ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SUBSECRETARIA DE ACCESO Y PERMANENCIA – DIRECCIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE:

NOMBRE: _____ Dirección: _____ TEL: _____

LOCALIDAD: _____ Sede: _____ Jornada AM __ PM __ Noche: ___

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO:

NOMBRES Y APELLIDOS:_____ EDAD: _____

TIPO DE IDENTIFICACION: TI ☐ RC ☐ CC ☐ OTRO ☐ _____ No. DE IDENTIFICACION:_____

CURSO:_____ NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____ Parentesco: _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD EN SALUD A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO EL ESTUDIANTE (A):_____

DETALLES DEL ACCIDENTE:

LUGAR DEL ACCIDENTE: Colegio ☐ Calle ☐ Casa ☐ Ruta Escolar ☐ No. de Ruta ____ ☐ Otro_____

FECHA DEL ACCIDENTE: DIA_____ MES_____ AÑO_____ HORA: _____ MINUTOS_____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO:

DETALLES DE LA REMISIÓN DEL ESTUDIANTE AL SERVICIO DE SALUD:

EN CASO DE REQUERIR APOYO DEL 123 ó AMBULANCIA: HORA DE LA LLAMADA: Hora Min

NOMBRE DE LA PERSONA DEL 123 QUE ATIENDE LA LLAMADA:

INSTRUCCIONES RECIBIDAS: _____

NUMERO DEL MOVIL QUE ASISTE AL COLEGIO:

LUGAR O ENTIDAD A LA CUAL FUE REMITIDO EL ESTUDIANTE _____

DATOS DE QUIEN ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE ACCIDENTADO AL SERVICIO DE SALUD:

Nombre: _____ Vínculo con el estudiante_____ Telf de contacto: _____

Yo _____con C.C No _____como acudiente y/o familiar del estudiante accidentado(a), certifico que recibí la información necesaria por parte del colegio acerca de la Ruta que debo seguir para la atención del accidente escolar de mi hijo(a) y/o familiar y, que recibí los siguientes documentos: Copia de la presente Acta de Notificación del Accidente, Cuatro (4) primeras hojas del Convenio entre la Sec. De Educación y la Sec. De Salud para atención de la accidentalidad escolar, Certificación de vinculación a la matrícula oficial del Distrito y copia de la Ruta de atención hospitalaria de la accidentalidad escolar.

Certifico también que me fue explicado que mi hijo (a) y/o Familiar, debe ingresar al servicio de urgencias por el **Régimen de Salud** al que por ley lo (a) tengo afiliado(a) (EPS-SISBEN-VINCULADO) y que al momento de la facturación debo entregar los documentos que me suministró el Colegio para **QUE EL VALOR DE LAS CUOTAS MODERADORAS, COPAGOS, CUOTAS DE RECUPERACIÓN Y OTROS PAGOS COMPARTIDOS HASTA LA COMPLETA RECUPERACIÓN SEAN ASUMIDOS POR EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. _____.**

_____
FIRMA DEL ACUDIANTE Y/O FAMILIAR

C.C

TEL.

_____
FIRMA PERSONA DEL COLEGIO QUE ATENDIO EL ACCIDENTE

C.C

CARGO: _____

Nota Importante: El Convenio entre SED-SDS no cubre ayudas técnicas, ortopédicas ni de rehabilitación ya que estas están incluidas en el POS (Modificación No. 1 al Convenio 3042 del 19 de septiembre de 2013).

Scanned by CamScanner