SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO
POLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. ((Porfavor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR 28/08/2024

NOMBRE	NIT o C.C.	No. POLIZA

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFÓNICO	CIUDAD

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.PS O A FP Y/O A R P ESTA AFILIADO
Jeremy Gatiue Osorio	1013282300	Soltero	Compensar

CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD
N/A	Cll. 131 B # 153-65	3106892685	Bogota	3

PERSONA JURIDICA

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE	NIT o C.C.
Yurany Osorio Acevedo	1019063897

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Cll 131 B N. 153-65	3106892685	

PERSONA NATURAL

1er APELLIDO / 2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ T.I. ☐ R.C ☐ No.

DIRECCIÓN	TELÉFONO	SEXO F ☐ M ☐	EDAD

CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN $

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA
Cra. 136 A N. 133. 40	Bogota	28/08/2024	11:45 AM ☒ PM ☐

AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION: Poliza estudiantil

LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO: ☐ COLEGIO ☐ LUGAR DE TRABAJO ☐ VIVIENDA ☐ ESCENARIO DEPORTIVO ☒ OTRO ¿CUAL? Jicc Piedra Verde.

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: El niño al ingresar al aula se cae de frente y se golpea con el espaldar de la silla pequeña, el niño se levanta y la profesional ve que le sale sangre de la parte inferior del menton, se alerta y observa que se ocaciono una herida abierta al pegarse con el borde del espaldar de la silla.

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN (Actividad académica, deportiva y/o avalada por la Institución Médica): acción pedagógica.

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE ☒ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? _____

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES

INFORMACION DEL TITULAR DE LA CUENTA

Titular:
Beneficiario:
Tipo de documento de identidad: Cédula NIT Cedula de Extranjería:
Número de documento:
Dirección:
Teléfono: Ciudad:
Correo Electrónico:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA

Banco Nombre Código
Sucursal Ciudad
Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros Número de Cuenta

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en las páginas, **www.segurosdelestado.com** y **www.segurosdevidadelestado.com**

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico **info@segurosdelestado.com**

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s), así:

1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.

2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).

3 Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA, IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN, QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

"En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑIAS,** acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida. De igual forma, autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑIAS** y/o sus encargados, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías. Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑIAS** hasta que sea solicitada la supresión de la información por parte del titular, y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013."

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a **Seguros de Vida del estado S.A**, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

Yuri M Osorio Acevedo
FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE MAMÁ
NIT O C.C. No 1014063897 DE Bogotá

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN
NUMERO DE CELULAR:

No aplica.
FIRMA DEL ASEGURADO
NIT O C.C. No DE.

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación

MAYO 2018

FORMA E-STRO 062

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FOR-GD-002
Página 1 de 7

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 28. Agosto de 2024

HORA: 12:20 - 15:35

LUGAR: Clinica Juan N. Corpas.

TEMA: Activación Polita de accidentes

ASISTENTES:
Profesional A.P.I. Dolly Gonzalez, Madre de familia Yurany Osorio Acevedo y niño Jeremy Cative Osorio

ORDEN DEL DÍA:

Realizar seguimiento de la activacion de la poliza del niño Jeremy Cative Osorio con Ruip 1013282300, sobe la atencion recibida en la Clinica Juan N. Corpas.

DESARROLLO:

Siendo las 12:20, se realiza la salida del jardin infantil la madre del niño la señora Yurany Osorio Acevedo con C.C. 1019063897, el niño Jeremy Cative Osorio con ruip 1013282300 y la profesional A.P.I. Dolly Gonzalez para la clinica Juan N. Corpas, en donde se hará la atención de la activación de la poliza.
A las 12:40 ya en la clinica se realiza el ingreso por urgencias y de manera inmediata fue atendido por admisiones con la toma de datos e información de la poliza y datos personales

Powered by CamScanner

del niño, quedando a la espera del llamado para el triage; seguidamente a las 13:00 fue llamado e ingresa la madre con el niño unicamente al consultorio del triage. la profesional le envia un mensaje de texto por whatsapp a la responsable del servicio para informar: "Mi coordi ya estamos en la clinica esperando el llamado a triage" ella responde "Bueno super".
siendo la 13:26 es llamado al consultorio nº 2 para ser atendido por el médico, sólo ingresa la madre con el niño, la profesional espera en sala y se comunica nuevamente con la responsable del servicio "en este momento la madre ingreso al consultorio con el niño para atención médica, sólo ingresa un acompañante" quien responde "oki".
siendo las 13:43 la mamá del niño, la señora Yurany Osorio desde el numero 3106892685 al 3115527521 envia mensaje de voz por whatsapp informando que "ya lo atendio la doctora, pero estoy esperando en sala de procedimiento porque le van a coger puntos", la profesional recibe el mensaje y le informa a la responsable del servicio.
siendo las 2:55 sale la señora Yurany con el niño informandole a la profesional que ya le cogieron los puntos en la herida de la parte inferior del menton, le dieron incapacidad de cinco dias fecha de inicio 28/08/24 hasta el 01/09/2024 le dieron orden medica para retiro de puntos en 10 dias y la formula medica estos soportes son anexados a la presente acta.
la profesional le informa a la responsable del servicio que ya salio la madre con el niño de la atención médica y que estan

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

esperando transporte para regresar al jardín infantil.
Siendo las 15:35 en el jardín la profesional le hace entrega a la madre, la maleta del niño, ya que ella se lo lleva para la casa con incapacidad médica. el niño sale conciente, caminando, en buen estado de ánimo, tranquilo, en compañía de la madre a quien la profesional le informa que por medio de llamadas telefónicas va a estar comunicandose para realizar el debido seguimiento de la incapacidad.
La señora Yurany Osorio madre del niño lee y firma la presente acta en común acuerdo.

Powered by CamScanner

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día ____ de _____de 202 .

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Yuranny Ossorio	mamá		Yuranny Ossorio
Dolly González	Profesional A.P.I.	JICC Piedra Verde	Dolly G.

Anexos: certificado de incapacidad, recomendaciones médicas y formula.

Elaboró: Dolly González Profesional A.P.I.

Powered by CamScanner

CLINICA JUAN N.CORPAS
CLINICA CORPAS
830113849
CARRERA 111 No 159A - 61- Tel. 1-6865000
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RincAfi]
Fecha: 28/08/24
Hora: 14:39:49
Página: 1

58160

Nombre : JEREMY CATIVE OSORIO RC 1013282300
Ocupación :
Empresa : SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Dia	Mes	Año
28	8	2024

Tipo de Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL Historia Clinica 1013282300

Fecha Inicia : 28/08/2024 Fecha Final : 01/09/2024 Dias De Incapacidad O Licencia : 5 CINCO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Tratamiento: Ambulatorio Procedimiento :
Diagnóstico Principal : S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
Diagnóstico Relacionador :
Fecha Accidente: / / 00:00:00 Prórroga : NO Expedida En : CLINICA CORPAS - CONS. NO RESPIRATORIOS 1
Empresa Donde Trabaja :
Observaciones del Profesional : PACIENTE ASISTIOEN COMPAÑIA DE MADRE

Silvia F. Pedraza

SILVIA FERNANDA PEDRAZA MILLAN | Firma Y Sello De Presta. Economicas | Firma Afiliado

Documento. CC 1074190350
Reg. 1074190350
MEDICINA GENERAL

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

28/08/2024 14:39:49 ••• ORIGINAL •••

CLINICA JUAN N.CORPAS
CLINICA CORPAS
830113849
CARRERA 111 No 159A - 61- Tel. 1-6865000
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RincAfi]
Fecha: 28/08/24
Hora: 14:39:49
Página: 1

58160

Nombre : JEREMY CATIVE OSORIO RC 1013282300
Ocupación :
Empresa : SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Dia	Mes	Año
28	8	2024

Tipo de Incapacidad : ENFERMEDAD GENERAL Historia Clinica 1013282300

Fecha Inicia : 28/08/2024 Fecha Fin : 01/09/2024 Dias De Incapacidad O Licencia : 5 CINCO
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Atención : Ambulatorio Procedimiento :
Diagnóstico Principal : S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
Diagnóstico Relacionador :
Fecha Accidente: / / 00:00:00 Prórroga : NO Expedida En : CLINICA CORPAS - CONS. NO RESPIRATORIOS 1
Empresa Donde Trabaja :
Observaciones del Profesional : PACIENTE ASISTIOEN COMPAÑIA DE MADRE

Silvia F. Pedraza

SILVIA FERNANDA PEDRAZA MILLAN | Firma Y Sello De Presta. Economicas | Firma Afiliado

Documento. CC 1074190350
Reg. 1074190350
MEDICINA GENERAL

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

28/08/2024 14:39:49 ••• COPIA •••

Powered by CamScanner

CLINICA JUAN N.CORPAS
830113849
CARRERA 111 NO 159A - 61

RECOMENDACIONES

Paciente: RC 1013282300 JEREMY CATIVE OSORIO
Fecha de Nacimiento: 19/01/2021 00:00:00 **Edad:** 3 A **Sexo:** Masculino **Folio:** 4
Empresa: CLINICA JUAN N.CORPAS
Pabellon: **Cama:**
Diagnostico: HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

212 ORDENES MEDICAS

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS
LAVAR LA HERIDA 3 VECES AL DÍA CON AGUA POTABLE Y JABÓN DE PIEL ANTIBACTERIANO EXCLUSIVO SOLO PARA ESTA.
MANTENGA LA HERIDA Y LOS PUNTOS LIMPIOS, SECOS, SIN EMPLASTOS, SIN OTROS UNGÜENTOS DE ORIGEN NATURAL.
TOME LA MEDICACIÓN ORDENADA POR EL MÉDICO CON EL HORARIO Y DURACIÓN QUE SE LE EXPLICÓ Y FORMULÓ. NO SE AUTOMEDIQUE.
EVITE LA EXPOSICIÓN SOLAR DE LA HERIDA LOS PRIMEROS 6 MESES POSTERIORES AL TRAUMA.

SIGNOS DE ALARMA: DEBE CONSULTAR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS SI:
PRESENTA FIEBRE
LA HERIDA SE INFLAMA
LA HERIDA SE PONE ROJA Y CALIENTE
LA HERIDA LE SALE PUS
LOS PUNTOS SE SUELTAN

Silvia F. Pedraza

SILVIA FERNANDA PEDRAZA MILLAN
Reg. MD. 1074190350
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

CLINICA JUAN N.CORPAS [ROrdSumnC3]

CLINICA CORPAS

830113849

CARRERA 111 No 159A - 61- Tel. 1-6865000

Fecha Impresión: 28/08/24
Hora Impresión: 14:39:14
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Departamento: BOGOTA D.C. **Municipio:** BOGOTA D.C. **Fecha de formulación:** 28/08/2024 14:37:10

Paciente: RC 1013282300 **His Clinica:** 1013282300 JEREMY CATIVE OSORIO **Edad:** 3 AÑOS

Empresa: SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. "U" **Cama:** Consecutivo: 0 **COPIA -1**

Diagnóstico: S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

Tip. Usu. OTRO - OTRO **Folio No.** 4 **Pabellon:** CONS. NO RESPIRATORIOS 1

Talla: 0,00 **Peso:** 0,00 **Superficie corporal:** 0,00

No.	Descripción	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración	Cantidad
1	CEFALEXINA MONOHIDRATO POLVO SUSPENSION ORAL X 250MG					
		2,00 FRASCO	ORAL	Cada 7 Días	7 Días	2,00 DOS
	Observación: DAR 4 CC CADA 6 H POR 7 DIAS					
2	ACETAMINOFEN JARABE X 150MG/5ML (3%) FRASCO X 60ML					
		1,00 FRASCO	ORAL	Cada 7 Días	7 Días	1,00 UN
	Observación: DAR 6.5 CC VO CAD 6 H SI DOLOR					

Nota: Fórmula válida hasta 24 Horas a partir de la fecha de expedición.
Para reclamar sus medicamentos es necesario presentar este documento.

Firma Profesional

Silvia F. Pedraza

SILVIA FERNANDA PEDRAZA MILL Reg. MD. 1074190350 MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

*** ORIGINAL ***

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P56-308
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICC Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla
NIVEL: PJ5 NUIP: 1013282300 NIÑA O NIÑO: Jeremy Cative Osorio
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yurany Osorio Acevedo
ACUDIENTE PRINCIPAL: Eduardo Cative PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Dolly. Gonzalez

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	X	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
28/08/2024	11:45	Aula pre jardin 5	Siendo las 11:45 después de realizar la rutina de higiene; ingresando al aula la profesional observa que el niño Jeremy Cative se cae de frente y se golpea con el espaldar de la silla pequeña el niño se levanta y se ve que le sale sangre de la parte inferior del Mentón la profesional se acerca y observa que se ocasiono una herida abierta al pegarse con el borde del espaldar. de inmediato la profesional le informa a la responsable del servicio del accidente ocurrido en el aula, quien pide que se llame a la familia para informar lo sucedido con el niño. para realizar el debido proceso para la activación de la poliza.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Dolly Gonzalez Profesional A.P.I.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: No aplica.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	SEGUIMIENTO Novedad 28/8/24 DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
28/8/2024	11:53	Aula. pre jardin 5	Siendo las 11:53 la profesional desde el 3115524121, se comunica al numero 3106892685 con la señora Yurany Osorio Acevedo con CC 1019063897, madre del niño para informale lo sucedido "mama, buenos dias, lo que para es que Jeremy se cayo y se golpeo fuerte" la madre de inmediato responde "ya voy profe para alla" me demoro dos minutos" cuelga el telefono. Hasta este punto llega el diligenciamiento de esta novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Dolly Gonzalez Profesional A.P.I.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: No aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI X NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	SEGUIMIENTO NOVEDAD 28/8/24
28/8/2024	11:55	Puerta principal	Siendo las 11:55 llega la señora Yurany Osorio Acevedo con CC 1019063897 madre del niño llega muy rapido debido a que ella trabaja al lado de la fundacion o jardin infantil. la profesional sale a la puerta Principal hace seguir a la madre para comentarle lo sucedido y para que observe al niño quien lo ve observando la herida decide que se debe activar y hacer efectiva la poliza. la madre sale del jardin para ir por sus cosas personales, mientras la profesional realiza la activacion de la poliza y organiza los documentos para salir del jardin, la madre lee las novedades ingresadas desde el momento del accidente y firma en comun acuerdo.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: Dolly Gonzalez Profesional A.P.I.

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Yurany Osorio cc 1019063897.

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P08-S09
Versión: 0
Fecha: Memo 20241015000 - 20/09/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Suba UNIDAD OPERATIVA: JICC Piedra Verde RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Monica Bonilla

NIVEL: PJS NUIP: 1013282300 NIÑA O NIÑO: Jeremy Cative Osorio

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Yurany Osorio Acevedo

ACUDIENTE PRINCIPAL: Eduardo Cative PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Dolly Gonzalez

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI X NO ____	Se realizó activación de ruta: SI X NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
			SEGUIMIENTO NOVEDAD 28/08/24.
28/08/2024	11:59	Aula pre jardin 5.	Siendo las 11:59 la profesional llama al # 3886 para realizar la activación de la poliza, desde el número 3115527521, la llamada fue atendida por la señora Karen Samora a quien le indica que le va a realizar activación de la poliza pide que le narre como sucedio, la profesional refiere "los niños y niñas iban a sentarse ya que estabamos ingresando al aula y Jeremy se cae de frente golpeandose el menton con la parte superior del espaldar de la silla aclarandose una herida abierta" allí mismo se brinda la información solicitada como nombre completo del niño, nuip, número

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No aplica	No aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
NO aplica	NO aplica.	NO. aplica.	de la poliza numero del Nit de secretaria de integracion social e indica que la atención la recibiria en la clinica Juan N. Corpas. la profesional organiza al niño y los documentos para llevar como la poliza registro civil del niño y el acta para realizar el seguimiento de la atención médica y sale hacia la puerta principal con el niño porque la madre se encuentra allí esperando para ir a la clinica. Hasta este punto llega el diligenciamiento de esta novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Dolly Gonzalez Profesional A.P.I.	No aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	X	10	Se realizó activación de póliza: SI X NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
			SEGUIMIENTO NOVEDAD ACTIVACION POLIZA 28/08/24
29/08/2024	8:14	casa.	Siendo las 8:14 la profesional se comunica con la señora Yurany Osorio Acevedo con cc 1019063897 desde el número 3115527521 al 3106892685, para realizar seguimiento a la incapacidad del niño, la madre refiere "profesora muy buenos días, anoche el niño se desperto a las 12:35 que le dolia, entonces le di el acetaminofen tiene inflamado el menton, pero despues que le di el acetaminofen ya se quedo dormido otra vez ya ahorita se desperto y le voy a suministrar la cefalexina que le formularon porque le toca ahorita a las 9 de la mañana" la profesional le recomienda seguir las indicaciones de los medicamentos y cuidados para una buena recuperación; se informa que se registra novedad con lo comunicado, la madre esta de acuerdo.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Dolly Gonzalez P.A.P.I.	No aplica

Powered by CamScanner