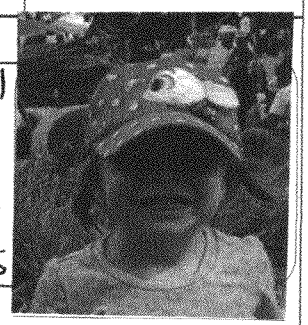
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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 _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) NO ___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. (N/A)
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: 26-03-25 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025

UDS: Mis amigotos **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dalila Sahyli Rivera Lapo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 2150665095

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 15-10-20 **EDAD:** 4A-5M **MUNICIPIO:** Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: El Puente **ESTRATO:** N-A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: N-A NO: X

¿CUAL?: N-A **MOTIVO DEL RETIRO:** N-A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N-A

EPS DEL PARTICIPANTE: N/A **SUBSIDIADO:** __ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N-A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N-A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N-A

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: N-A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Victor Rehiver Rivera Sima

No. IDENTIFICACION: 1.126139395 **DIRECCION RESIDENCIA:** El Puente

CELULAR: 959018999 **E.P.S:** N-A

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maribel Jackeline Lapo Ordoñez

No. IDENTIFICACION: 2150071153 **DIRECCION RESIDENCIA:** El Puente

CELULAR: 959018999 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maribel Jackeline Lapo Ordo

NUMERO IDENTIFICACION: 2150071153 **CELULAR:** 959018999

DIRECCION: El Puente **PARENTESCO:** Madre

Maribel Lapo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
RIVERA
LAPO

NOMBRES
DALILA SAHYLI

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
16 OCT 2009

SEXO
MUJER

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

No. DOCUMENTO
004831089

FECHA DE VENCIMIENTO
17 JUN 2021

FIRMA DEL TITULAR
No Firma

NUI 2150665095

NAT/CAN
708335

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
RIVERA SIBY VICTOR RENIVER

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
LAPO ORDOÑEZ ISABEL JACKELINE

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
XXXXXXXXX

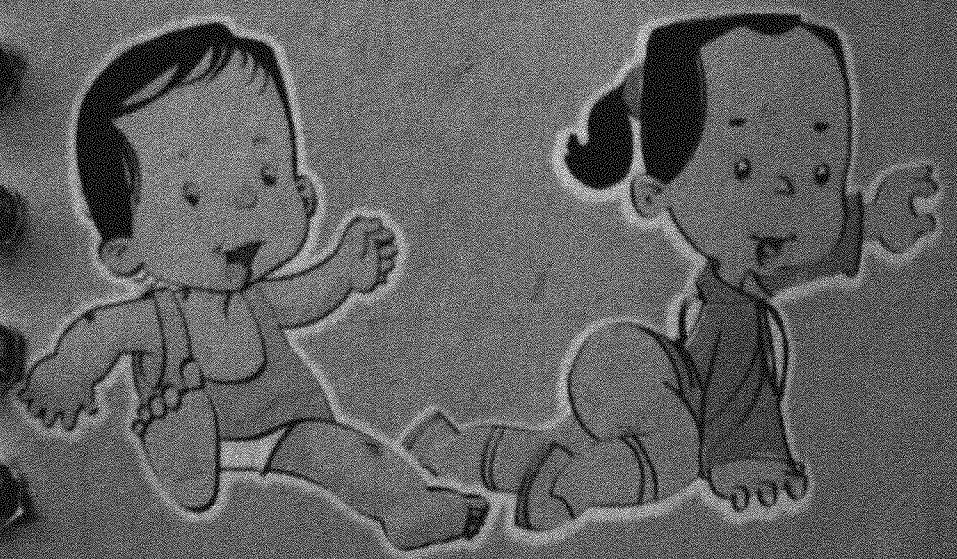
TIPO SANGRE NR

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 17 JUN 2021

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0048310251<<<<<2150665095
2010153F3106176ECU<<<<<<<<<<<1
RIVERA<LAPO<<DALILA<SAHYLI<<<<

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI: Madre

CC/CI: Niño/niña 2150665095

Nombres: Dahla Sahyle

Apellidos: Rivera Lapo

Discapacidad: Si .... No .... Tipo .....

Fecha de nacimiento: 15 (Día) 10 (Mes) 2020 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: 0959016 0990

Dirección domicilio: Barrio Central

.....

Nombre de la madre/padre: .....

.....

Zona: 1

Provincia: Santo Dos

Cantón: Nueva Loja

Parroquia: General Farfan

Establecimiento de salud: CS General Farfan

Ministerio de Salud Pública: ☑

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

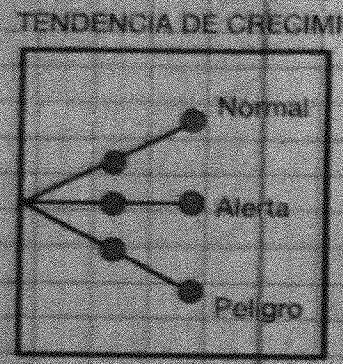
Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 48 a 59 meses de edad (4 a 5 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello	Observaciones
Día	Mes	Año				SI	NO	Vitamina A		
13	04	25	4 a 5 m	16 Kg	103	✓	—	NO		
24	10	2025	5a	17 kg	98.5	✓	—	NO		Control

* Considera alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

**La suplementación con vitamina A debe ser supervisado por un médico. No sobrepase la dosis (200 000 UI cada 6 meses).

Visual

Fecha de atención			Edad	Resultado normal			Observaciones
Día	Mes	Año		Si	No		
					OD	OI	
24	10	2025	5a	✓			Control

Realizar un control anual a partir de los 3 años.

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Realizar un control cada 6 meses.

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

Identifica al menos 4 colores y los nombra: Si (✓) No ( )

Cuenta con los diez dedos de su mano: Si (✓) No ( )

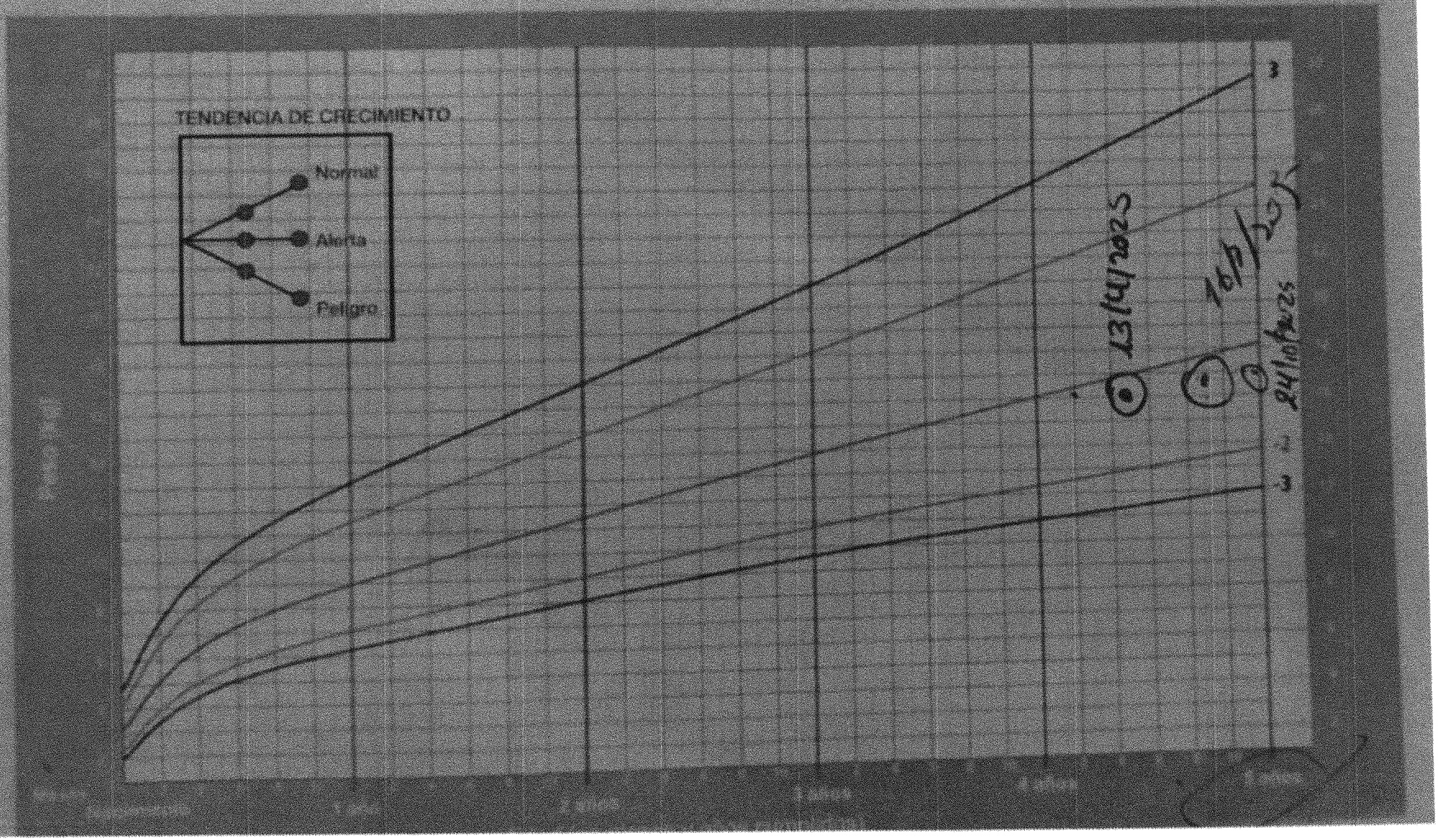
Permanece en equilibrio con cada pie por 4 a 6 segundos: Si (✓) No ( )



( ) Alerta

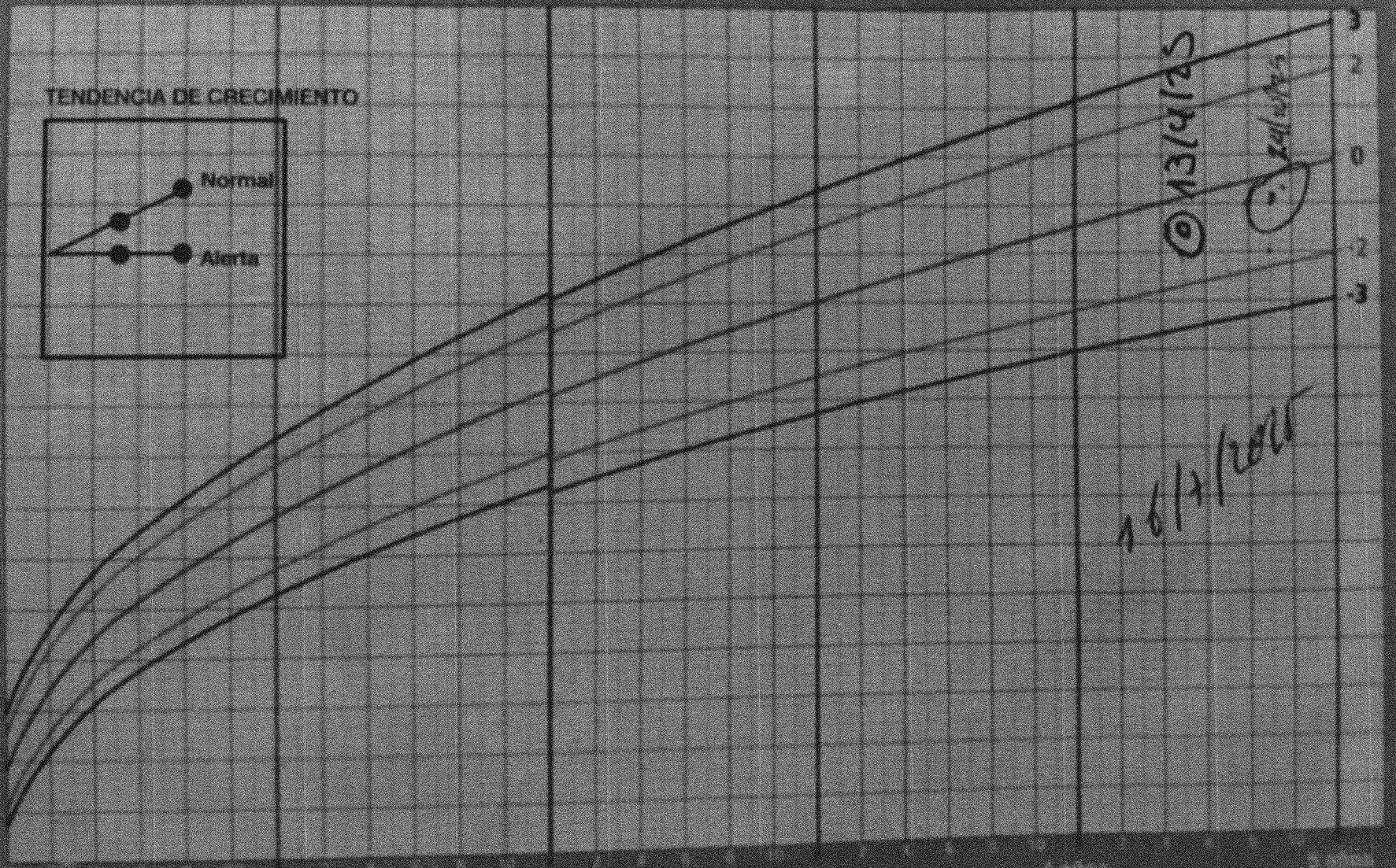
Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



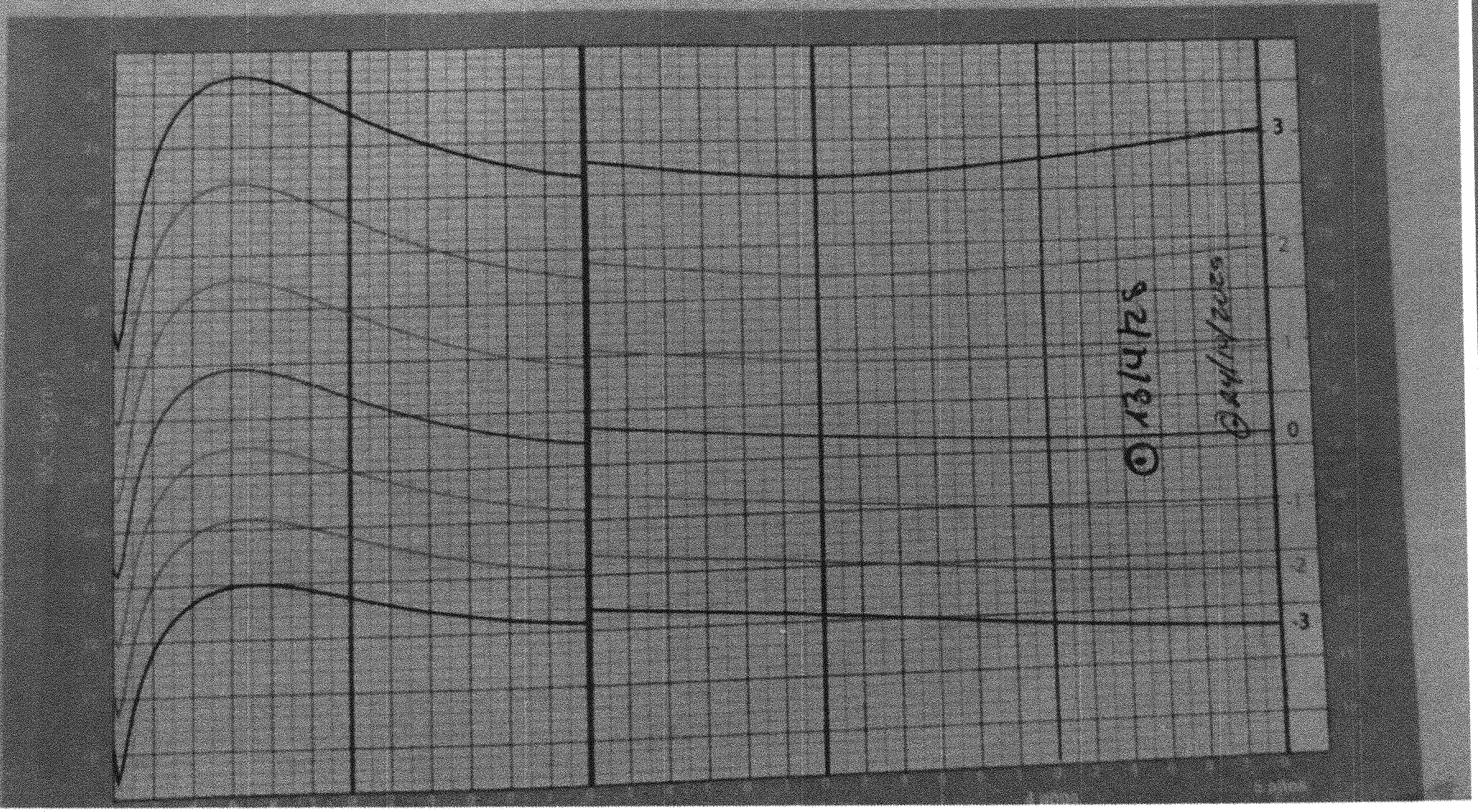
Longitud/estatura para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



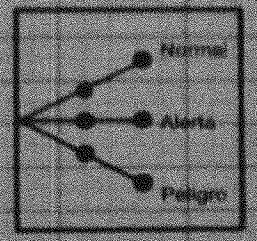
IMC para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



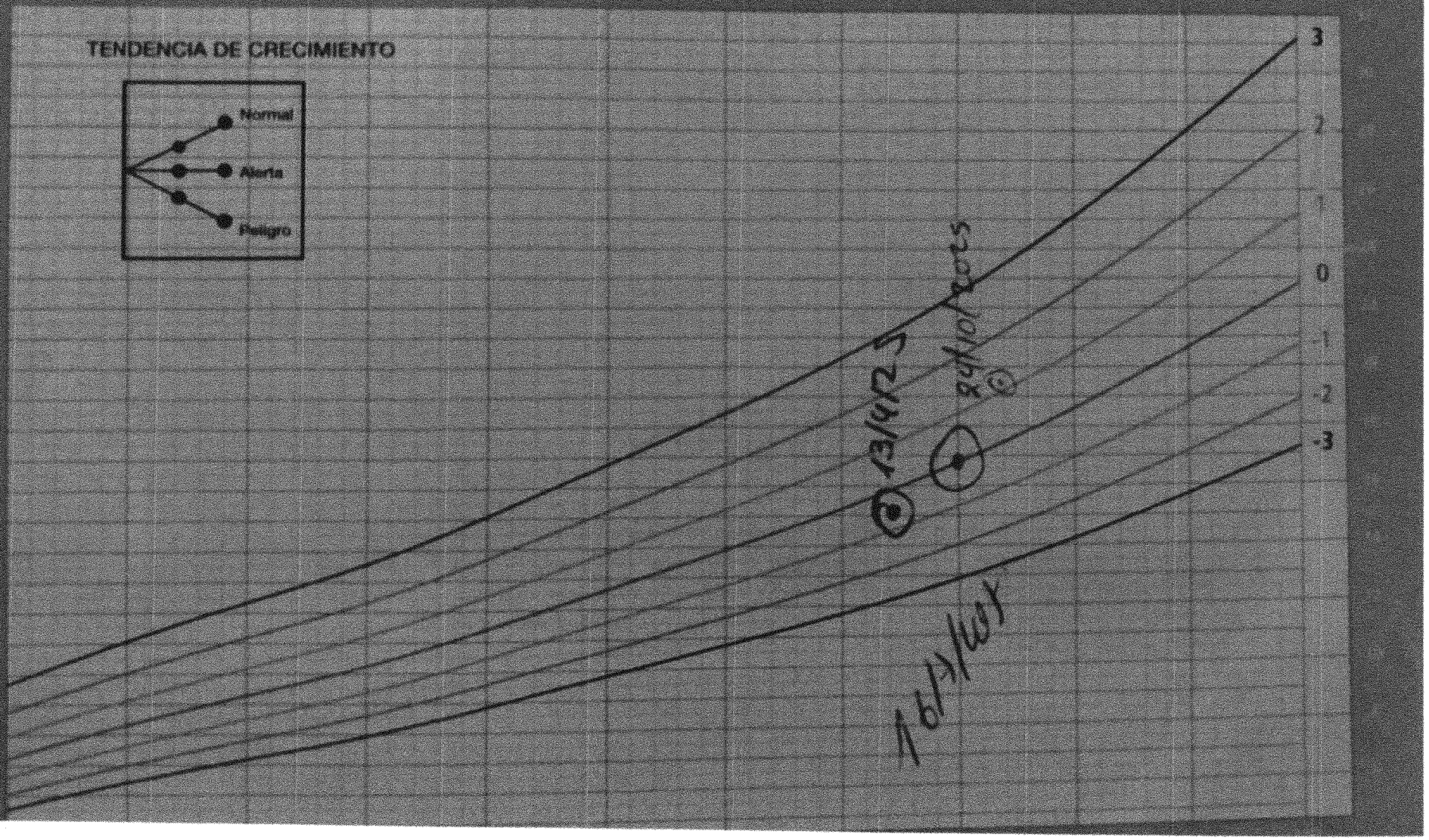
Peso para la longitud en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años



Peso para la estatura en niñas

Desde los 2 hasta los 5 años



Esquema atrasado de vacunación niñas hasta 15 años de edad

Tipo vacunas	Dosis	Edad de captación de niñas con esquema incompleto	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
DPT	1ra. Dosis a la captación	1 a 4 años							
	2da. dosis al mes de la captación								
	3a. dosis a los dos meses de la 2da. dosis								
	4ta. dosis	2 a 4 años							
HB pediátrica	1ra. dosis a la captación	1 a 4 años							
	2da. dosis al mes a la captación								
	3ra. dosis a los 2 meses a la captación								
fIPV Colocar dosis de acuerdo a escenarios	1ra. dosis	1 a 4 años							
	2da. dosis								
IPV Colocar dosis de acuerdo a escenarios	1ra. dosis	5 años							
bOPV Colocar dosis de acuerdo a escenarios	2da. dosis	1 a 5 años							
	3ra. dosis		22	03	2018	1a 5m	vacuna	IREER	C.S. A.C.
	4ta. dosis								
SRP	1ra. dosis a la captación	1 a 6 años 11 meses 29 días							
	2da. dosis a los 6 meses de la 1ra.								
*****FA	Dosis única	2 a 15 años							

* Primer escenario todos los niños /niñas que iniciaron antes del 1 de enero de 2018, el esquema de vacunación contra la poliomielitis con la primera dosis de IPV intramuscular con 0,5 mL deben ser vacunados con dos dosis de bOPV con intervalo de dos meses; la siguiente dosis de bOPV se deberá aplicar al año de la última dosis y cuando el niño /niñas tenga 5 años colocar la última dosis de bOPV.

** Segundo escenario todos los niños y niñas de 12 meses a 4 años 11 meses y 29 días de edad que a partir del 2018, que no han recibido ninguna dosis de vacuna contra poliomielitis deben iniciar el esquema de vacunación conforme a los lineamientos.

*** Tercer escenario, niña y niño menores de 5 años con antecedente de vacuna triple OPV completar el esquema con bivalente OPV

**** Cuarto escenario niña y niño de 5 años sin antecedente de vacuna anti poliomielítica cumplir con el siguiente esquema: IPV intramuscular el momento de la captación más dos dosis de bivalente OPV con intervalo mínimo de dos meses entre dosis, la siguiente dosis de bOPV se deberá aplicar al año de la última dosis.

***** El registro de la vacuna de FA se lo podrá realizar hasta los 15 años de edad en la Libreta Integral de Salud; sin embrago, se debe garantizar que en los formularios de partes diarios sean debidamente registradas todas las personas que accedan a la vacunacion hasta los 59 años de edad.

Otras vacunas

Esquema de vacunación ante shock anafiláctico por componente pertusico

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*DT pediátrica	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis DT							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis DT							
**Hepatitis B	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis HB pediátrica							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis HB pediátrica							

Observaciones: .....

.....

*DT sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT
**HB pediátrica (sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

Esquema de vacunación influenza estacional

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
6 a 11 años	Influenza estacional	1ra. dosis	Perdidos						
		2da. dosis (al mes de la 1ra. dosis)							
12 a 23 meses		Una dosis	30	3	20	1a5m.	vacuna	Lcda EL.	C.S.A.L.
2 años (24 a 35 meses)		Una dosis							
3 a 5 años (36 a 59 meses)		Una dosis							

Esquema de vacunación niñas menores de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas	12	11	20	28 d		Lic G.Cano	HG.H.VT
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas		PERDIO					
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	15	12	20	2m		Lcdo AM.	C.S.AC
	2ra. dosis	4 meses	26	02	21	4m		Lcdo JC	C.S.AC
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ra. dosis	2 meses	15	12	20	2m		Lcdo AM	C.S.AC
	2da. dosis	4 meses	26	02	21	4m		Lcdo J.C	C.S.G.F.
	3ra. dosis	6 meses	16	07	21.	8m		Lcdo J.C	C.S.G.F
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses	26	02	21	4m		Lcdo J.C	C.S.G.F
	2da. dosis	4 meses	21	09	21	21 m		Lcdo J.C	C.S.G.F.
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses		AT	2A	SADO			
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	13	09	21	8m		Lcdo J.C.	C.S.G.F
	2da. dosis	4 meses	30	08	21	10m		Lcdo J.C.	C.S.G.F
	3ra. dosis	6 meses	21	09	21	11m		Lcdo J.C.	C.S.G.F

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

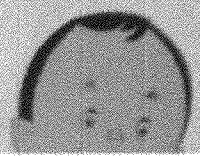
Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	ao	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a. dosis	12 meses	21	10	22	1a 12d		Lcdo J.J	C.S.G.F
	2a. dosis	18 meses	27	04	2023	1a 6m		Lic J.G	C.S.AC
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	27	10	21	1a 12d		Lcdo J.J.	C.S.G.F
Varicela	1a. dosis	18 meses	22	03	22	1a3m		IRER	C.S.AC
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	27	04	22	1a6m		Lcdo. J.G	C.S.AC
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	27	04	22	1a6m		Lcdo J.G	C.S.AC

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1 dosis							
		2 dosis (al mes de la primera)							
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	30	3	2022	1a 5m	V3H04	Lad EL	CS AL
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



14
21V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

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 San Miguel FECHA: DÍA 13 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9:00 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dalila Sahyli APELLIDOS Rivera Lapo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ NÚMERO:

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 10 AÑO: 2020/ EDAD: 4 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 reaccion

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Maribel lapo.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Sara M

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336E2

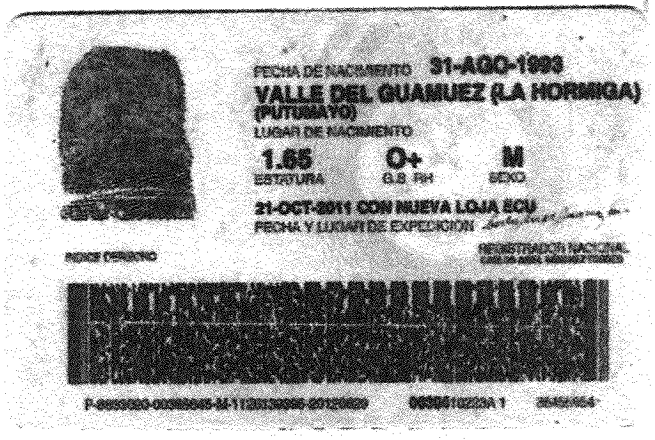
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.123.139.295
RIVERA SMY
VICTOR RENIVER


FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1993
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-OCT-2011 CON NUEVA LOJA ECU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
LAPO
ORDOÑEZ

NOMBRES
MARIBEL JACKELINE

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
22 DIC 1999

LUGAR DE NACIMIENTO
AZUAYO/GIRON LADO ASIRO
NUEVA LOJA

FIRMA DEL TITULAR

CONDICIÓN CIUDADANA

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO

FECHA DE VENCIMIENTO
05 OCT 2022

NATURAL

NUI:2150071153

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
LAPO TANDAZO SANTOS VIDALIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ORDOÑEZ FERNECA ROSARIA MARIA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 05 OCT 2022

DIRECTOR GENERAL

CODIGO DACTILAR
[illegible]

TIPO SANGRE O+

DONANTE
No donante

I<ECU038837227 6<<<<<2150071153
9912223F3210053ECU<NO<DONANTE0
LAPO<ORDONEZ<<MARIBEL<JACKELIN

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1
Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud
CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Rivera Lapo Dalila paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 2150665095

Diagnóstico: (Z298) Profilaxis

Otros: (Z012) Evaluación odontológica

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 16 de Julio del 2025

Atentamente

Dirección de Salud 21D02 Lago Agrio
C. S. General Farfán
Dra. Dennise Achupallas G.
CI: 1726451121
ODONTÓLOGA RURAL

Odont. ACHUPALLAS GAVILANES KIMBERLY DENNISE
ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maribel Jackeline Lapo Identificado con C.C N° 2150031153 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña Dalia Sahyli Lapo Rivera o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis 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 9 Días del mes de Abril del Año 2025.

Maribel Lapo
Madre o Acudiente
C.C 2150031153

BIENESTAR FAMILIAR	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 Dalia Sahyli Rivera Lapo, identificado (a) con documento de identidad número 2150665095, 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, Maribel Jackeline Lapo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2150071153, 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 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 EIC.

Suscriben:

Firma: Maribel Lapo
Nombre: Maribel Jackeline Lapo
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 593979896362
Fecha: 2 de abril 2025
Municipio: San miguel

Fundación Alma de Vida

PACTO DE CONVIVENCIA

- Cumplir con el día y hora acordada para el encuentro en el hogar y las llamadas telefónicas.
- Participar durante el encuentro en el hogar
- Actualizar documentación cuando sea necesario
- Atender a los encuentros con puntualidad y disponibilidad de tiempo.
- Tener en cuenta la práctica acordada durante el encuentro en el hogar
- Informar del día que no puedan recibirnos en su hogar
- Informar cuando los agentes educativos no puedan asistir a los encuentros y reprogramarlos para una próxima fecha.
- Tratar con respeto, tanto la familia como el talento humano.

Maribel Lapo

Firma Madre

Firma Agente Educativo

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIA

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana Guanga NOMBRE UCA: Mis amiguitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dalila Sahyli Rivera Lapo IDENTIFICACIO: 2150665095 FECHA DE NACIMIENTO: 15-10-2020

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	COMPROMI
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
11/04/2023	X				Se informó sobre el proceso que se debe realizar para tramitar el documento de la doble nacionalidad	Maribel Lapo	Diana Guanga	Seguimiento orientación para el tramite del registro civil de doble nacionalidad a la familia	Acompañamiento -Continuo -llamada -diálogo	En dos meses la familia facilitará el documento pertinente 10/06/2023
18/06/2023	X		X		La Señora Maribel manifiesta que aun no ha podido tramitar el documento de la doble nacionalidad por motivo de que no cuenta con el recurso económico.	Maribel Lapo	Diana Guanga	Orientacion para el tramite de la doble nacionalidad	- Dialogo - llamada telefónica	Presentar el documento requerido

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIA

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Drana Guarga NOMBRE UCA: Mis Amiguitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dalila Rivera Lapo IDENTIFICACIO: 2150665095 FECHA DE NACIMIENTO: 15-10-2020

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	COMPROMI
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
27/07/2025	X		X		Se realiza llamada telefónica para verificar el cumplimiento del tramite de la doble nacionalidad y la señora manifiesta que no ha podido tramitar el documento de la doble nacionalidad por falta de recursos economicos.	Maribel Lapo	Drana Guarga	Dialogo con la madre	Orientaron para el tramite doble nacionalidad.	la madre no se compare- te con fecha exacta pero conoce la impor tancia de este tramite
8-08-2025	X			3:	Realizamos Dialogo con la Madre donde nos da Conocer que a la niña le este Brindando Atencion de salud en el Buendia Centro de salud. General Forfan el cual le ha llevado Asistir Crecimiento y Desarrollo Vacunacion odontologia el cual le ha Brindado. Madre de Familia nos da conocer que no ha hecho el tramite como tal por motivos economicos los Cuales han interferido solo pido un poco mas de tiempo.	Maribel Lapo	Stella Cagüiza Q	Orientamos a la Madre de Familia Sobre la importancia de tenerla documentacion al dia lo Cual es Importante. Madre de Familia ha Brindado Atencion en salud Lo Cual evidenciamos que si Asistio.		Madre de familia nos da conocer que si va ser el tramite solo pide espera por motivos economicos Los Cuales no han Mejorado pero fecha exacto pero Apenas Mejore Va Realizar.

Yo Maribel Lapo. Representante de la niña Dalila Rivera y Alaia Rivera. Informo por escrito el motivo de los papeles de la doble nacionalidad de las niñas antes mencionadas, que por favor me esperen unos meses por la falta de dinero aun no he podido sacar los papeles por falta de recursos ya que tengo conocimiento del tramite.

Con esto me deppido. Muchas Gracias.

Maribel Lapo

0150071153

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana Guanga NOMBRE UCA: Mis Amiguitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dalila Rivera Lapo IDENTIFICACIO: 2150665095 FECHA DE NACIMIENTO: 15/10/2020

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	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
04/09/2025	X	.	X		Se realizo conversatorio con la Señora Maribel Lapo para conocer el avance del tramite de Solicitud del registro de la doble nacionalidad y la madre refiere que no ha podido realizar la gestión, por falta de recursos económicos	Maribel Lapo	Diana Guanga	Se sensibilito a la madre en cuanto al derecho de la niña a tener el documento de la doble nacionalidad y se recuerda como es el proceso para realizar la gestion. -Orientamos a La madre de familia que refiere que la niña cuenta con sus Atenciones priorizadas y esto al dia.	Se ha realizado Comunicacion Constante y Sensibilizacion.	La señora espera entregar el documento requerido en cuanto realice la diligencia, por situacion economica no puede comprometerse con fecha exacta.
8-09-2025	X				Realizamos Dialogo con la Madre de familia de la participante Dalila Rivera donde madre Refiere que ella ha Cumplido con llevarla al Crecimiento y Desarrollo pero por desconocimiento se evidencio que no Le anotaron en el Documento el soporte que el medico no ingreso ni Registro Fechas de Atencion por lo tanto Madre Refiere que la niña tiene su Documentacion al dia	Maribel Lapo	Diana Guanga			Madre se Compromete a ir al Lugar donde le Realizo los Controles de salud para Verificar que le anoten la fecha de La Revision Agudeza Visual. Madre nos acaba Fecha exacta pero se va hacer lo mas pronto posible.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana Guanga NOMBRE UCA: Mis Amiguitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dalila Rivera IDENTIFICACIO: 2750077753 FECHA DE NACIMIENTO: 15/10/2020

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	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
21/10/2020	X		X		Se realizo llamada telefonica para preguntar sobre el compromiso adquirido para tramitar el registro doble nacionalidad y la Señora refiere que no ha podido realizar el tramite por situacion economica	Maribel Lapo	Diana Guanga	Dialogo con la madre y Orientación		La madre refiere cumplir con este douumento Importante en cuanto su situacion economica se lo permita.
24/10/2020	X			X	madre de familia hace entrega del soporte del documento de agudeza visual y tamizaje auditivo donde nos da a conocer que los resultados fueron satisfactorios por lo tanto se cierra la novedad.	Maribel Lapo	Diana Guanga			madre se compromete a seguir cumpliendo con el compromiso en entregar la documentacion al dia por lo tanto damos cierre a la novedad

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Maribel Jackeline Lapo Ordoñez Identificado con C.C N° 2150071153 en calidad de: Cuidador ( ), Padre, ( ), o madre (x), del niño ( ) o niña (x), Gestante ( ) Dahia Sahyli Duea Lapo identificado con numero de Documento 2150665095 Me comprometo, a gestionar los documentos faltantes para cumplir con los requisitos exigidos como participante del programa de Atención Integral a la Primera Infancia la de la modalidad Propia e Intercultural, en la **UCA :** Mis Amiguitos Ubicada en el Barrio ( ),vereda ( ) , o cabildo (x) Juan Anstobal del Municipio de san Miguel.

Mi compromiso lo asumo para tramitar en el transcurso de 30 días, los siguientes documentos:

1. Tramite del registro de la doble nacionalidad.
2. _____
3. _____

Se firma en San Miguel, a los 17 Días del mes de 09 del Año 2025

Maribel Lapo
MADRE O CUIDADOR
C.C.No 2150071153

Diana Guango
AGENTE EDUCATIVO O PROFESIONAL
C. C. No. 1122340689

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Dalila Sahyli Rivera lapo

Fecha de nacimiento 15 10 2020 **N° Documento de Identidad** 2150665095

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Diana Guanga

Fecha de registro cualitativo 03 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

La niña Sahyli Rivera se encuentra en un perfil esperado Se continuara fortaleciendo el proceso de aprendizaje teniendo en cuenta sus intereses.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Diana Guanga

Fecha de registro cualitativo 06 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

La niña Sahyli se encuentra en un perfil esperado ya que se evidencia que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, se comunica con claridad, expresa sus ideas, demuestra autonomía y manejo corporal, se continuara implementando estrategias pedagógicas para fortalecer sus habilidades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro 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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás																Relación consigo misma/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
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩		⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉓	⑲⑳㉑㉔	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭		⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑮⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯		⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯		⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales