ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN LOGISITCA
POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES
FORMATO REPORTE DE SINIESTRO

| FECHA DE AVISO | CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN No. | LOCALIDAD | UNIDAD OPERATIVA | NOMBRE USUARIO | EDAD | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16/05/2024 | 1520095203 | SAN CRISTOBAL | JARDIN AVESOL | JUAN SEBASTIAN RIVERA TORO | 2 AÑOS | 1028675662 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Instrucciones de diligenciam

Fecha de Aviso: diligencie la fecha en la que se dio aviso a Apoyo Logístico y Subdirección solic
Código de Autorización: diligencie el código asignado por el Call Center
Localidad: indique la localidad a la cual pertenece la Unidad Operativa donde se presentó el sini
Unidad operativa: indique el nombre de la unidad operativa donde se presentó el accidente
Nombre Usuario: indique nombres y apellidos del usuario que presenta el accidente.
Edad: indique la edad de la persona accidentada
Identificación: registre el número de identificación de la persona accidentada
Fecha del Suceso: indique la fecha (día-mes-año) en que ocurrieron los hechos
Resumen de los hechos: describa brevemente los hechos ocurridos que dieron origen al accide
Centro médico de atención: indique el nombre del centro médico designado por el Call Center p
Responsable del servicio: indique los nombres y apellidos de la persona designada para atende

| | |
|---|---|
| | Código: FOR-GL-005 |
| | Versión: 0 |
| | Fecha: Memo I2019049197 del 26/11/2019 |
| | Página: |

| FECHA DEL SUCESO | RESUMEN DE LOS HECHOS | CENTRO MÉDICO DE ATENCION | RESPONSABLE DEL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| 16/05/2024 | EL NIÑO SEBASTIAN RIVERA CORRE DE LADO A LADO EN EL SALON Y CAE GOLPEANDOSE CON EL TITIRITERO DE MADERA GOLPENADOSE EN EL OJO IZQUIERDO | CLINICA SAN RAFAEL | ALEJANDRA RUBIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

niento

citante del siniestro

iestro

nte

ara la atención

r la activación de la póliza de accidentes personales.