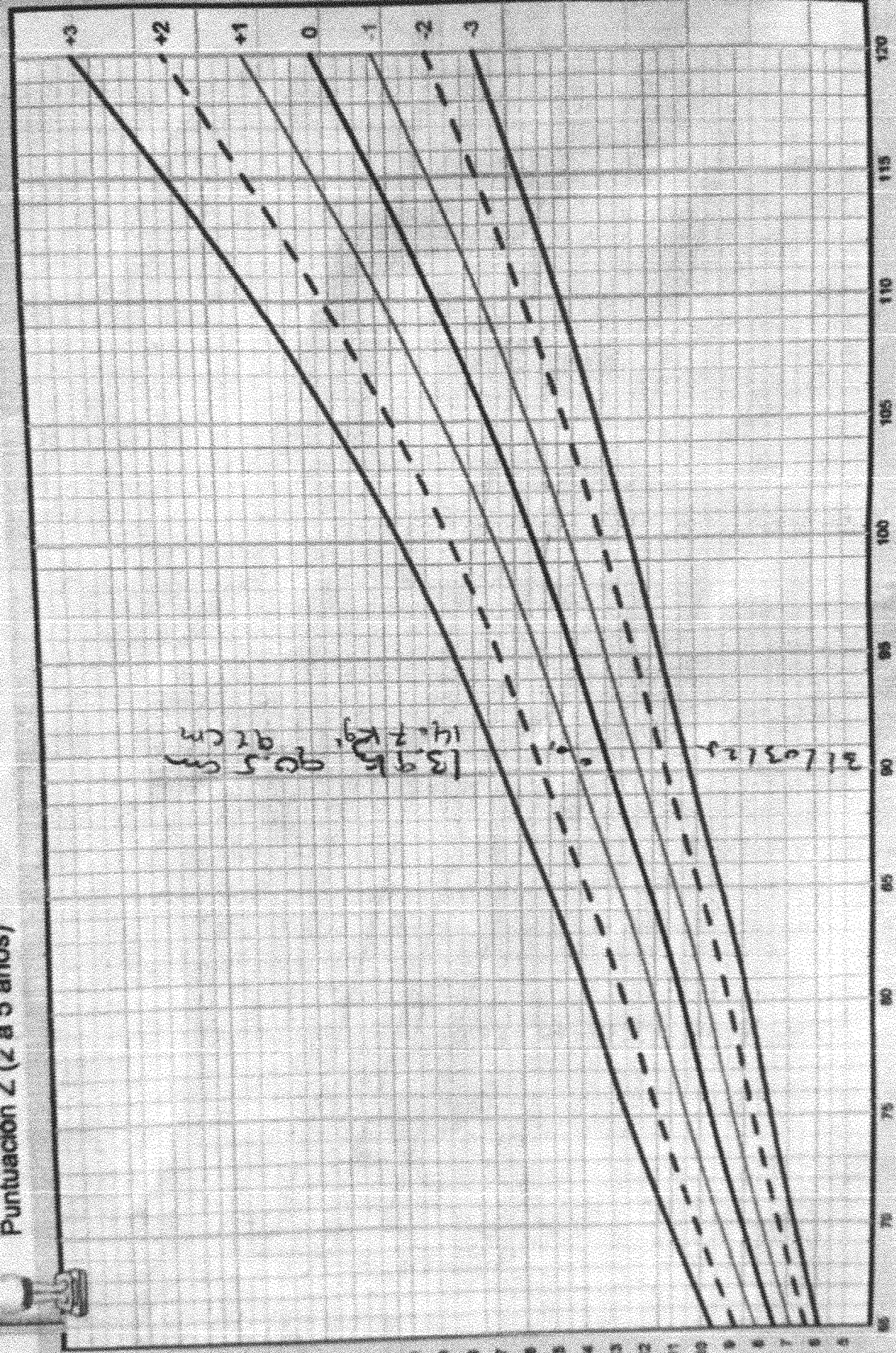
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Puntuación Z (2 a 5 años)

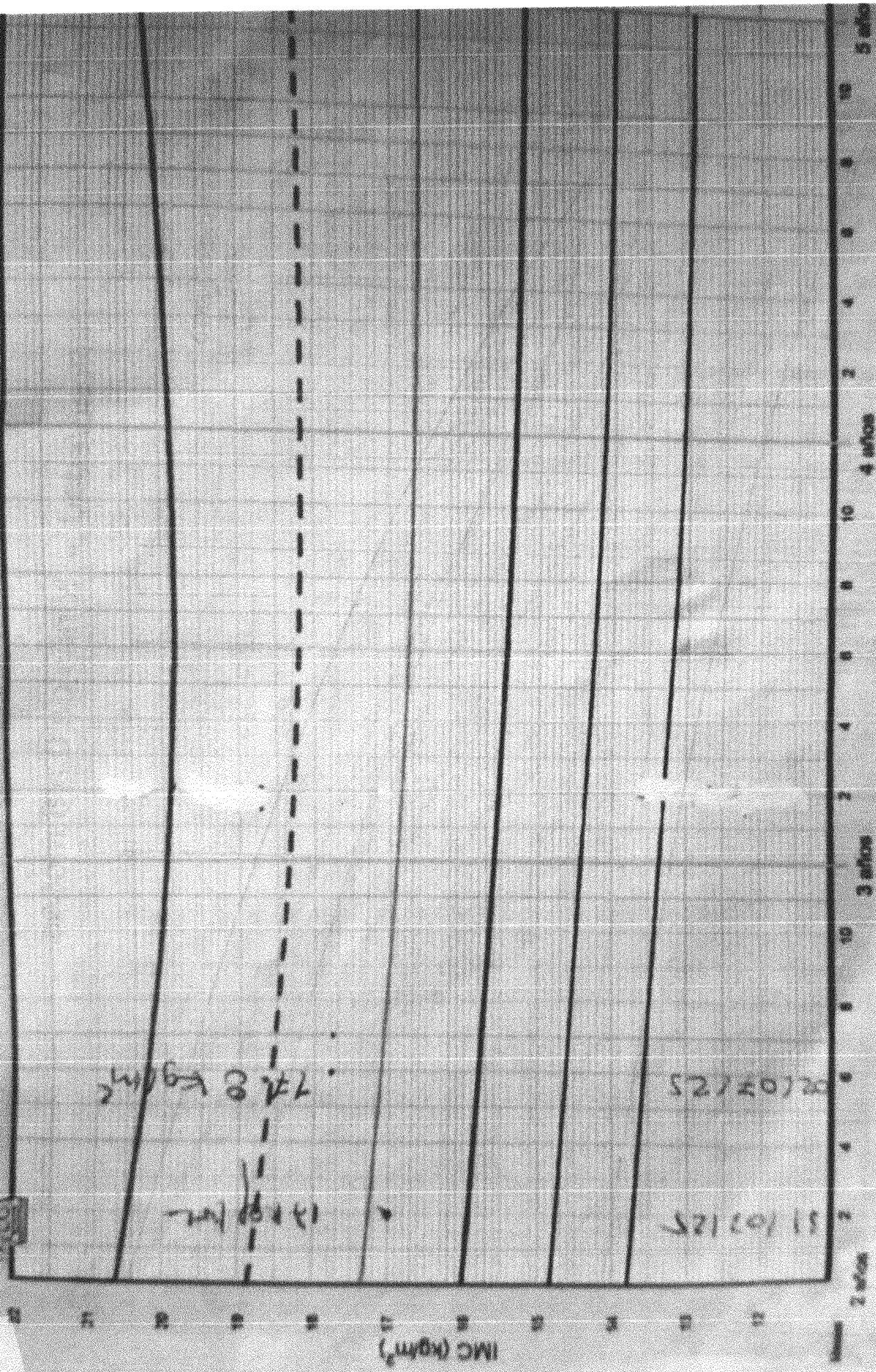
32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5



Estatura (cm)

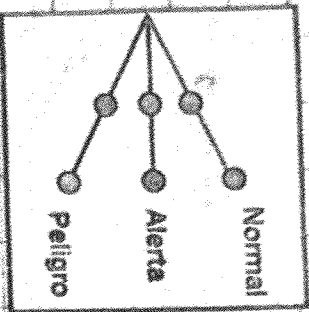
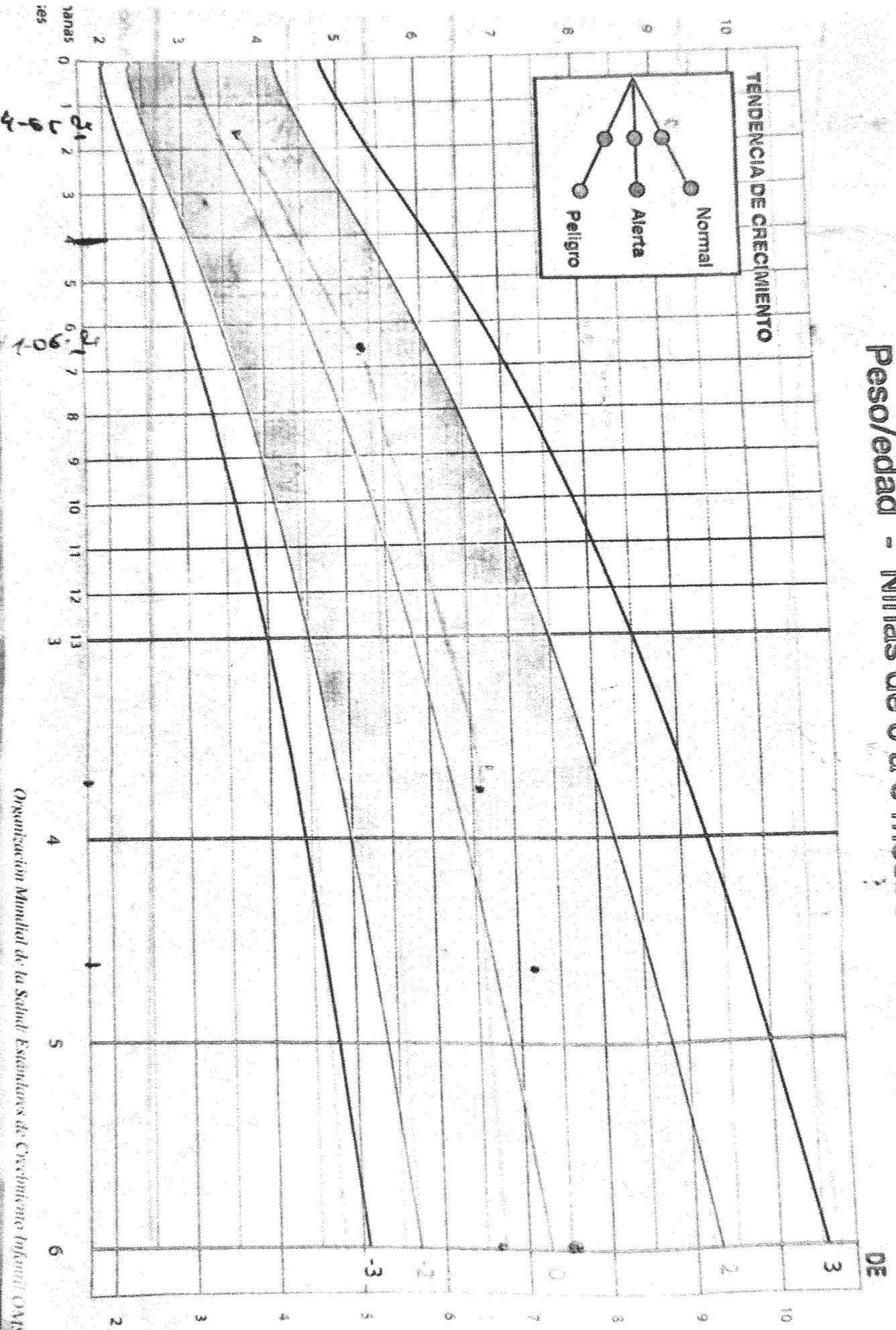
Peso (kg)

Puntuación Z (2 a 5 años)



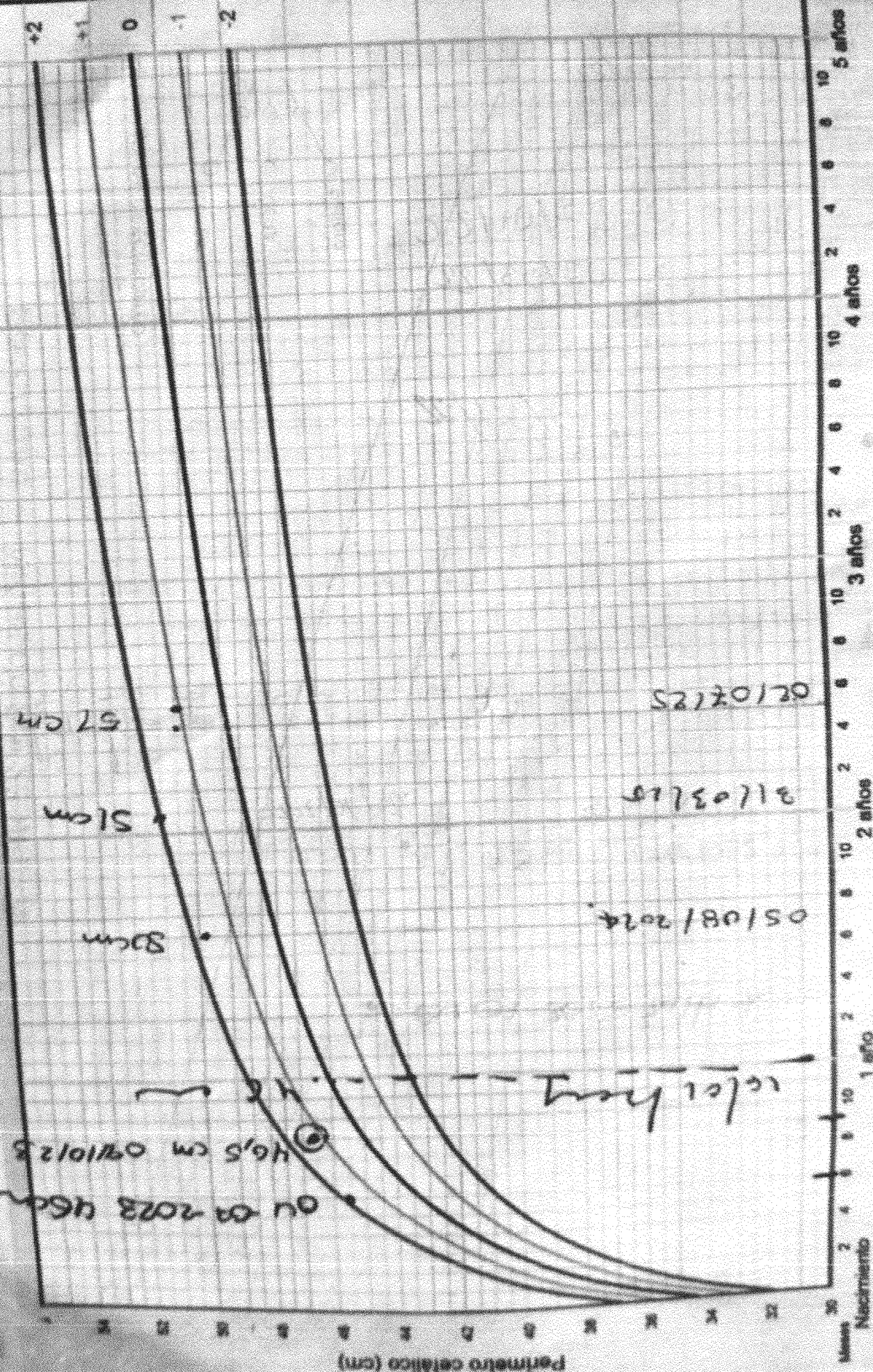
Edad (en meses y años cumplidos)

Peso/edad - Niñas de 0 a 6 meses



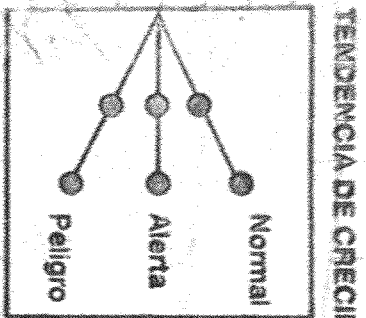
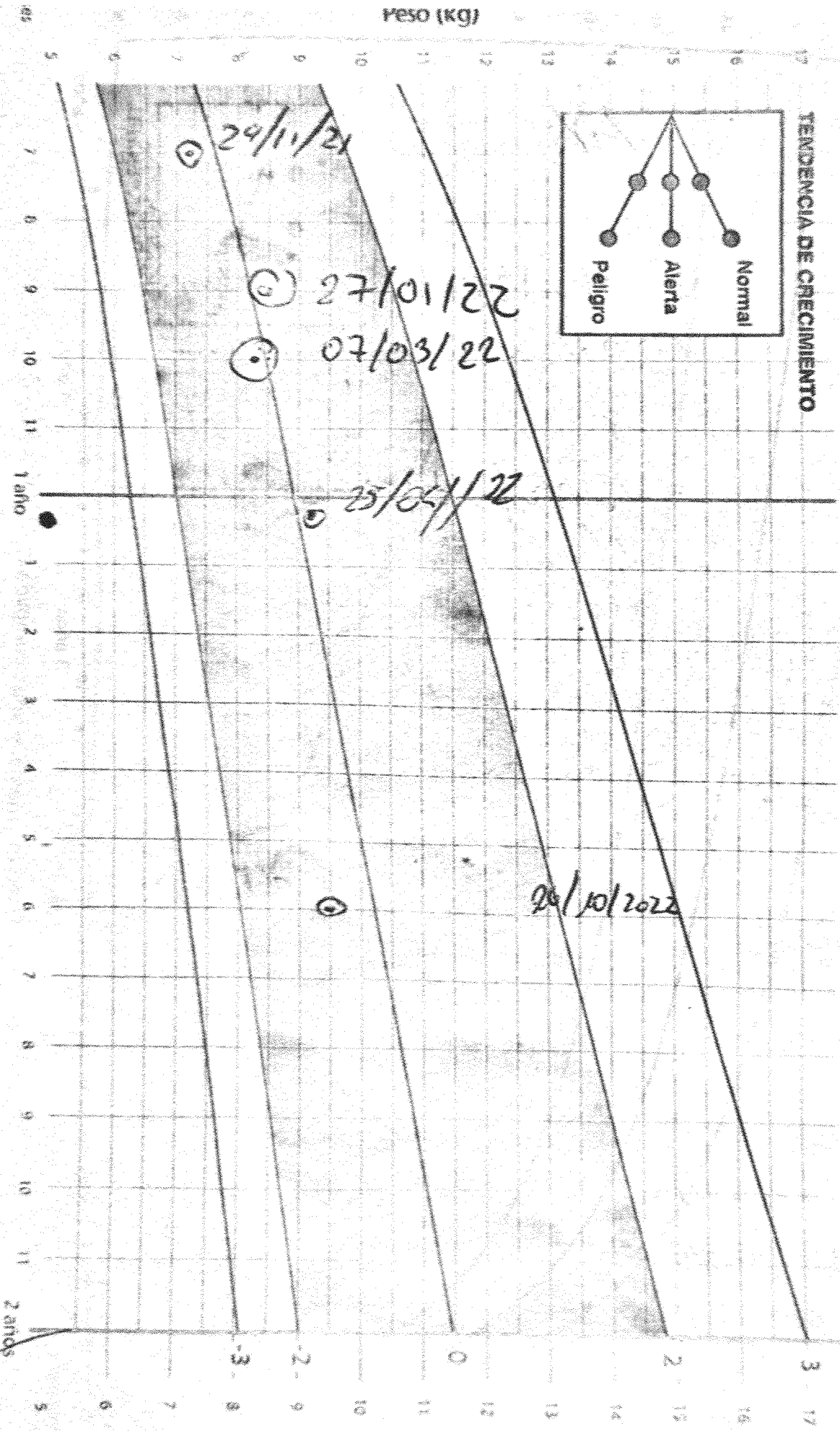
Perímetro Cerebral Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Edad (en meses y años cumplidos)

Peso/edad - Niñas de 6 a 23 meses



[illegible]

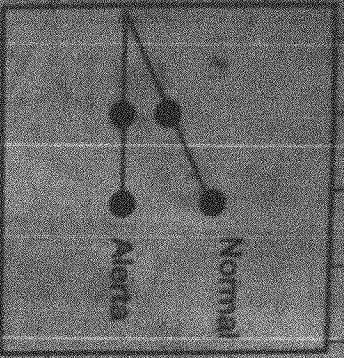
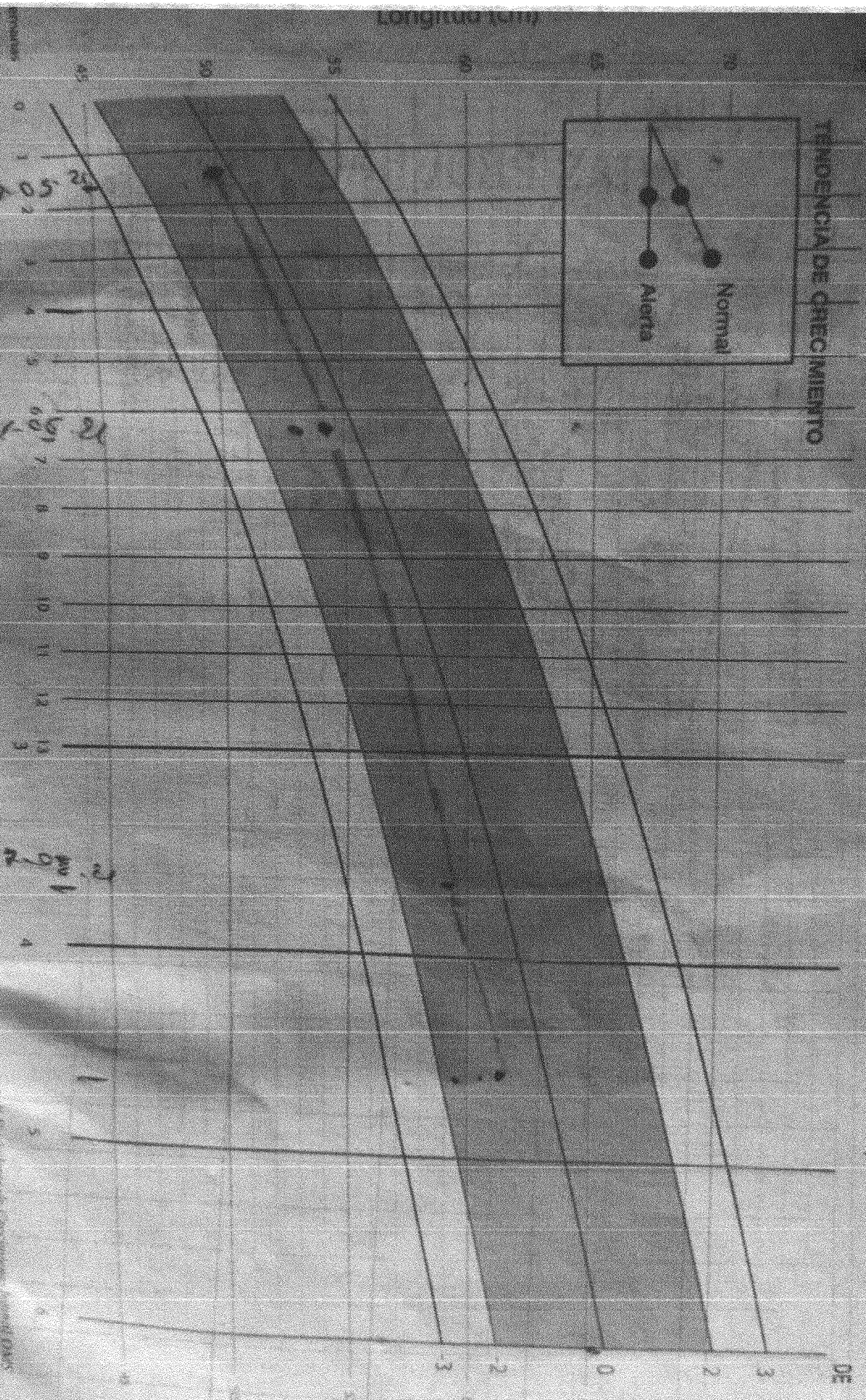
CO
S
P
I
N
I
N
G

[illegible]



Longitud/edad - Niñas de 0 a 6 meses

TENDENCIA DE CRECIMIENTO



50.5

55.5

60.5

65.5

70.5

75.5

80.5

85.5

90.5

95.5

100.5

1/1
P12

Yelcy Garcia
Axel Alexander

Tipo identificación: PC

No. ID: 1122344166

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Lactancia materna exclusiva	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG) Hepatitis B	Única Recién nacido	01 01 23 01 01 23	Serum Serum	0 3 7 0 M A O G I 0 3 7 0 C O C I D	SI ☐ No ☐	HSCJ HSCJ		LEONISA G LEONISA G
2 meses	Poliomielitis (VIP) Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus Hepatitis B Difteria, tóserina y tétano (DPT) Diarrhea por rotavirus Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1° 1° 1° 1° 1° 1°	01 03 23 01 03 23 01 03 23 01 03 23 01 03 23 01 03 23	Biologicos Serum Serum GSK Pfizer	2 1 4 1 0 1 U 2 8 5 1 X 0 2 1 D 1 1 1 1 1 1 1 A 1 0 2 0 9 1 A D F 1 0 3 9 7	SI ☐ No ☐		cita 01 mayo 2023	CC. No. 10072827 García, En Enfermería
4 meses	Poliomielitis (VIP) Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus Hepatitis B Difteria, tóserina y tétano (DPT) Diarrhea por rotavirus Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2° 2° 2° 2° 2° 2°	04 Mayo 2023 04 Mayo 2023 04 Mayo 2023 04 Mayo 2023 04 Mayo 2023 04 Mayo 2023	Biologicos Serum Serum GSK Pfizer	2 7 4 7 0 7 4 2 8 5 7 Y 0 2 2 2 8 5 7 Y 0 2 2 A 1 0 2 0 2 4 5 A 3 P U B 3 4 2	SI ☐ No ☐		PS APL 12/24 PS APL 12/24 PS APL 12/24 PS APL 12/24 PS APL 12/24 PS APL 12/24	
6 meses	Poliomielitis (VIP) Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus Hepatitis B Difteria, tóserina y tétano (DPT) Influenza estacional	3° 3° 3° 3° 3°	04 07 23 04 07 23 04 07 23 04 07 23 04 07 23	Biologicos Serum Serum Green Green	2 2 0 8 0 1 6 2 8 5 1 X 0 4 0 C 1 1 1 1 1 1 1 V 5 0 5 2 3 0 0 1 V 5 0 5 2 3 0 0 1	SI ☐ No ☐		cita 04 agosto 2023	sera y W 10/12/24 Eugenia Valera
7 meses	Influenza estacional Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo Varicela	1° Reforzo 2° 2°	30 Enero 2024 30 Enero 2024 30 Enero 2024 30 Enero 2024	Serum Pfizer MSD Butantan	0 1 3 2 4 0 4 8 F 1 9 9 2 5 3 7 X 0 0 6 5 3 7 W 0 2 7 7 3 6 2 2 0 0 9 7 9 0 0	SI ☐ No ☐		01-01-2024 01-01-2024 01-01-2024 01-01-2024	sera y W 10/12/24 Eugenia Valera
12 meses	Poliomielitis (VIP) Difteria, tóserina y tétano (DPT) Fiebre amarilla	1° 1° Única	02 Ago 2024 02 Ago 2024 02 Ago 2024	Biologicos Biologicos Serum	2 2 3 3 9 0 0 3 2 2 3 3 9 0 0 3 W 3 3 2 2 2 2	SI ☐ No ☐		Mayo 2024 Mayo 2024 Mayo 2024	Diana Cadena Diana Cadena Diana Cadena
18 meses	Poliomielitis (VIP) Difteria, tóserina y tétano (DPT) Fiebre amarilla	1° 1° Única	02 Ago 2024 02 Ago 2024 02 Ago 2024	Biologicos Biologicos Serum	2 2 3 3 9 0 0 3 2 2 3 3 9 0 0 3 W 3 3 2 2 2 2	SI ☐ No ☐		01 Enero 2023	Diana Cadena Diana Cadena Diana Cadena
5 años	Poliomielitis (VIP) Difteria, tóserina y tétano (DPT) Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) Varicela	2° 2° 2° 2°	02 Ago 2024 02 Ago 2024 02 Ago 2024 02 Ago 2024	Serum Serum Serum Serum	0 1 3 2 2 0 7 4 A 0 1 3 2 2 0 7 4 A 0 1 3 2 2 0 7 4 A 0 1 3 2 2 0 7 4 A	SI ☐ No ☐			Diana Cadena Diana Cadena Diana Cadena Diana Cadena
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1° 2° 3°							
Vacunas complementarias y otras dosis									

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO			
TSH neonatal	Normal	Alterado	
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
Visual	Normal	Alterado	

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

Edad	Fecha		Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Peso	Talla		
Al mes						
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						

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	

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

Vacunar oportunamente a todos los hijos, garantizando la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, 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.

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

0 meses

2 meses

12 meses

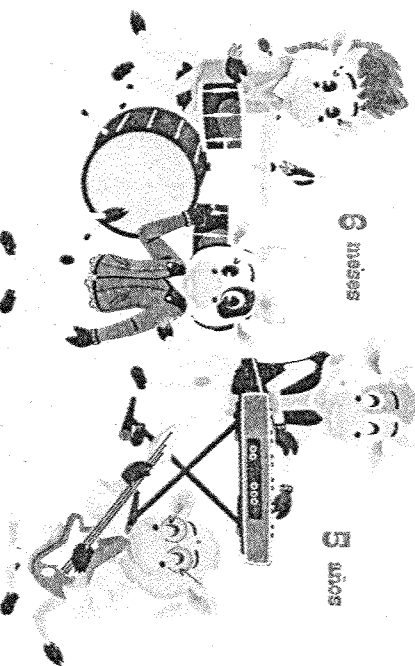
4 meses

7 meses

18 meses

6 meses

5 años



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)

La salud es de todos	Minsalud
----------------------	----------

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Axel Alexander Yela

Fecha de nacimiento: 07 enero - 2023

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: 1122344766

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+ 3 años 6

Peso al nacer: 3700 Talla: _____

Dirección: Libertad

Teléfono 1: 3105 664 2 84

Teléfono 2: _____

Responsable: Yosmily Alexandra

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Petarezo

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gubco @MinsaludCol



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

Minsalud

CIUDAD La Dorada

FECHA: DÍA 01 MES 06 AÑO 2025 HORA: 10:am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Axel Alexander APELLIDOS Vela Garcia
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.344.166
FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 01 MES: 01 AÑO: 23 / EDAD: 2 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

¿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 ☐ 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: Yusmily Alexandre Garcia

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

Nombres Yusmily Alexandra Apellidos Garcia Martinez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ Número 27.501.567

Firma: Yusmily Garcia

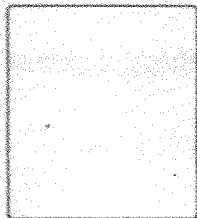
En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.501.567

209

APELLIDOS GARCIA MARTINEZ

Gustavo Vizcaino
Director

NOMBRES YUSMILY ALEXANDRA

Yusmily Garcia

FIRMA TITULAR



02/09/2000 SOLTERA

F. NACIMIENTO

EDO. CIVIL

11/04/2024 04/2034

F. EXPEDICION

F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



V= San Francisco

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; trátelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de \$2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios



E.S.E. Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS

Axel Alexander Yela

IDENTIFICACIÓN

1122344166

Nº. HISTORIA CLÍNICA

118

DOMICILIO

¡Una buena higiene oral para una salud total!

[illegible]

21

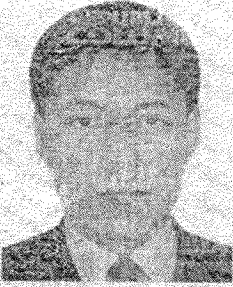
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.714.052
VELA TORRES

APELLIDOS
EIVER ALEXANDER

NOMBRES
EIVER ALEXANDER

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-2002
PROVIDENCIA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 0+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-DIC-2021 SAN MIGUEL (LA DONADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA NOCHA



P-6401800-01263057-M-1004714052-20220228 0078377761A 1 56520528



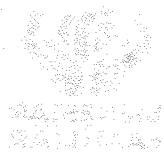
ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Yusmily A. García Identificado con C.C N° 27.501.567 en calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña: Axel Alexander Yela García o Gestante () Lactante (), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mistienos 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 19 Días del mes de Junio del Año 2025.

Yusmily A. García
Madre o Acudiente
C.C 27.501.567



UNIDAD: MIS TIERNOS AMIGUITOS 1

¿DÓNDE VIVE LA FAMILIA?



Dibuja un mapa donde se ubique el lugar de vivienda de la familia, lugares significativos cercanos a la vivienda, forma de recorrido hacia LA UNIDAD (lugar de encuentro). Registra el tiempo del recorrido entre el hogar y el lugar del encuentro grupal.

FAMILIA:

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

Yo, Yasmily Alexandra Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27.501.567, obrando en calidad de:

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

De la niña, niño o adolescente, Axel Alexander Vela, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI CE, número 1.122.344.166, 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 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.

Suscriben:

Firma: Yasmily A. Garcia
 Nombre: Yasmily A. Garcia
 Calidad - Titular: Representante legal
 Teléfono de contacto: 321 972 9566
 Fecha: 19-06-2025
 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

F2.P2.CE

11/07/2024

FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

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 Axel Alexander Vela Garcia, identificado (a) con documento de identidad número 4.122.344.166, 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, Yusmily Alexandra Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27.501.567, 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 Udo, 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: Yusmily A. Garcia
Nombre: Yusmily A. Garcia
Calidad - Titular: Representante legal ☒
Teléfono de contacto: 321 972 9566
Fecha: 19-06-2025
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.
ORGANIZACIÓN COLOMBIANA DE BIENESTAR FAMILIAR - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF) - CALLE 100 No. 100-100



NOMBRE UCA: Mis tiempos comigustos

FECHA DE NACIMIENTO: 01-enero-2023

[illegible]

de cero
a Siempre26
P1VCiudad La Dorada, San MiguelNombre completo de la niña o niño Axel Alexander Yela GarcíaFecha de nacimiento 01 - 01 - 2023 N° Documento de Identidad 1.122.344.166Sexo Masculino ☒ Femenino ☐ Fecha de 1er día de atención en el año 19 - 06 - 2025Primer Registro CualitativoNombre del observador Suzan ArboresFecha de registro cualitativo 18 - 09 - 2025Rango 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 ☒ Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐Observaciones generales

Teniendo en cuenta el trato y como desarrolla sus habilidades motoras y sociales. Se determina que el participante se encuentra en el perfil esperado, cumple con cada una de las características de su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes AñoRango 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 ☐ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐Observaciones generales

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 AñoRango 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 ☐ 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
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	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales