ACTA

FECHA: 15 de octubre del 2024 Bogotá

LUGAR: Jardín infantil cofinanciado Emanuel

HORA: 04:00 pm

TEMA: Activación de póliza de accidentes

ASISTENTES: Talento humano

ORDEN DEL DÍA:

- Reunir al talento humano del jardín infantil cofinanciado Emanuel
- Bienvenida
- Socialización acerca del proceso, seguimiento y cierre de activación de póliza de la prestación del servicio
- Como diligenciar el formato de activación
- Como diligenciar el formato de desistimiento
- Solución de preguntas
- Despedida

DESARROLLO:

Siendo las 4:00pm se reúne se reúne a todo el talento humano del jardín infantil cofinanciado Emanuel con el fin de recordar los pasos que se deben seguir en caso de llegar a activar un póliza y de accidentes. En primer lugar se indica que la póliza de accidentes personales en la No. 33-68-1000005824, con vigencia 13/10/2025 de la aseguradora

Se informa si como consecuencia directa de un accidente, el asegurado requiere asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, ambulatoria, farmacéutica o prótesis, la aseguradora pagara los gastos causados hasta el valor asegurado, no incluye gastos de traslados, los valores asegurados que se otorgan con el límite de personas son los siguientes:

- Muerte accidental $ 3.570.000
- Rehabilitación $ 1.400.000
- Gastos médicos $ 3.150.000
- Auxilio funerario $ 700.000
- Desmembración accidental $ 1.400.000

PAOSO BASICOS PARA ASISTECNIA DE ACCIDENTES

1. Clasifique y evalué el accidente de acuerdo con el tipo de urgencia. Esta clasificación la debe realizar el personal administrativo que tenga conocimiento del evento. Si el personal no se siente capacitado para realizar esta clasificación comuníquese desde cualquier operador de telefonía celular de forma gratuita # 789 o a través de la línea (91

Se realiza la entrega y socialización del protocolo que acompaña a esta póliza y entrega del formulario que se debe diligenciar en caso de activar la póliza

Con el fin de hacer más eficiente el proceso de atención de un siniestro a continuación se detallan algunos aspectos a tener en cuenta en el momento de un siniestro:

1. En caso de presentarse algún tipo de accidente leve es decir cuando no exista una lesión grave, la persona presente y eltestigo (si existe) del accidente deberá comunicarse

primero con el cuidador o familiar de la persona afectada (Beneficiario) para infórmale lo sucedido e indagar si se autoriza la activación del código para la prestación del servicio.

2. En el dado caso que el familiar no desee hacer uso del servicio, deberá firmar el documento de desistimiento que le facilitará el responsable de la unidad operativa o referente del servicio, este documento debe contener los datos del cuidador o familiar del participante y datos de beneficiario.

3. Si el familiar opta por utilizar el servicio, el responsable de la unidad operativa o referente del servicio, deberá realizar la llamada a la línea de atención al cliente para solicitar el código de servicio, se deberá hacer acompañamiento hasta la unidad médica otorgada por la línea de atención al cliente o la más cercana de acuerdo a los convenios que tenga la aseguradora. IMPORTANTE: que la persona que realice el apañamiento levante acta de todo el evento.

4. Una vez realizada la activación del servicio, los responsables o referentes deberán garantizar que una vez realizada la llamada para dicha activación, la persona afectada asista al centro de salud o unidad médica otorgada por la línea de atención al cliente o la más cercana de acuerdo a los convenios que tenga la aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento dentro del cubrimiento del siniestro y así evitar un posible el daño antijurídico y detrimento patrimonial de la SDIS, ya que la no asistencia de los mismos, pone en riesgo los recursos asignados para las pólizas de accidentes de la entidad. No cumpliendo con lo anterior puede llegar a generar un requerimiento contractual y/o una indagación previa de acuerdo la vinculación con la entidad de la persona que no verifica el cumplimiento de la atención.

5. En caso de que el servicio sea activado por los responsables o referentes y el afectado no asista al centro de salud o unidad médica otorgada por la línea de atención al cliente, cumplimiento del acompañamiento realizado por el funcionario o contratista, deberá remitir oficio de desistimiento dentro de los ocho (8) días calendario, siguientes a la activación o la ocurrencia del siniestro, dicho informe deberá manifestarlas razones por las cuales no fue utilizados los servicios activados.

6. Si se llega a presentar un accidente grave, con lesiones severas que puedan poner en riesgo la vida, la persona encargada (el responsable de la unidad operativa o referente del servicio) tiene la obligación de comunicarse de inmediato con la aseguradora para solicitar el código de servicio y hacer acompañamiento a la unidad médica otorgada por la línea de atención al cliente o la más cercana de acuerdo a los convenios que tenga la aseguradora.

Protocolo de atención

La primera persona que se comunique a la línea de atención al cliente deberá:

1. Presentarse con su nombre

2. Indicar el nombre de la entidad en este caso la SDIS y mencionar el NIT

3. Informar el Nombre de la unidad operativa donde se presente el accidente

4. Dar el número de póliza y compañía aseguradora

5. Dar el nombre del beneficiario

6. Indicar el número de identificación del beneficiario

7. Comunicar modo, tiempo y lugar de los hechos.

LINEAS DE ASISTENCIA PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES: Ponemos a disposición las líneas de asistencia 24/7:

Celular #388

Bogotá 6014434818, Opc 2 seguros de vida y Opc 3 póliza Secretaria Integración social.

Línea nacional 018000123010.

COBERTURAS

Muerte por cualquier causa accidental. $ 25.500.000
Incapacidad Total y Permanente $ 18.000.000
Desmembración $ 10.000.000
Gastos Médicos derivado de accidente $ 22.500.000
Auxilio funerario $ 5.000.000
Rehabilitación integral por invalidez $ 5.000.000.
Aparatos ortopédicos incluyendo piezas dentales $ 5.000.000

Se finalizara brindado en espacio para responder preguntas o aclaraciones sobre los aspectos mencionados anteriormente.

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

ELABORADO POR: componente de ambientes educativos y protectores. “Jinet Chacon”


15 oct 2024, 4:44 p. m.


15 oct 2024, 4:44 p. m.

CERTIFICACION SERVICIOS POLIZA ACCIDENTES No**.** (Ingrese aquí el número de la póliza)
Expedida por aseguradora (ingrese aquí el nombre de la aseguradora)

1. Datos Entidad

1.1 Nombre Unidad Operativa: _____

1.2 Localidad: _____

1.3 Nombre de proyecto / servicio:_____

1.4 Nombres y apellidos del usuario / beneficiario:_____

1.5 Número de identificación: NUIP____T.I.____CC ____ No._____

2. Actividad que desarrollaba:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Lugar del accidente: _____

4. Fecha: _____ Hora _____

5. Número de teléfono del cual se realiza la llamada: _____

6. Datos de la aseguradora:

6.1 Nombre del asesor que atiende: _____

6.2 Nombre del centro de salud donde es remitido: _____

7. Responsable Unidad Operativa:

7.1 Nombres y apellidos: _____

7.2 Cargo / Rol: _____

7.3 Firma: _____

Instrucciones de diligenciamiento

1. Datos Entidad

   1.1 Nombre Unidad Operativa donde se presentó el accidente.
   1.2 Localidad a la cual pertenece la Unidad Operativa.
   1.3 Nombre de servicio o proyecto o al cual se encuentra asociado la persona accidentada.
   1.4 Nombres y apellidos del beneficiario y/o usuario que presenta el accidente.
   1.5 Número de identificación de la persona accidentada.

2. Describa brevemente los hechos ocurridos que dieron origen al accidente.

3. Identifique el lugar en el que se encontraba el usuario en el momento del accidente.

4. Fecha (día-mes-año) y la hora de ocurrencia del accidente.

5. Número de teléfono del cual se realiza la llamada al Call Center de la entidad aseguradora.

6. Datos de la aseguradora

   6.1 Nombre del asesor del Call Center que atendió la emergencia.

   6.2 Nombre del centro de salud asignado por el Call Center.

7. Responsable del funcionario o contratista responsable de la unidad operativa, del servicio o proyecto

   7.1 Nombres y apellidos del funcionario o contratista responsable de la unidad operativa, del servicio o proyecto para atender la activación de la póliza de accidentes personales.

   7.2 Cargo del funcionario o contratista responsable de la unidad operativa, del servicio o proyecto para atender la activación de la póliza de accidentes personales.

   7.3 Firma del funcionario o contratista responsable de la unidad operativa, del servicio o proyecto para atender la activación de la póliza de accidentes personales.

Bogotá, *DD* de *Mes* de 20*XX*

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

Ciudad

Yo, *nombre del acudiente, cuidador o familiar*, identificado(a) con número de cédula *No*, expedida en *Ciudad de expedición*, quien es participante ( ) acudiente ( ) o cuidador ( ) del beneficiario(a)/participante, *nombre del participante*, con número de *tipo de identificación (Ti, Cc, Rc, Etc) No*, de la unidad operativa *nombre de la unidad operativa*, de la localidad de *nombre de la localidad*, por medio de este documento, expreso de firma libre y voluntaria el desistimiento del traslado al servicio de salud, por medio de la póliza de accidentes personales contratada por la Secretaria Distrital de Integración Social.

Así mismo me comprometo a informar a la entidad, cualquier novedad del estado de salud del participante.

Atentamente,

Nombre: _____

Firma: _____

Documento de identidad: _____

La letra azul son las instrucciones de diligenciamiento y se solicita reemplazar por la información del contratista o eliminarlos.

"Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013".