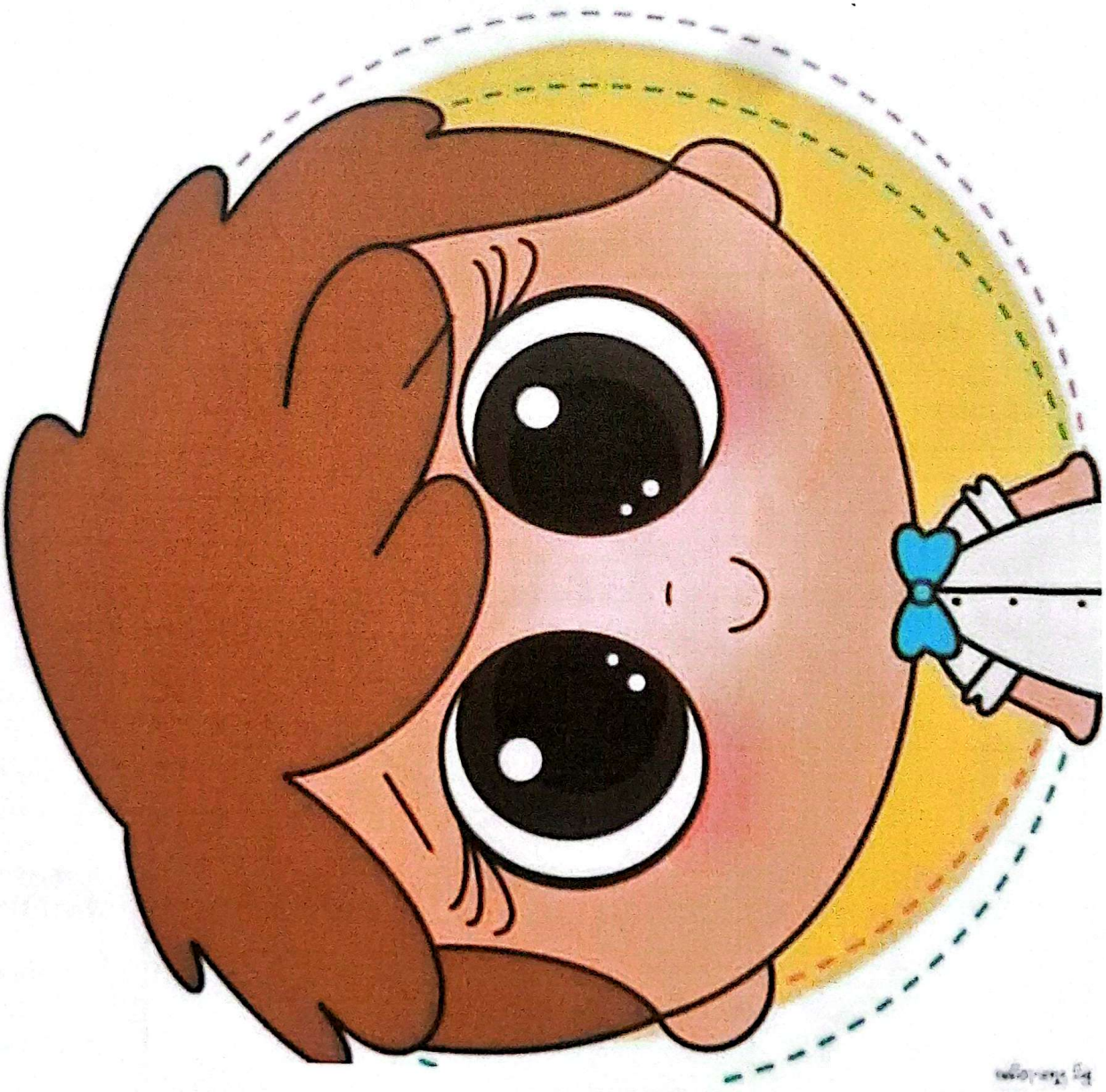
JULIAN DAVID MONJE OLAVE



Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB SUEÑOS MAGICOS

VEREDA LAS MERCEDES DE PAICOL HUILA

USAURIO: JULIAN DAVID MONJE OLAVE- *RC No.* 1079510281



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	NIT. 900027451-0

Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

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

NUIP 1.079.510.281

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432694

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONJE	OLAVE

Nombre(s): JULIAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 24	MASCULINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166191888

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OLAVE CHANTRE LINA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.410.205	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONJE CRUZ ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.508.446	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONJE CRUZ ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.508.446	Adolfo Monje Cr

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 SEP Día 03	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

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

08 SET. 2021

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.410.205**

OLAVE CHANTRE

APELLIDOS

LINA MARIA

NOMBRES

lina maria olave

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1992**

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-AGO-2010 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00257678-F-1081410205-20100928 0024152807A 1 35286306

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.508.446

MONJE CRUZ
APELLIDOS

ADOLFO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1988

PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

05-FEB-2007 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1905209-00956847-M-1079508446-20171121 0058549902A 1 48424332

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/11/2025

Ficha: 41518002504000000110

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JULIAN DAVID

Apellidos: MONJE OLAVE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510281

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/12/2018

Última actualización ciudadano: 27/01/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

Correo Electrónico: sisben@paicol-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

289342886

Para cualquier consulta o pago a nuestras oficinas www.electrohuila.com.co

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 847/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMBO GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 60.230

FACTURA DE VENTA No. 64972156

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 21/FEB/2025

FECHAS DE LECTURAS	09/DIC/2024
	01/FEB/2025
FECHA SUSPENSIÓN	24/FEB/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	OLAVE CUENCA JOSE NEXARDELI	Nit CC	1490738
Dirección	VDA LAS MERCEDES FCA LAS PAPAS	Ruta	6070560210
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6550024
Carga Contratada	59	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
50430940	HDL	A	S	8	20801	20655	1	146

Promedio Cuenta 185 Consumo Año Anterior 202 Consumo Anterior 202

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	146
NOV	167
SEP	180
JUL	209
MAY	189
MAR	187
ENE	202

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 28/12/2024
Valor $ 000.0

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
73.0	982.5245 =	71724
73.0	1009.6231 =	73702

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	145.426
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 85.195
Valor Total Energía Facturado	$	60.231

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	$	145.426		$ 0
AJUSTE DECENA	$	- 1	ALUMBRADO P	$ 0
SUBSIDIO	$	- 85.195	VALOR ELECTROHUILA	$ 60.230

TOTAL A PAGAR

$ 60.230

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14
3.0 CUv,n,m: 1009.6231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Powered by CamScanner

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	1079510281
NOMBRES	JULIAN DAVID
APELLIDOS	MONJE OLAVE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. - CM	SUBSIDIADO	25/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/21/2025 10:57:45	**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

Powered by CamScanner

29 DE MAYO DE 2025

Hogar comunitario

Sueños Mágicos

Vereda Las Mercedes, Paicol

Yo Lina María Olave Chantre con número de cedula 1081410205 , madre de familia del niño Julián David Monje Olave con registro civil número 1079510281 , notifico que mi hijo tiene el servicio de salud en el municipio de la Plata, porque la atención es mucho mejor y más completa, y además se me facilita el transporte para ese municipio.

Atentamente

Lina Maria Olave

Lina Maria Olave Chantre

cc. 1081410205

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS

REGISTRO DE ASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

NOMBRE Ilian David Monje

FECHA	PESO	TALLA	PC	PT	ASISTIO SI	ASISTIO NO	ESTADO
01/03/22	8.450	79.5	41	48		x	OK
4/06/22	8.5kg	80cm	44cm	98	✓		Adecuado para la edad
29/08/22							
09/09/22	9.5Kg	72cm	45.5	—	✓		Adecuado
09/12/22	10.2	76 cm	46	—	✓		Adecuado
29/03/23	10,45Kg	72cm	46	—	✓		Riesgo B.T
04/05/23	10,5kg	80cm	46	—	✓		Riesgo de Talla baja
30/11/23	11.5Kg	85cm.	47cm	—	✓		Riesgo de baja talla
24/06/24	13.1kg	91cm	48cm		✓		Peso adecuado. Riesgo de bajo talla
29/01/25							
01-02-25	14kg	94cm	49cm.	—	✓		Peso adecuado. Riesgo talla baja
Agosto 2025							
08-09-25	14.2	98	50	—	✓		Peso adecuado talla baja
08-09-26							

Nini Yohana Moaquera T.
Médico y Cirujano
R.M. 2272

Natalia Garzón Tovar
Enfermera Jefe
C.C. 1.010.123.233
Uninavarra

Diana M. Portilla B.
Medica S.S.O.
C.C. 1004771668

Natalia Sánchez Gómez
Medica SSI
RM: 10842525
Universidad Surcolombiana

Medico ..

Powered by CamScanner

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	AVL*	AVC*
4 años	D	M	A	AVL*	AVC*
5 años	D	M	A	AVL*	AVC*

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Julian David Monje Olave
Fecha de nacimiento: 24-Oct-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 166197868
Registro civil: 1079510281
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O Negativo
Peso al nacer: 3620 Talla: 50
Dirección: Vereda La Mercedes Parcel.
Teléfono 1: 3133744617
Teléfono 2: 3166211461
Responsable: Ana Maria Olave Chantre
Municipio de residencia: Neiva
Departamento: Huila
CC 1081410200 Neiva

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: ODO-FO-003
		VERSIÓN: 0
	EVOLUCIÓN HIGIENE ORAL	FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018
		PÁGINA:

NUM. HISTORIA: 1079510281 **FECHA:** 2025-01-24 11:04:43 **NUMERO AUTORIZACION:**

IDENTIFICACION: RC 1079510281 **NOMBRES:** JULIAN DAVID **APELLIDO:** MONJE OLAVE

FOLIO: 38

IDENTIFICACION

APELLIDO: MONJE OLAVE
NUM. HISTORIA: 1079510281
NOMBRES: JULIAN DAVID
TIPO DOCUMENTO: RC **NUMERO:** 1079510281
DIRECCION: VEREDA LAS MERCEDES LA PLATA (HUILA)
EDAD: 3 Años, 5 Meses,0 Dias
TELEFONO: 3166211461
GENERO: M
ENTIDAD: CAPITA NUEVA EPS
RH: O-
TIPO DE USUARIO: Contributivo beneficiario
ESTADO CIVIL: SOLTERO
ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD
DISCAPACIDAD: NO CUAL?
TIPO PROCEDIMIENTO: 525-EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL [990212]

LOTE: **FECHA DE INICIO ESTERILIZACION:** **FECHA DE VENCIMIENTO:**
ESTERILIZADO POR:

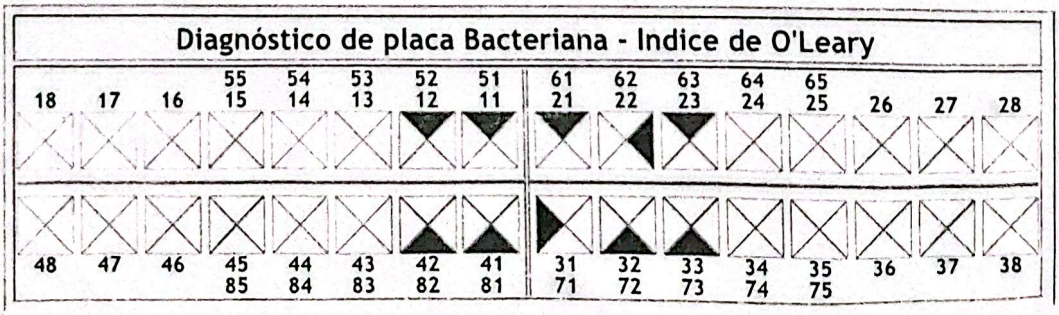
EVOLUCION:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE HIGIENE ORAL JUNTO CON ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD RESPONSABLE DEL MENOR DE EDAD, SE EDUCACIÓN EN HIGIENE ORAL ENFATIZADA EN LA FRECUENCIA DEL CEPILLADO, SE EXPLICA LA TÉCNICA DE BASS O BARRIDO, DE DIDACTICA, EL USO Y LA IMPORTANCIA DE LA SEDA DENTAL Y EL ENJUAGUE BUCAL, TAMBIEN SE EXPLICA LA CANTIDAD DE CREMA DEN EL PACIENTE DEBE USAR SEGUN SU EDAD. SE DA A CONOCER LOS TIPOS DE ENFERMEDADES BUCALES QUE DERIVAN UNA MALA HIGIEN COMO ES LA CARIES, LA GINGIVITIS Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN. SE LE REALIZA CONTROL DE PLACA BACT PROFILAXIS, APLICACION DE FLUOR EN BARNIZ, APLICACIÓN DE SELLANTE DE FOTOCURADO DE LOS DIENTES 84 Y 85, SE REALIZA CON OCLUSION CON PAPEL DE ARTICULAR Y SE DAN RECOMENDACIONES,SE SOLICITA CITA NUEVAMENTE EN SEIS MESES PARA HIGIENE ORAL.

DIAGNOSTICO PPAL: Z012-EXAMEN ODONTOLOGICO
DIAGNOSTICO RELACIONADO: K050-GINGIVITIS AGUDA

PROCEDIMIENTO	AMBITO	FINALIDAD	PERSONAL	FORMA REALIZACION	OBSERVACIONES
CV - TOPIFICACION DE FLUOR EN BARNIZ (1 - 17 AÑOS) [997106]	AMBULATORIO	PROTECCION ESPECIFICA	OTRO	UNICO O UNILATERAL	
APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO [997102]	AMBULATORIO	PROTECCION ESPECIFICA	OTRO	UNICO O UNILATERAL	
CONTROL DE PLACA DENTAL [997310]	AMBULATORIO	PROTECCION ESPECIFICA	OTRO	UNICO O UNILATERAL	

Diagnóstico de placa Bacteriana - Indice de O'Leary



Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: ODO-FO-003
		VERSIÓN: 0
	EVOLUCIÓN HIGIENE ORAL	FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018
		PÁGINA:

(10) Cantidad de superficies teñidas
——————————— x100
(128) Total de superficies presentes

Indice de O'Leary **7.81%**
Mala Higiene (50%-100%)
Regular Higiene (16-49%)
Buena Higiene (0-15%)

SEDE NEIVA: carrera 7A N° 17A - 25B/Quirinal Tel: 8758565 || SEDE NEIVA ALTICO: carrera 11 N° 6 A -13B/Altico Tel: 8667015 || SEDE CAMPOALEGRE: Calle 19 N° 7 - 54B/Centro Tel:8335255 || SEDE GARZÓN: Carrera 8 N° 4 - 21 B/Centro Tel. 8335225 || SEDE PITALITO: Calle 6 N° 1A - 69 B/Agua Blanca Tel. 8364307 || SEDE FLORENCIA: Carrera 8 N° 7 - 25B/Las Avenidas Tel. 4358836 E-mail: gerencia@saludvitalips.com.co

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451**
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la U Hogar Sueños magicos, vinculada a la Entidad Administradora Servicio Fundacion grupo libertad. Manifiesto que he sido informado sobre responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contempla en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la fami lo siguiente:

> *"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".*

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a) Julian David Monje Olave con RC No 1079510281 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

   NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de Paicol - Huila.

Lina maria Olave.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lida cano
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Julian David Monje Ohue

Fecha de nacimiento 24 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1079510281

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lida patricia Cano

Fecha de registro cualitativo 21 04 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 desarrollo del niño esta en el perfil esperado, es muy activo y le gusta participar en todas las actividades.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lida patricia Cano

Fecha de registro cualitativo 21 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

Su desarrollo va acorde a su edad, tiene habilidades para rasgar, y pintar.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lida patricia Cano

Fecha de resgistro cualitativo 21 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

Mantiene una actitud curiosa frente al aprendizaje realiza preguntas y busca comprender el entorno. Su motricidad gruesa y fina se encuentra en el rango esperado.

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 Julian David monje Olave, identificado (a) con documento de identidad número 1079510291, 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, Lina Maria Olave Chanto, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081410205, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación grupo libertad, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hogares comunitarios

Suscriben:

Firma: Lina Maria Olave chanto
Nombre: Lina Maria Olave
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3166211461
Fecha: 03 - 02 - 2025
Municipio: paicol

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

_____, _____

Señores
Hogar comunitario Lida Patricia cano
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Lina Maria Olave como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1081410205 y Adolfo Monje como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1079508446; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Jose Nexar Olave c.c. 1490738
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Julian David Monje Olave de la profesora Lida patricia cano.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Lina Maria Olave.

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.490.738
OLAVE CUENCA

APELLIDOS
JOSE NEXARDELI

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1955
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-ENE-1977 PAEZ (BELALCAZAR)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1905200-00210614-M-0001490738-20100120 0020265008A 1 24775185

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:

01 8000 112 684

en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:

www.segurosmundial.com.co

N° Póliza:	2000506131
Tomador:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	JULIAN DAVID MONJE OLAVE

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1079510281	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00	Gastos Médicos	$9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**

Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner