Fecha de diligenciamiento: 1 4 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122343768

Fecha nacimiento: 6 06 2021

Nombres: Lian Emmanuel

Apellidos: Villota Arciniegas

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? (X) Si ( ) No

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano (X) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb

Barrio: Amistad

Vereda:

Sector:

Dirección: Detras de la piscina Sc.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122339767

Nombres: Viany Fayzuli

Apellidos: Arciniegas Bernal

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 20 03 91

Correo electrónico: arciniegasfaisuly@gmail.com

Número de celular: 3134047787

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? ( ) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Fabiuly Arango

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincon E.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lian Emmanuel villota Arciniegas

Nº DOCUMENTO: 1122343768 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 06/Jun/2021 **EDAD:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: pto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI X **NO** ___ **¿CUAL?** Awa la union la Dorada

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** ___ **¿CUAL?** Awa la Union

NOMBRE DE LA MADRE: Viany Fayzuli Arciniegas Bernal

Nº CÉDULA: 1122339767 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

NOMBRE DEL PADRE: Jhon Jairo villota delgado

Nº CÉDULA: 87063804 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** pasto

Nº DE CELULAR: 3134047787

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Viany Fayzuli Arciniegas

Nº CÉDULA: 1122339767 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

DIRECCIÓN VIVIENDA: Vda Amistad **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** ___

NUMERO DE CELULAR 3134047787

Fayzuli Arciniegas. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Leidy Marcela Rincón — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.343.768

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61318520

61318520

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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
VILLOTA	ARCINIEGAS

Nombre(s)

LIAN EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUN Día 06	MASCULINO		

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	166598072

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

ARCINIEGAS BERNAL VIANY FAYZULI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.767	COLOMBIA

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

VILLOTA DELGADO JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 87.063.804	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLOTA DELGADO JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 87.063.804	

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 2021 Mes JUL Día 15	ROY EDISON CALLE GUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

dispapeles 76113

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.339.767**

ARCINIEGAS BERNAL
APELLIDOS

VIANY FAYZULI
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1991**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

17-NOV-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6401800-00945815-F-1122339767-20171011 **0058**073416A 1 48776283

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **87.063.804**

VILLOTA DELGADO

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1983**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

01-FEB-2002 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-00979553-M-0087063804-20180215 0059533458G 1 9903372922

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA, se registra el Señor (a): LIAN EMMANUEL VILLOTA ARCINIEGAS, identificado (a) con RC y número de documento: 1122343768, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 25 día(s) del mes 3 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

7

ADRES

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	1122343768
NOMBRES	LIAN EMMANUEL
APELLIDOS	VILLOTA ARCINIEGAS
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	06/06/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:17:48	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: LIAN EMANUEL	Apellidos: VILLOTA ARCINIEGAS
Fecha de nacimiento: 06 (DÍA) | 06 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343768
Barrio/Vereda: LA AMISTAD	Responsable del niño: FAIZULI ARCINIEGAS
Teléfono: 3134047789	EPS: EMSSANAR.

CITAS PROGRAMADAS

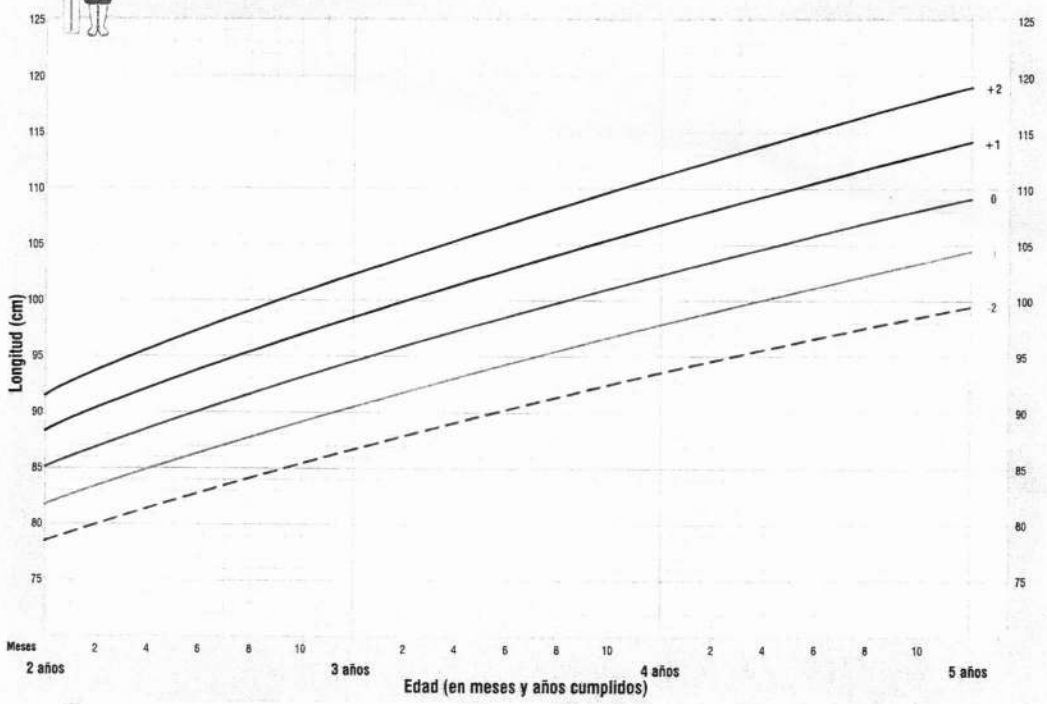
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
06	10	2021			
15	DICIEMBRE	2021	x ENFER.	SI ✓	
7.	Marzo	2022	x Enf.		
11	Enero	2022	Enfermero		
11	JUNIO	2023	Medico		
14	02	2023	ENFERMERO	✓	
06	06	2023	MEDICO	—	
01	Sept	2023	Méd.	Si ✓	
06	Sep	2024	Enf	Si ✓	
06	Junio	2024	Méd.	16-09-24	✓
06	Junio	2025	Enf		
9	Junio	2025	Enfer	SI ✓	
06	Junio	2026	Medico		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
RM 67027189 Univalle

10

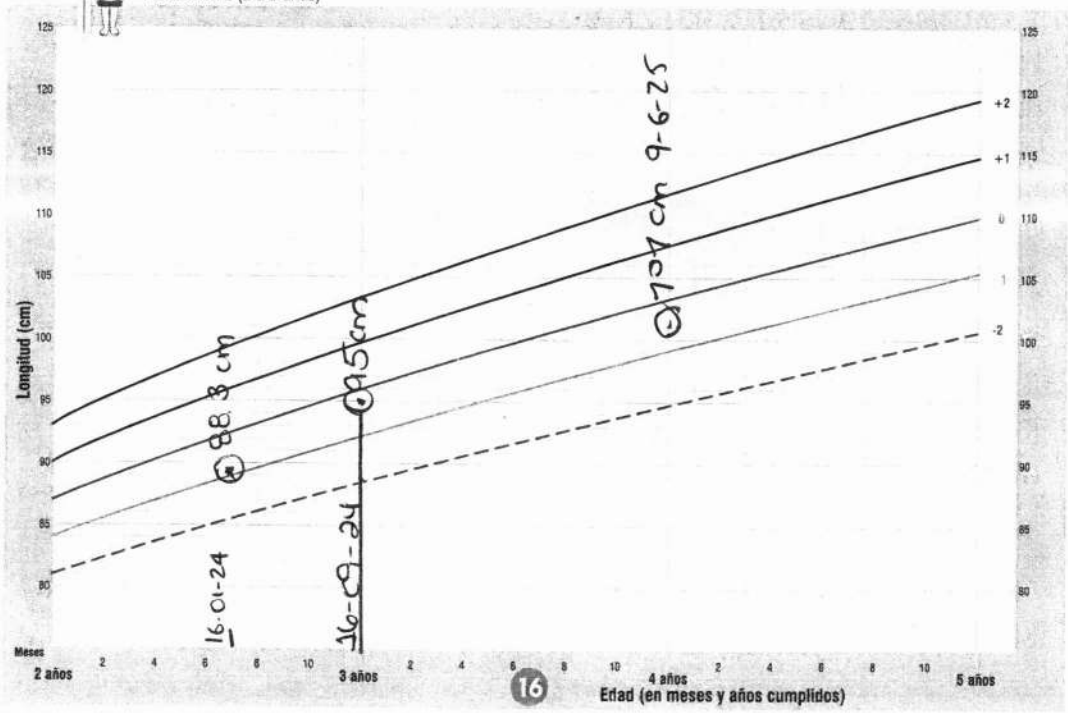
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



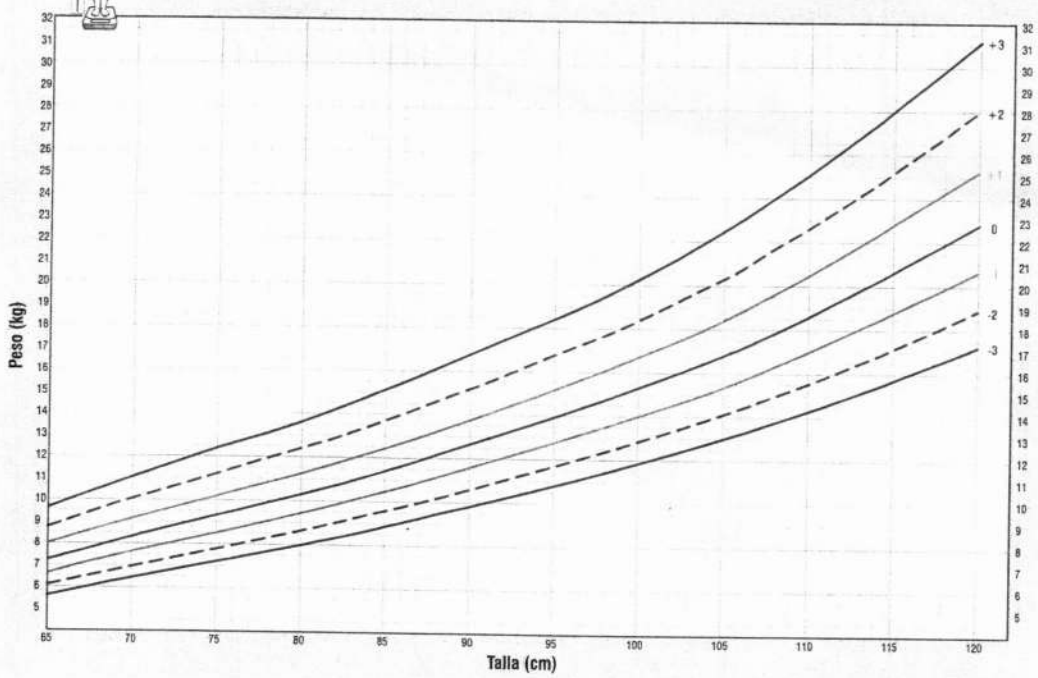
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



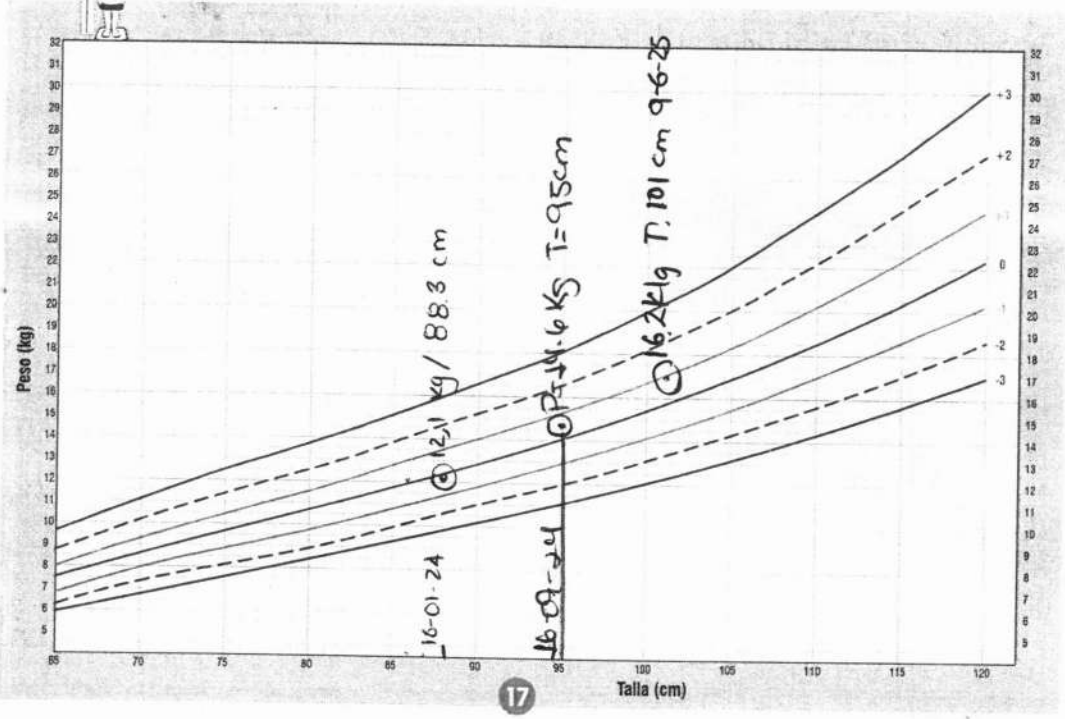
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

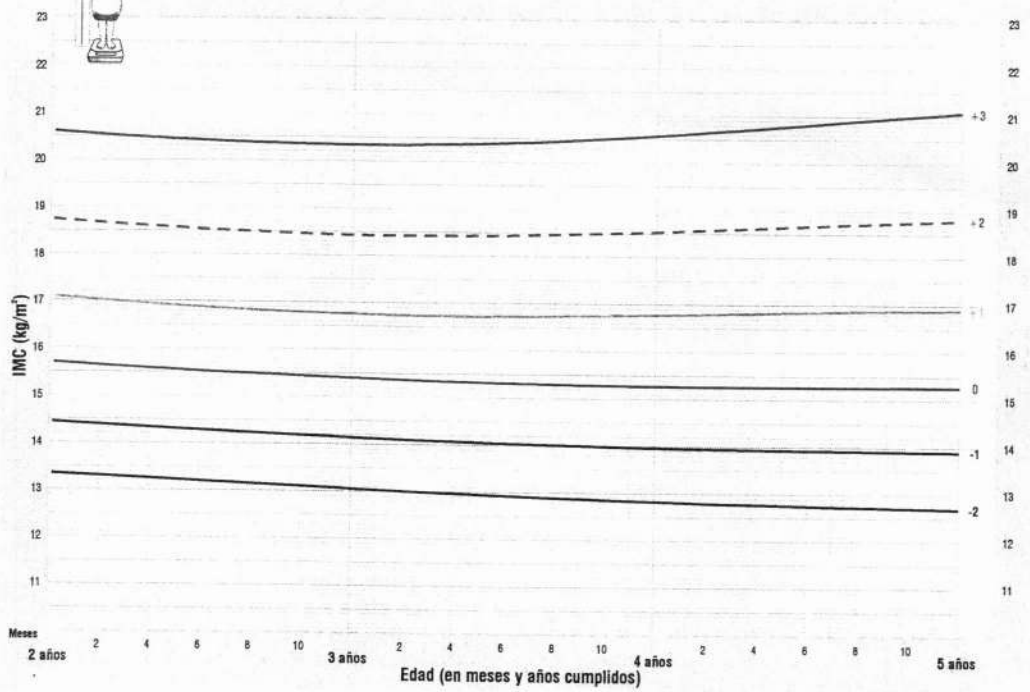
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

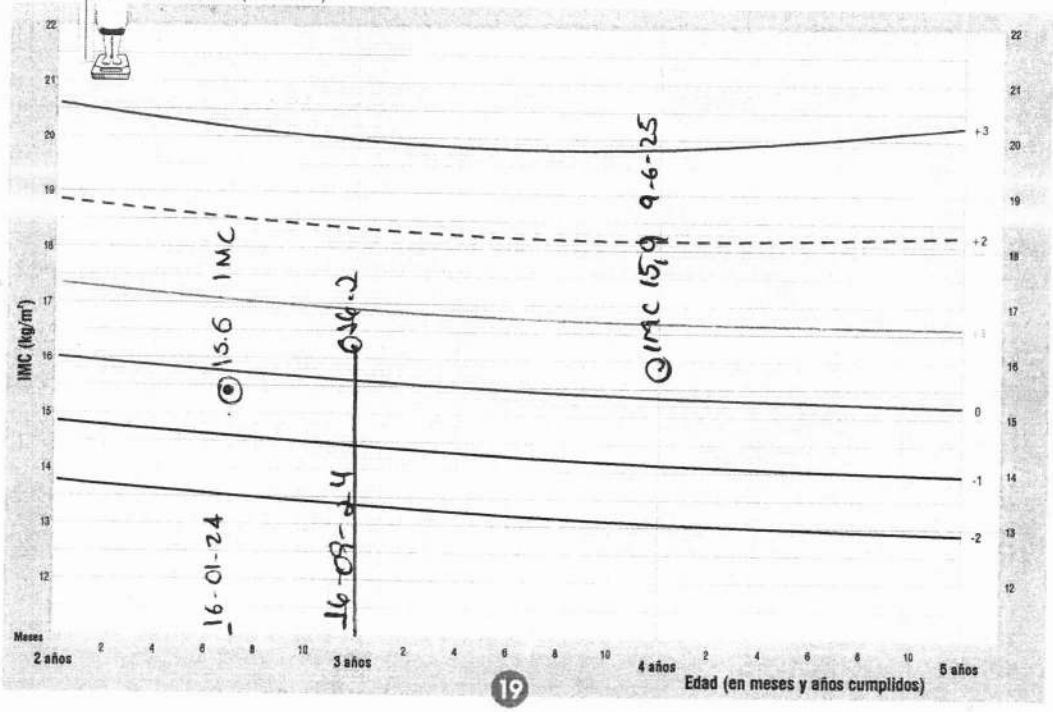
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

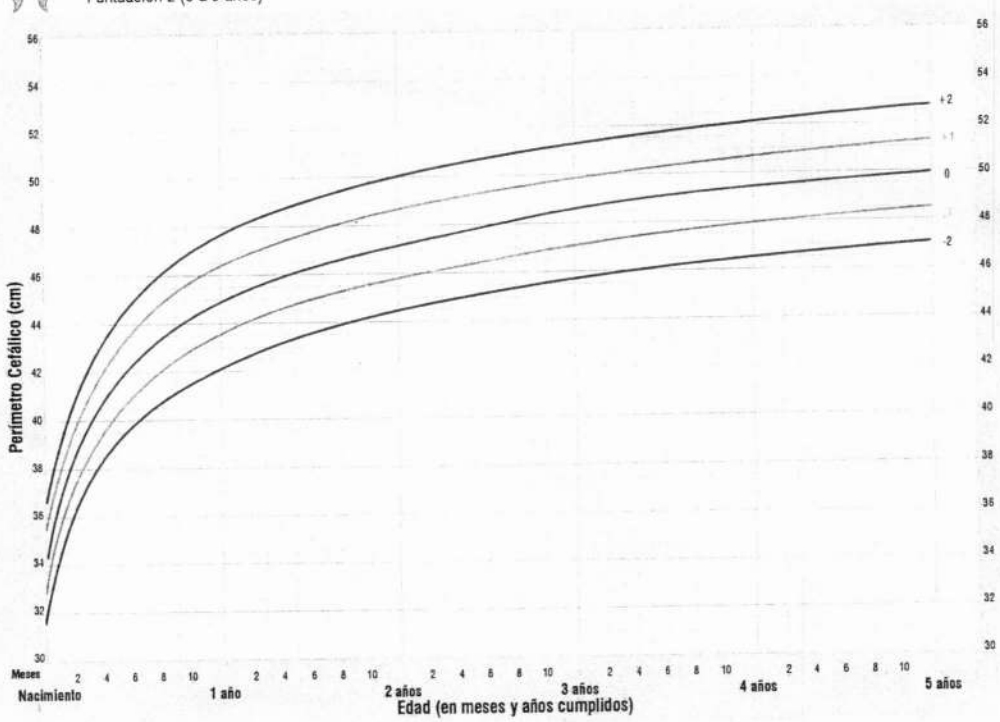
Puntuación Z (2 a 5 años)



13-

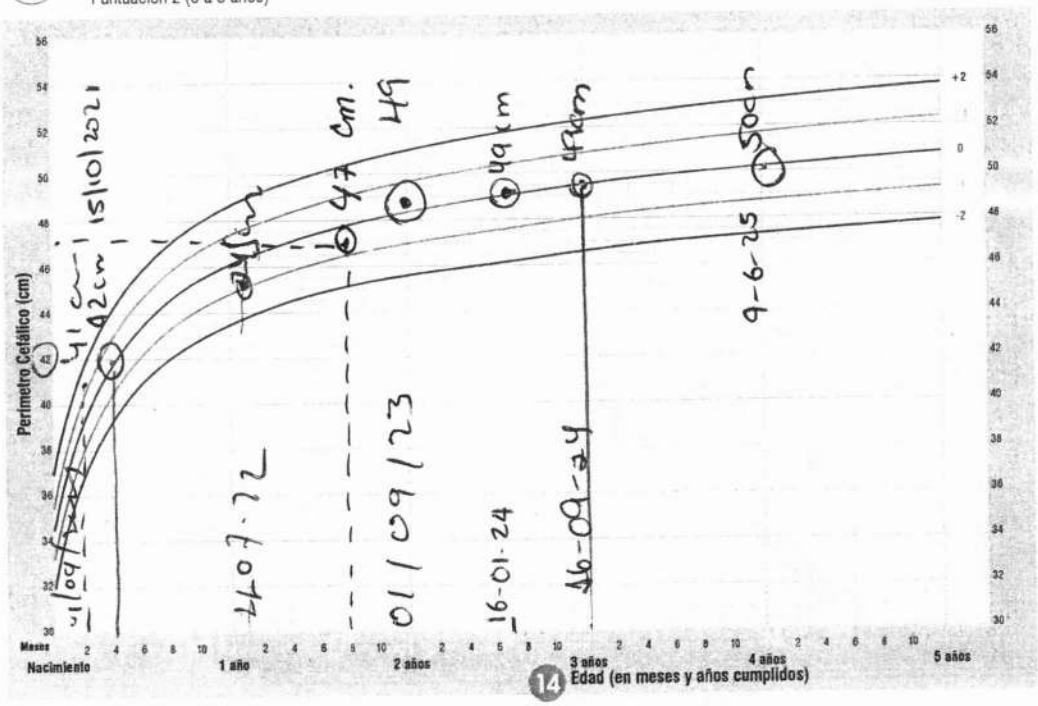
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO	
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA	
Al momento de nacer	Fecha:
PRIMER CONTROL MÉDICO	
Durante el primer mes de vida	Fecha:

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

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

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

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

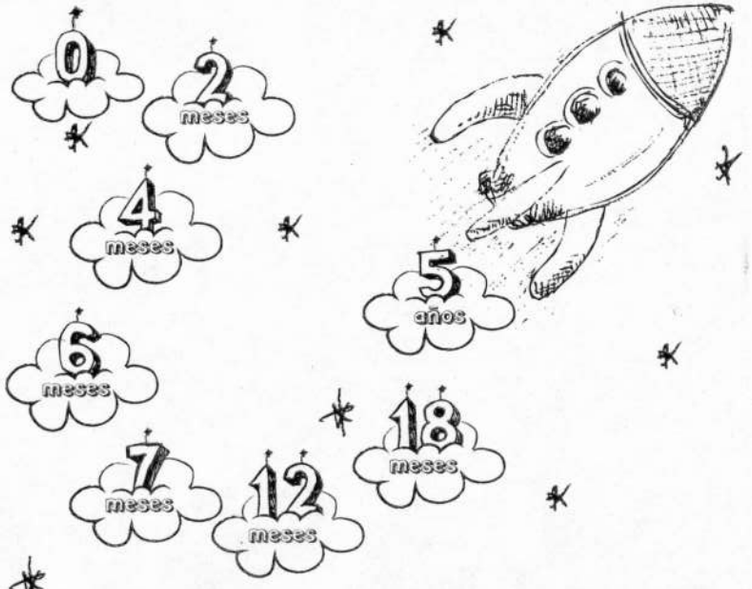
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Viviana Dranieqos Ivan Enrique
Fecha de nacimiento: 6-06-21
Nº de certificado de nacido vivo: 166596228
Registro civil: 1122343768
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 4345
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Vivi Dranieqos
Municipio de residencia: Ibague
Departamento: Putumayo
CC 1122339767

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	7 6 21	Serum	037GG+1	clinico PTSO		Diana T
	Hepatitis B		Recién nacido	7 6 21	Serum	037CYONA	clinico PTSO		Diana T
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	25-08-21	Serum	2017004	HFID		Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	25-08-21	Serum	2850yc18D	HFID		talya b
	Rotavirus		1ª	25-08-21	GSK	AR01C772AF	HFID		Talya b
	Neumococo		1ª	25-08-21	GSK	ASPNB30IEA	HFIP		Talya b.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						cita	
	Polio (Oral - IM)		2ª	24-11 21	Serum.	2017004	HFID	25/Oct/2021	Karen A
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	24-11 21	Serum	2850401BD	HFID	proxima vacuna: 25-01-2022	Karen A
	Rotavirus		2ª	24-11-21	GSK	AR01C772AF	HFID		Karen A
	Neumococo		2ª	24-11 21	GSK	ASPNB30IEA	HFID.		Karen A.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	18-1-22.	Serum	2101001	HFID	6a	Karen A
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	18-1-22	Serum	2850401BD	HFID		Karen A.
	Influenza		1ª	5-7-22	Green	VS022008	HFID		Karen A.
7 Meses	Influenza		2ª	21-11-22	Grem	VS022008	HFID		Paula C
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	5-7-22	Serum	013CM216	HFID		Karen A
	Fiebre Amarilla		1ª	5-7-22	Sanofi	L211UF	HFID		Karen A
	Neumococo		Refuerzo	5-7-22	GSK	ASPNB333KA	HFID		Karen A
	Influenza		Anual	3/04/22	Biotadan	240479/oc	HFIP		Jennifer C.
	Hepatitis A		ÚNICA	5-7-22	MSD	T036268	HFID		Karen A
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	21-2-23	Serum	2521001BD	HFID		Paula C
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	21-2-23	Biolog	21 41614	HFID	cita 18 enero 2023	Paula
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	21-2-23	Serum	013CK133A	HFID		Paula C
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª					CITA: 5 AÑO COMPLIDO	
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis			Varicela	5-7-22	Merck	V016461	HFP		Karen A.
	SR		RF	21-11-22	Serum	012204V017	HFID		Paula C

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

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

CIUDAD LA DORADA FECHA: DÍA 19 MES 02 AÑO 2025 HORA: 07:28 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES LIAN EMMANUEL APELLIDOS VILLOTA ARCINIEGAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.343.788

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 06 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 3. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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) NO HAY DISPONIBILIDAD DE BIOLOGICO

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar NINGUNO 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: Yahzuly Arcinieges

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

Nombres YIANY FAYZULI Apellidos ARCINIEGAS BERNAL

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.339.767.

Firma: Yahzuly Arcinieges

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: Sandy Martinez Tec Aux en Enfermeria CC. No. 1122336322

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

Sandy Martinez Tec Aux en Enfermeria CC. No. 1122336322

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): IHFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Bolivar MUNICIPIO: Simiti

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.

18

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PROXIMA CITA
09-11-22	X		X		09 Nov 0-2023
20-03-24	X		X		20-09-24
28/10/24	X	X	X		28-04-25
28-04-25	X	X	X		28-10-2025
30-10-25	X	X	X		30-04-2026

Liliana Maribel Córdoba
ODONTOLOGA
RES 00003 de 2017

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

I.I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 844 002 256-8
TEL 42 [illegible] LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emsasanal
Nombres: Liam Emmanuel
Apellidos: Villota Arciniegas
Sexo: M F Fecha de Nacimiento 06 06 2021
Identificación: RC 1122343762
Dirección: N.H.C.

Salud con Calidad!

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Lian Emmanuel Villota Arciniegas, identificado (a) con documento de identidad número 1122343768 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, Viany Fayzuli Arciniegas Bedal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339767, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 COI Institucional.

Suscriben:

Firma: Fahnoly Arciniegas.
Nombre: Viany Fayzuli Arciniegas
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3134047787
Fecha: 01/04/2023
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.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Yohiany Domínguez...
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

Emanuel

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_49564 - 6	Pago oportuno hasta:	21-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037063593 - 10	Suspensión a partir de:	22-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre: VICTOR MANUEL CUESVAS ARCINIEGAS — Cédula de ciudadanía 1122342828 2 — **Último pago** $ 43,770

Dirección: BARRIO LA AMISTAD AP — Tuve servicio de energía entre: 03-FEB-25 - 04-MAR-25 (29)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM4	S401	100	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.5	A	SP	105	SAN MIGUEL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	26-MAR-25	26/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 180626

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6001 + Transmisión 49.8467 + Distribución 253.2346 + Comercialización 121.9495 + Pérdidas 70.7933 + Restricción 14.6758 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2020017432	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	875	805
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 70
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 72667
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: % 60 $ -43600.2
Contribución: % $
Sub Total $ 72667

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	75
01-ENE-25	85
01-DIC-24	88
01-NOV-24	87
01-OCT-24	85
01-SEP-24	64

85

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD122 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 0
DIU: 75.7782 FIU: 93
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	72667	0	0	72667
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60.00%	-43600.2	0	0	-43600.2
210 - AJUSTE A SUBSIDIO	180.91	0	0	180.91
520 - AJUSTE A LA DECENA	3.29	0	0	3.29

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

29251

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	5719	0	5719

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes / Otros	Valor Total
Alcantarillado						0	0		0	
Aseo*	EMPRESA DE ACUEDUCTO,	CRA 36 #10A-20		6000		0	0	0	0	6000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
29251		5719		6000				40970

CUFE: 9ed7d70f4a7f5190e0cbfdb2b013069afea915427eb928b6d513ca0ee226781c72edf3bc75e846e39fed0b548f088907

Paga fácil por **Internet** en **www.eebpsa.com.co/factura**

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203706359316(3900)0000040970(96)20250421

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Cambiario y Comercial Ley 142 Art. 130
Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software fact-e!

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9
Mi prioridad es tu salud...

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

Nombres y Apellidos: Lian Emmanuel Villota Alcintepo
Doc. de Identidad: 1122343768 **EPS:** Emssanar
Teléfono: 3134047787 **Domicilio:** B/ Amistad

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												9-6-2025.	
		Atención en salud por Odontología						Proximo control				6 Junio 2026			
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											28-4-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											28-4-2025		
	V	Vacunación													

Tuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agudeza visual 2020 normal 9-6-2025.

Higiene oral 28 octubre 2025 proximo control

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - la dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Lian Emmanuel villota Arcimegas

Fecha de nacimiento Día 06 Mes 06 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343768

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 01 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincon E. hijo#2

Fecha de registro cualitativo 02 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

Emmanuel interactuan con sus compañeros de manera respetuosa, Comparte juguetes, y acepta normas del grupo y resuelve pequeños conflictos sin la intervención del adulto, se de reforzar la comunicación Verbal del niño ya que es muy timido.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 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

● Emmanuel sigue normas de la vida cotidiana tambien es muy independiente realica rutinas de higiene personal por si mismo, y es muy organizado con sus pertenencias.

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)***

oración litativa ⇨	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales