Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

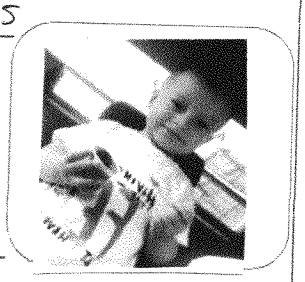
No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) _X_ 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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Amor y Ternura **MUNICIPIO:** San Miguel.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Liam Alexander Burbano Canacuan

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.726.744.530

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 23-05-2023 **EDAD:** 1 AÑO **MUNICIPIO:** Lago Agrio

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** Ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ 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: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **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: X NO: ___ PUNTAJE: A4 **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: ___

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Alexander Burbano Muñoz

No. IDENTIFICACION: 1.006.788.203 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: ___ **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karun Michely Canacuan Nasamues

No. IDENTIFICACION: 1.006.849.374 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Mesas del Sabalito

CELULAR: 316 501 2366 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Karun Michely Canacuan N.

NUMERO IDENTIFICACION: 1006.849.374. **CELULAR:** 316 501 2366

DIRECCION: V/ Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre.

Karun Canacuan
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1126144530

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64347180**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BURBANO	CANACUAN

Nombre(s)
LIAM ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 23	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150778161

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
BURBANO MUÑOZ EDWIN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006788203	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos
CANACUAN NASAMUES KARUN MICHELY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006849374	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CANACUAN NASAMUES KARUN MICHELY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1006849374	Karun Canacuan

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes AGO Día 29	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
EDWIN ALEXANDER BURBANO MUÑOZ Edwin Burbano Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2023/08/29 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 64347180 *

CONSULADO EN NUEVA LOJA (ECUADOR)

El suscrito (a) CONSUL certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 64347180 de LIAM ALEXANDER BURBANO CANACUAN.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 29 de agosto de 2023.

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CONSUL
NUEVA LOJA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRXIZD112225854

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 867576741052800010868

A4

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM ALEXANDER

Apellidos: BURBANO CANACUAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144530

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2024

Última actualización ciudadano: 18/11/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	No pobre ni vulnerable

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

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	1126144530
NOMBRES	LIAM ALEXANDER
APELLIDOS	BURBANO CANACUAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

atos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:03:30	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Liam Alexander	Apellidos: Burbano Cuanacuan
Fecha de nacimiento: 23 DÍA | 05 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1.126.144.530
Barrio/Vereda: V/ Sabalito	Responsable del niño: Karun Canacuan
Teléfono: 316 501 2306	EPS: Mallamas

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☒

APAGAR al minuto: 9. APAGAR a los 5 minutos: 10.

Peso: 3500 gr Talla: 49 cm Perímetro Cefálico: 36 cm.

Ictericia: NO. Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☒ ¿Dónde? _____

Grupo sanguíneo: _____

Perímetro braquial 15 cm.

¿Estuvo hospitalizado? SI NO X.

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI X. NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

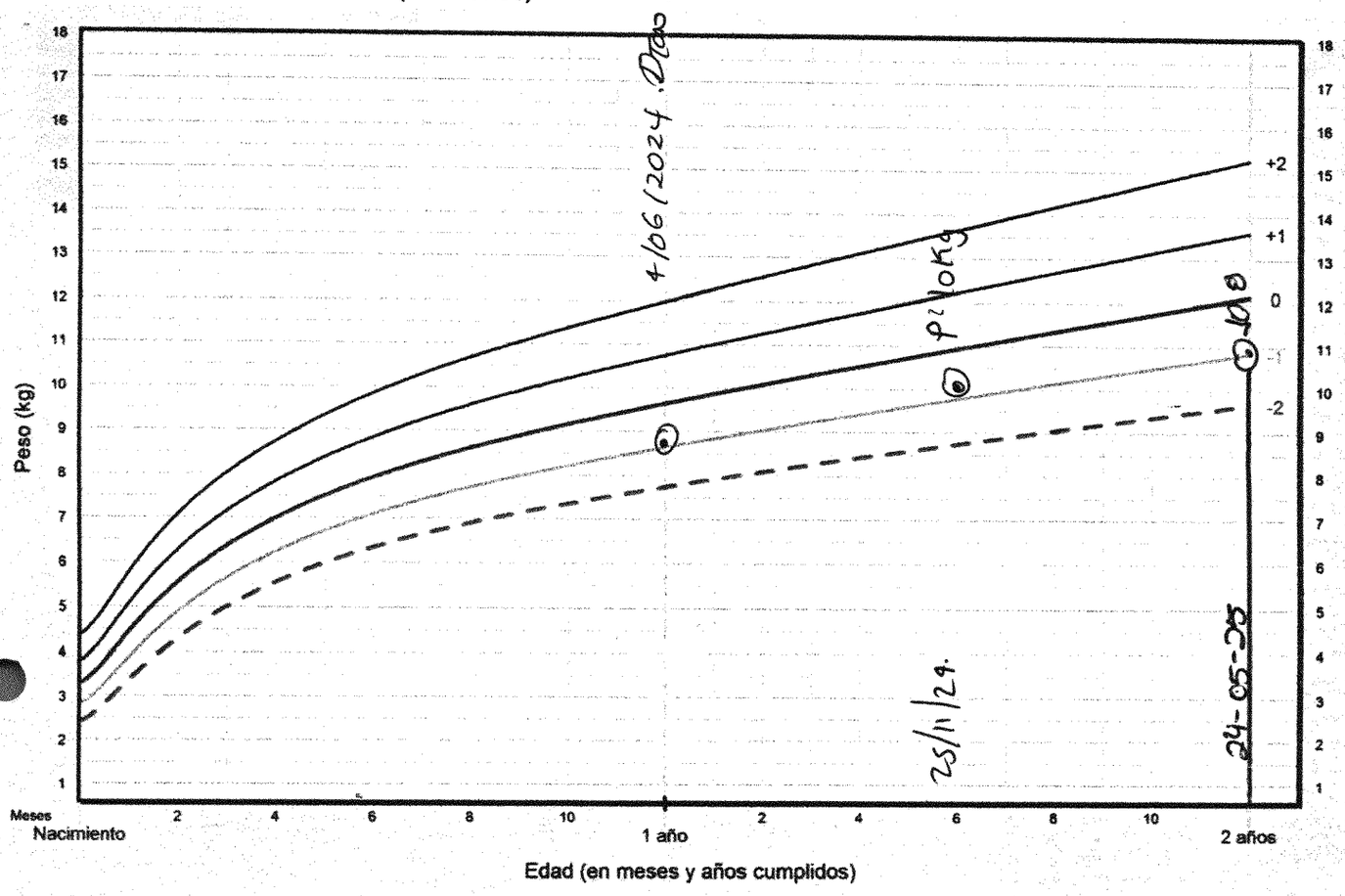
Antes de la hora SI X. NO

Después de la hora SI X NO

Antes de salir de la clínica SI X NO

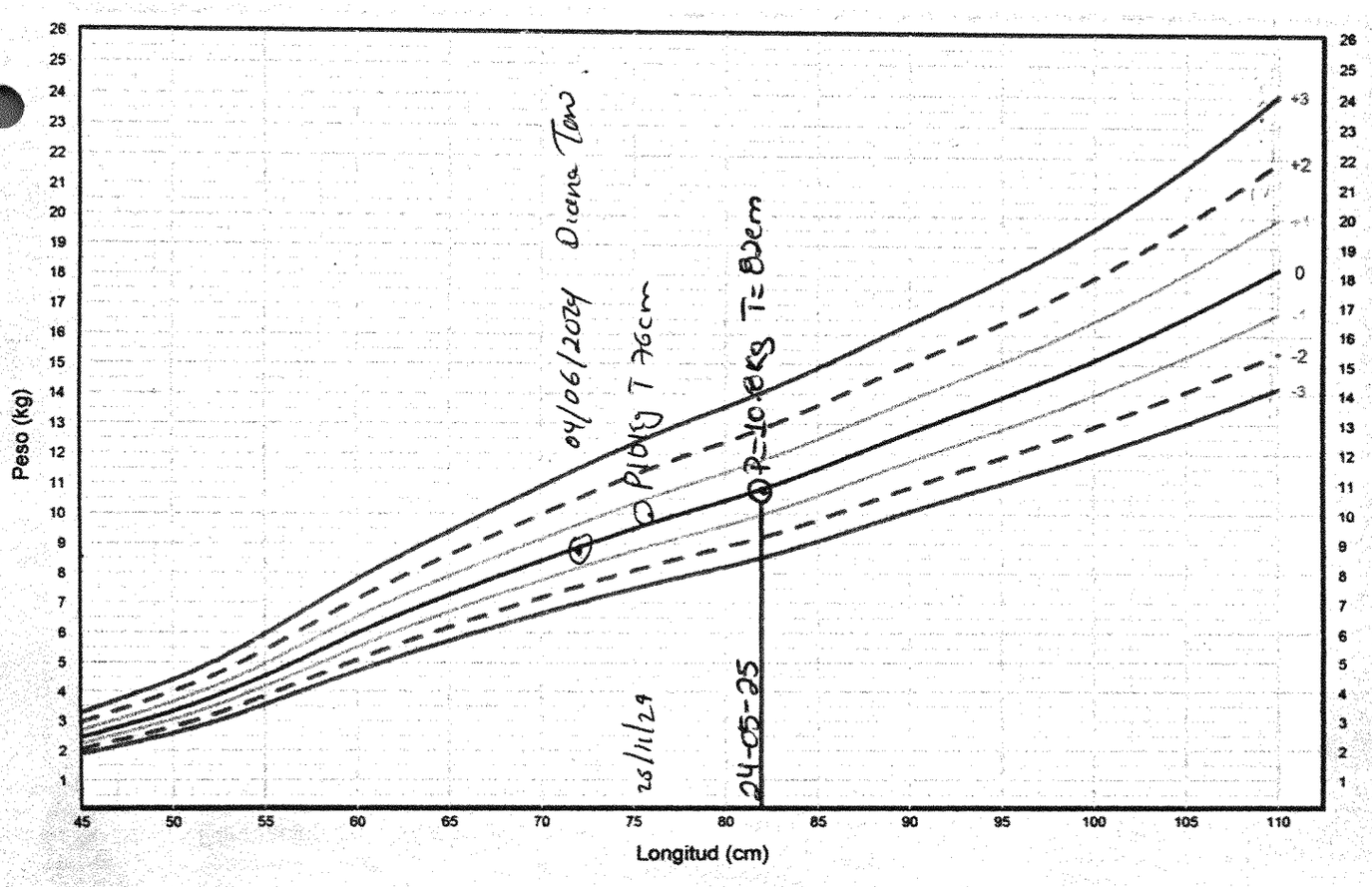
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



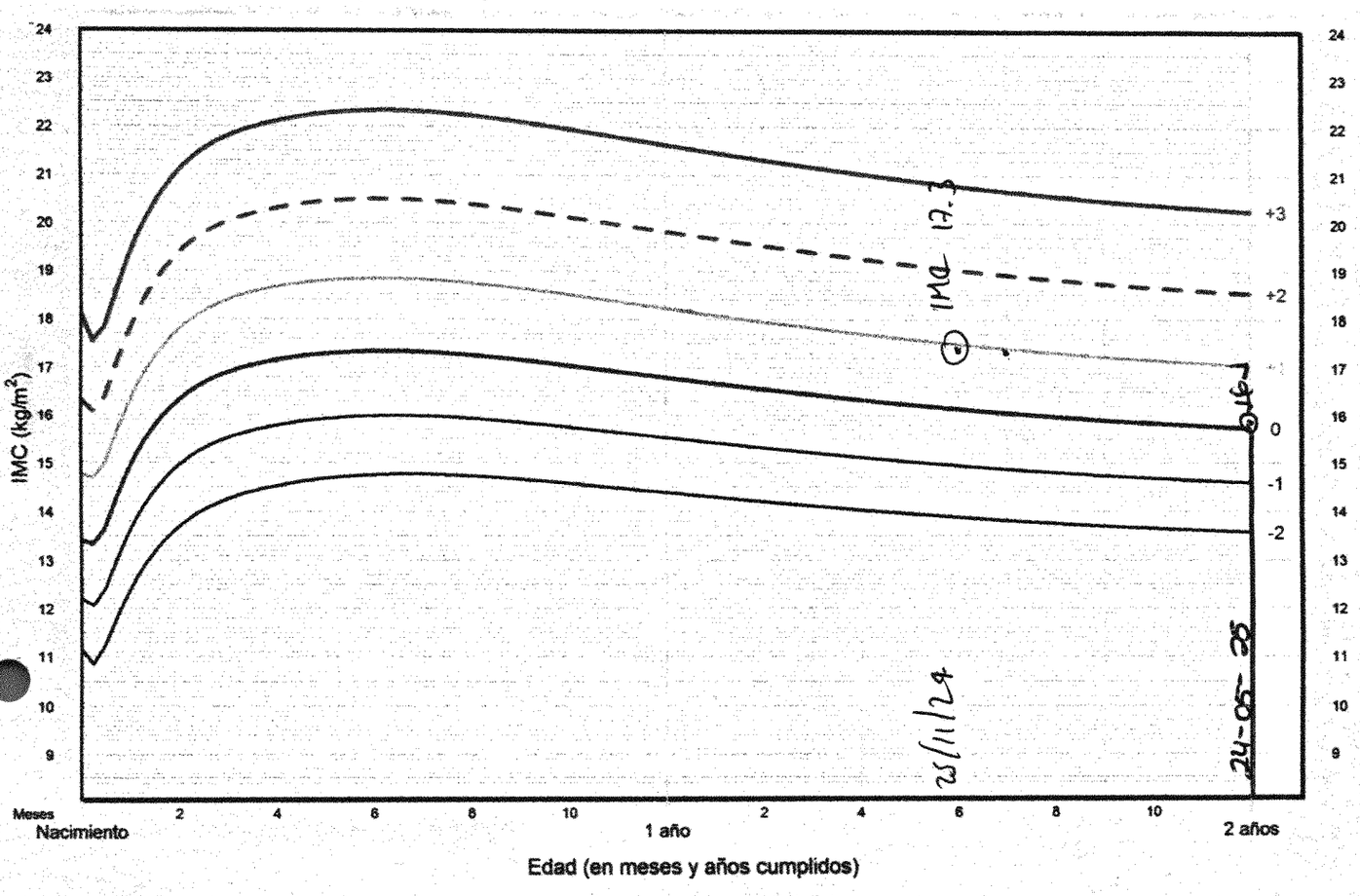
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



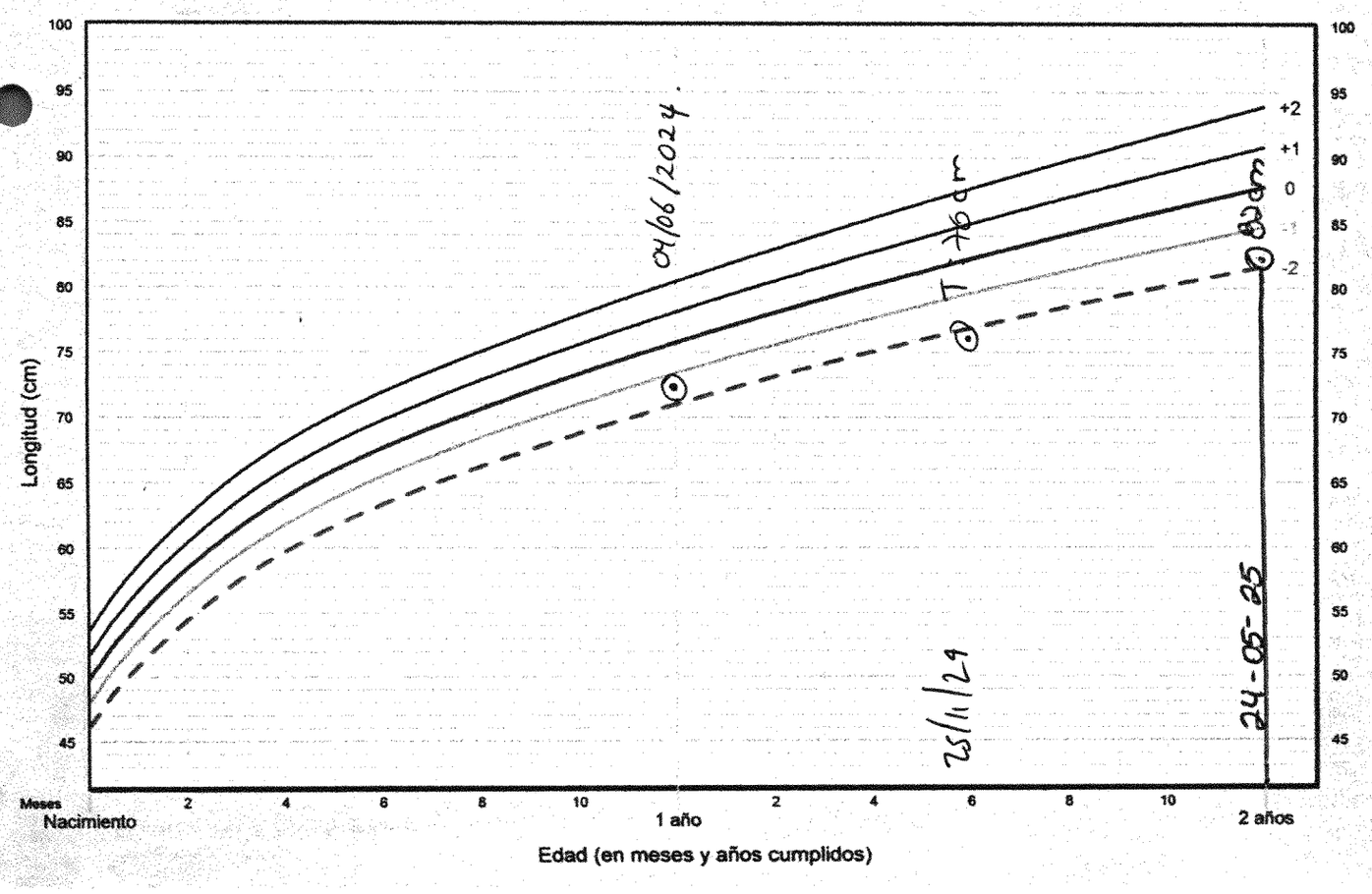
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



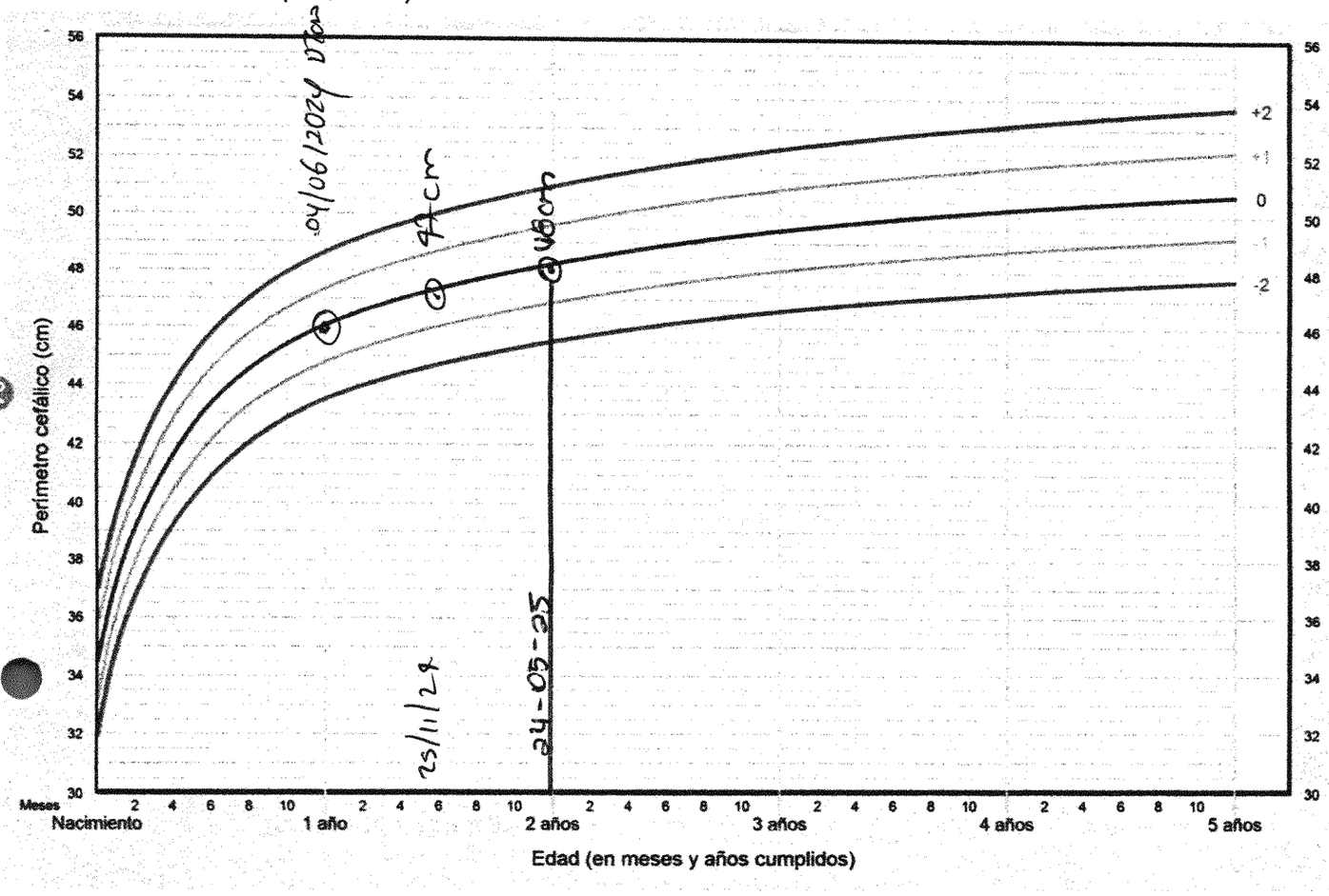
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



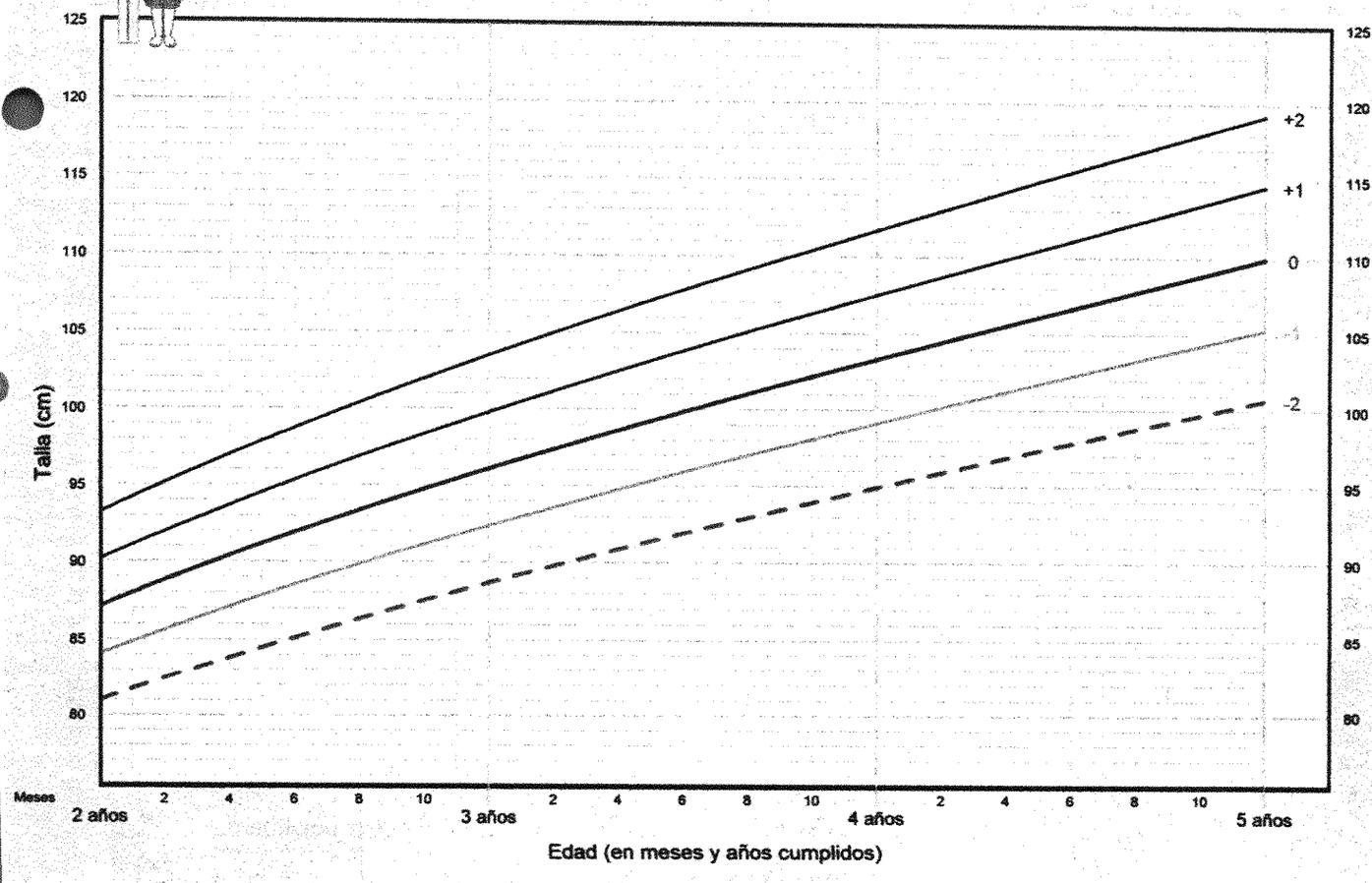
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

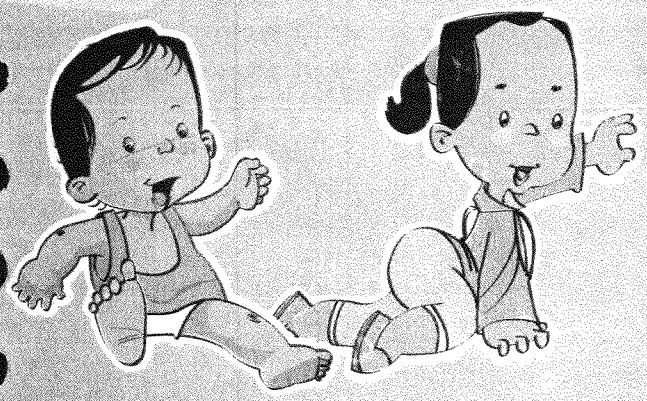


CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
04	06	2024		✓	
25	11	2024	Enf	Si ✓	P. Lopez
24	11	2025	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
04/06/2024	8.6 kg	72cm	46cm	15cm	16,6	23/10/2024	Diana Toro
25/11/24	10kg	76cm	47cm	19 cm	17,3	23/05/25	P. Lopez
24/05/25	10.8	82	48	15	16.1	24-11-25	[illegible]

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 2 1 5 0 7 7 8 1 6 1

Nombres: Liam

Apellidos: Burbano Canacuan

Discapacidad: Sí .... No .... Tipo .....

Fecha de nacimiento: 23 (Día) 05 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: San Miguel.

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: .....

Nombre de la madre/padre: Carun Canacuan

Zona: 1

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: General Farfán

Establecimiento de salud: .....

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	24	5	23	24H	0372MA010	Lic BG	HGMVI
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	24	5	23	24H	UFA21008	Lic G.S	HGMVI
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	24	07	23	2M	AROLD493AC	Lic. P.A	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	26	09	23	4m	AROLO493AC	Lic P.A	C.S.G.F
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.ª dosis	2 meses	24	07	23	2M	22010S322A	Lic. P.A	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	26	09	23	4m	22010S322A	Lic P.A	C.S.G.F
	3.ª dosis	6 meses	27	11	23	6m	22010S322D	Lic. U.P	CSGF
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	24	07	23	2M	2239001	Lic-P.A	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	26	09	23	4m	2239001	Lic P.A	C.S.G.F
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	27	11	23	6m	1892P135	Lic U.P	C.S.G.F
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	24	07	23	2M	ASPNB396AB	Lic. P.A	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	26	09	23	4m	ASPNB396AB	Lic P.A	C.S.G.F
	3.ª dosis	6 meses	27	11	23	6m	ASPNB356AA	Lic. U.P	CSGF

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

cita: 5 AÑOS

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	29	5	24	1año	0151N003	Lic. P.A	C.S.G.F
	2.ª dosis	18 meses	25	11	24	1.6M	0132N048B	HHD	Eduard IB
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	29	5	24	1año	X3AB911J	Lic. P.A	C.S.G.F
Varicela	1.ª dosis	15 meses	25	11	24	1.6M	XU0159 A	HHD	Eduard IB
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1.º refuerzo (4.ª dosis componente DPT)	18 meses	25	11	24	1.6M	2852X010	HHD	Eduard IB
bOPV (Poliomielitis)	1.º refuerzo (4.ª dosis)	18 meses	25	11	24	1.6M	2339001	HHD	Eduard IB

Esquema de vacunacion

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	1ª dosis	28	11	23	6m	PK03592399		
		2ª dosis (al mes de la primera)	05	06	24	1año	23/00979/00		HFLD
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	10	07	24	1a 1m	2400999/00	Jeniffer	HFLD
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis	15	05	25	1 a 11 M	P100792794	Jenifer	HFLD.
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



15
Liv

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION 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 15 MES 05 AÑO 2025 HORA: 03:12 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Liam Alexander APELLIDOS Burbano Canacuan

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144530

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 05 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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) Me da miedo 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 Ninguna. 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, artículaciones (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: Karon Canacuan

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

Nombres Karen Michelle Apellidos Canacuan Nasamues

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006849374

Firma: Karon Canacuan

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

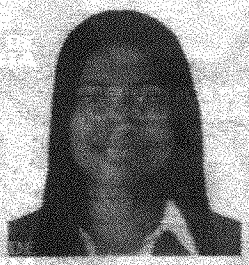
Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

cabalto

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.849.374
CANACUAN NASAMUES
APELLIDOS
KARUN MICHELY
NOMBRES

Karun Canacuan
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-2000
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-DIC-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01058255-F-1006849374-20190125 0064343015A 1 51877402



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.786.203
BURBANO MUÑOZ

APELLIDOS
EDWIN ALEXANDER

NOMBRES

Edwin Burbano
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1999
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

21-NOV-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00964103-M-1006786203-20171227 0058919638A 1 49219663

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

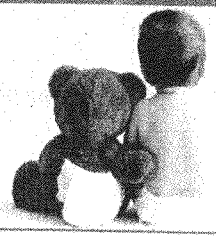
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: liam Alexander Burbano

Doc. de identidad: 1126144530 EPS: 115

Teléfono: 3165012366 Domicilio: V/ sabalito

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							04/06/24 04/12/24		16-06-2025 16-12-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							04/12/24						
		Aplicación de sellantes (según criterio)							04-12-24						
	V	Vacunación													

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg 52 - 570

16-09-24

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Karun Michely Canacuan Identificado con C.C N° 1006849374 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Liam Alexander Burbano C o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Karun Michely Canacuan Nasamues
Madre o Acudiente
C.C 1006849374

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 Liam Alexander Barbano Canacuan, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.144530, 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	X	Audios		Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Karon Michely Canacuan N, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006849574, 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	X	Audios		Videos	X	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 Fundacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación Inicial Campesina EIC

Suscriben:

Firma: Karon Canacuan
Nombre: Karon Michely Canacuan
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3165012366
Fecha: 03- 04- 2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Liam Alexander Burbano Canacuan

Fecha de nacimiento 23 05 2023 **N° Documento de identidad** 1.126.144.530

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 04 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

El niño muestra buen manejo de su esquema corporal le gusta estar acompañado de su madre, en la primera valoración se encuentra en perfil esperado ya que cumple con los ítem según su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

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

Se evidencio que al niño le gusta contar y nombrar objetos inicia con la comprención de nociones espaciales "dentro" "fuera" "arriba" "abajo". El reconoce imagenes sencillas y además comienza a resolver pequeños problemas a través del ensayo y error.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

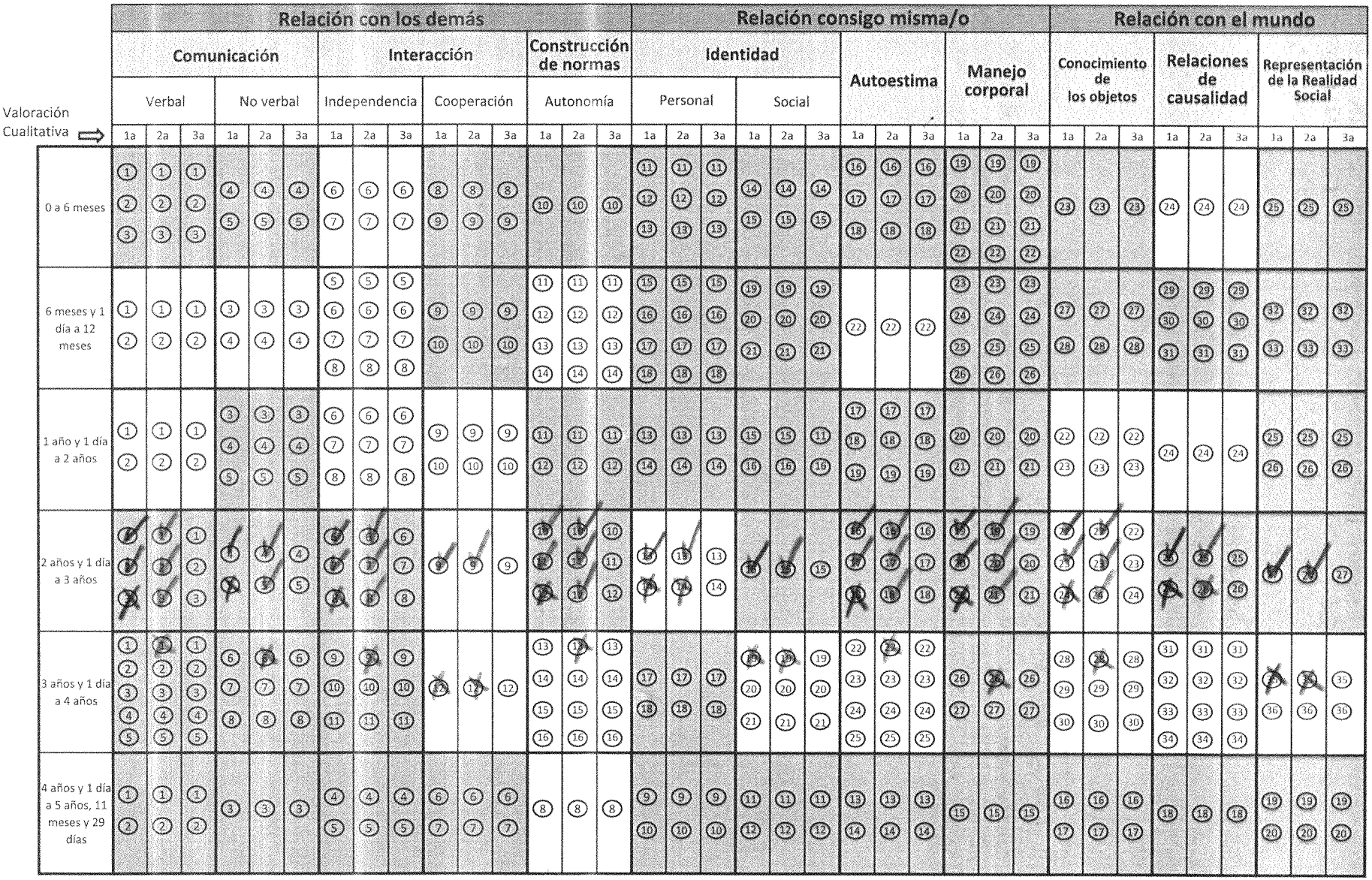
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


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
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

22
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Liam Alexander Burbano IDENTIFICACIO: 1126 144 530 FECHA DE NACIMIENTO: 23-05-2023

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					
13-09-2023	X			02:03	El niño no asiste al encuentro la madre envia un mensaje de whatsapp donde refiere que se encontraba de viaje y no alcanzo a llegar.	Karun Canacuan	Omaira Meneses	Ante la novedad presentada se orienta a la madre sobre la importancia de cumplir con la asistencia a cada uno de los encuentros, por lo tanto no ocupar estos dias en otras actividades.		-o La madre se compromete a asistir al proximo encuentro y evitar faltar a los encuentros.
08-10-2023	X			02:02	El niño no asiste al encuentro, la madre envia mensaje por whasaptp que se encuentra en Siberia y llega en horas de la noche por eso no puede llegar al programa que el niño esté bien de salud.	Karun Canacuan	Omaira Meneses	Por parte de la agente educativa se hace la debida orientacion a la madre sobre la importancia de evitar faltar al programa y llegar de manera cumplida. —o—o— El dia 22-10-23 Se hace cierre de la novedad.		-o La madre se compromete asistir el proximo encuentro el dia 22- de octubre de manera puntual.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Liam Alexander Burbano IDENTIFICACIO: 1.726 144 530 FECHA DE NACIMIENTO: 23-05-2023

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					