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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Párvulos B NUIP: 1023422013 NIÑA O NIÑO: Mayte Samanta Rivera Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Kely Moreno

ACUDIENTE PRINCIPAL: Kely Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Vasquez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
05-12 2024	11:20 a.m	Jardin Infantil Caminos de la vida	Siendo las 11:20 am en el momento de control de esfinteres, el nivel de párvulos B se encontraba con la auxiliar pedagógica Martha Chala; la niña Mayte Samanta Rivera Moreno aviso a la auxiliar en manera que ya habia terminado de hacer sus necesidades de inmediato la auxiliar se acerca para atender su necesidad "Limpiar cola", luego la auxiliar invita a la niña Mayte a subirse la ropa ya que estan en el proceso de aprender y fortalecer su autonomia

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	Continúa novedad DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
No	Aplica		al respeto, en ese momento la auxiliar atiende a otra niña que se encuentra cerca de ella y en ese preciso instante se escucha el golpe y llanto de la niña Mayte la auxiliar se percata que la niña se enredó con su propia ropa ocasionandose un golpe en la frente, cayendo al piso desde su propia altura y en efecto se ocasiona un golpe en la frente el cual se torna de color morado con inflamación. la niña Maite solo manifesto llanto en ningun momento perdio conocimiento

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

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	Continúa novedad DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
No	Aplica		Di otro sintoma de alarma enseguida la auxiliar le informa a la responsable del servicio la señora Bertilda Salas quien sugiere informar a la madre y acudiente de la niña Mayte. Siendo las 11:30 am, la Maestra Diana vasquez informa vía telefonica lo sucedido a la señora Kely Moreno madre y acudiente de la niña Mayte a la cual responde que se acercara de inmediato al jardin infantil. la maestra Diana vasquez le dice

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

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	Continúa novedad. DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
No aplica			que dicha comunicación telefonica será tomada como novedad. En este punto finaliza la novedad "Nota Nº telefonica 3138005807" de la señora Kely Moreno"

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

Escaneado con CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD 19 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA _ BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL Párvulos B NUIP 1023422013 NIÑA O NIÑO Mayte Samanta Rivera Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Kely Moreno

ACUDIENTE PRINCIPAL Kely Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Diana Vasquez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
No aplica			Siendo las 11:45 am ingresa al Jardin Infantil la señora Kely Moreno madre y acudiente de la niña Mayte quien es informada nuevamente de lo sucedido a la niña Mayte "golpe en la frente", la señora Kely Moreno observa a la niña y decide activar poliza contra accidentes, de inmediato el auxiliar Administrativo Camilo Garcia se dispone a activar la poliza, la cual fue remitida a la cruz roja de la primera de mayo, enseguida la auxiliar Martha chala en

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
No aplicá	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		Continúa novedad. compañía de la madre y acudiente de la niña Mayte se dirigen hacia el sitio autorizado con la respetiva documentación. La auxiliar pedagogica Martha chala estará informando de manera oportuna a la responsable del servicio cualquier novedad relacionada con dicha atención Siendo las 12:00 am. la niña Mayte sale del Jardin infantil en compañia de la auxiliar pedago-

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		gica y la señora Kely Moreno. En este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha I chala Auxiliar pedagogica	Kely Katherine Moreno Bonilla 1114731834.

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
06/12/2024	7:18 a.m.	Casa.	Siendo las 7:18 am la señora Kely Katherine Moreno Bonilla madre y acudiente de la niña Mayte Samanta Rivera Moreno se comunica vía telefónica con la maestra Diana Vasquez desde el número celular 3138005807 con el fin de informar que la niña Mayte amaneció bien Sin embargo presenta morado en el ojo derecho (parpado) y la inflamación persiste así que deciden que la niña Mayte asista al jardin- -la en horario de mañana. Con dicho acuerdo finaliza novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Vasquez Docente Párvulos - B	No aplica.

Escaneado con CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 - CIUDAD BOLIVAR UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL CAMINOS DE LA VIDA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _ BERTILDA SALAS CRUZ

NIVEL: Párvulos-B NUIP: 1023422013 NIÑA O NIÑO: Mayte Samanta Rivera Moreno

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Kely Katherine Moreno Bonilla

ACUDIENTE PRINCIPAL: Kely Moreno PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Diana Vasquez

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

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
06/12/2024	11:00 am	Jardín Infant.	Siendo las 11:00 am ingresa al jardín Infantil Caminos de la vida la niña Mayte Samanta Rivera Moreno junto con la Señora Kely Katherine Moreno Bonilla. La niña Mayte se observa activa, atenta y dispuesta a consumir los alimentos. La señora Kely informa que hasta el momento la niña Mayte no ha presentado ningún síntoma de alarma solo el

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.			Continúa novedad. morado en su ojo. Así amaneció el día de hoy. La niña Mayte recibe el almuerzo en su totalidad. Siendo las 11:10 am, la niña Mayte sale del jardín Infantil junto con la señora Kely quien se compromete a continuar el tratamiento médico y a brindar el cuidado que la niña Mayte requiere para su recuperación. Asimismo se compromete a informar oportunamente cualquier eventualidad. Finaliza y se cierra novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Diana Vasquez - Docente Párvulos-B	Kely Katherine Moreno Bonilla 1116731834

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

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

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

Escaneado con CamScanner

REPORTE ACCIDENTE MENOR

Nombre Unidad Operativa, J.I.C CAMINOS DE LA VIDA

Localidad 19 Ciudad Bolívar

Nombre menor: RIVERA MORENO MAYTE SAMANTA

Nombre acudiente: MORENO KEILY KATHERINE

Nombre funcionario SDIS: Santiago Orjuela

Cargo asesor

Responsable de. BERTILDA SALAS CRUZ

Lugar donde trasladaron: CRUZ ROJA DE LA AV 68

En que lo trasladaron – placas, TRANSPORTE PUBLICO.

Hipótesis del accidente:

Siendo las 11 Y 10 de la mañana del día 5 de diciembre 2024, estando la profesional Martha chala con la niña Mayte Samanta Rivera Moreno edad, 2 años, en la zona de control esfínter al salir del baño hacia el salón de su nivel se cayó y se copeo la frente para izquierda probando un leve hematoma, de inmediato la docente avisa a la responsable del servicio la responsable autoriza llamar a la madre de la menor y de inmediato se activa la póliza de seguro , el profesional que atendió la llama lo remite para la cruz roja de la av 68. En hora las 3 y media recibí el parte médico a través de de una llamada del docente informado que la niña está bien, solo le dio acetaminofén y algunas recomendaciones en caso de algunos síntomas

Hora accidente: 11 y 10 de la mañana

Número de Póliza, 33-68-1000005824.

Sección A: 1. Información general

Ingrese la información correspondiente a la institución o establecimiento al que pertenece la niña o el niño accidentado.

A1. ¿El accidente se presento mientras la niña o el niño se encontraba bajo el esquema de educación inicial en el hogar?

Corresponde a los accidentes que se presentan durante el tiempo que se presta el servicio, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., con los niños y niñas beneficiarios que por la emergencia sanitaria actual no están asistiendo presencialmente a la institución, por tanto, reciben acompañamiento multimodal en el hogar.

Sí [X]

No [ ]

A2. Fecha de registro

La información corresponde a la fecha de diligenciamiento de este formato. Recuerde, el plazo para registrar los datos del accidente es máximo de dos (2) días contados a partir del momento en que ocurre el accidente como se estipula en el procedimiento de "Respuesta a accidentes en instituciones o establecimientos de atención integral a la primera infancia".

2	0	2	4	-	1	2	-	0	5		0	0	:	0	0	:	0	0

A3. Nombre de la institucion

Corresponde a la razón social completa de la institución o establecimiento que registra el accidente.

J.I.C. Caminos de la Vida de la fundación Pepaso

A4. Tipo de institución

Seleccione la opcion correspondiente a la razón social completa de la institución o establecimiento que registra el accidente.

Pública [X]

Privada [ ]

A5. Localidad

Corresponde al nombre de la estructura político administrativa y territorial, a la que pertenece el predio en que funciona el servicio.

- Usaquén ☐
- Chapinero ☐
- Santa Fe ☐
- San Cristóbal ☐
- Usme ☐
- Tunjuelito ☐
- Bosa ☐
- Kennedy ☐
- Fontibón ☐
- Engativá ☐
- Suba ☐
- Barrios Unidos ☐
- Teusaquillo ☐
- Los Mártires ☐
- Antonio Nariño ☐
- Puente Aranda ☐
- La Candelaria ☐
- Rafael Uribe Uribe ☐
- Ciudad Bolivar ☒
- Sumapaz ☐

A6. UPZ

69 ISMAEL PERDOMO

A7. Barrio / Vereda

Corresponde al nombre del conjunto de manzanas, al que pertenece el predio en el que funciona la institución o establecimiento.

CASA GRANDE ALTOS DE LA ESTANCIA

A8. Dirección de la Institución

kr 76 c bis 62 f 42 sur

A9. Teléfono de la institución

3052461972

A10. Correo electrónico institucional

Sin espacios escriba solamente el correo electrónico de la institución o establecimiento. No se permite correo electrónico personal.

jicaminosdelavida@hotmail.com

A11. Información del responsable de la institución o establecimiento.

Nombre(s): BERTILDA

Apellido(s): SALASCRUZ

A12. Celular

Escriba el número celular personal.

3052461972

Sección B: 2. Identificación de la niña o el niño accidentada/o

B1. Fecha de nacimiento

Seleccione la fecha de nacimiento de la niña o del niño que tuvo el accidente.

24 ENERO 2022

B2. Digite la edad en meses

Ingrese la edad exacta de la niña o del niño accidentado. Solamente puede ingresar la edad con el total de meses cumplidos en el momento de registro del accidente en este formato.

34 MESES

B3. Sexo

Seleccione la opción indicada de acuerdo a las características biológicas de la niña o el niño.

- Hombre: ☐
- Mujer: ☒
- Intersexual: ☐

B4. Nombre de la niña o el niño

Estos datos deben de ser diligenciados tal como aparecen en el registro civil.

Nombre(s): Mayte Sama

Apellido(s): Rivera Mor

B5. Nacionalidad

Colombiana/o [X]

Extranjera/o [ ]

B6. Documento de identificación de la niña o el niño accidentada/o

No cuenta con documento: Cuando el niño o la niña no se encuentran registrados.

Cuenta con documento [X]

No cuenta con documento [ ]

B7. Número de documento o identificación de la niña o el niño

1023422013

B8. NUIP

Número Único de Identificación Personal asignado en el Registro Civil de Nacimiento de la niña o del niño. El número está ubicado en la parte superior derecha del Registro.

1	0	2	3	4	2	2	0	1	3

B9. Localidad de residencia

Usaquén	
Chapinero	
Santa Fe	
San Cristóbal	
Usme	
Tunjuelito	
Bosa	
Kennedy	
Fontibón	
Engativá	
Suba	
Barrios Unidos	
Teusaquillo	
Los Mártires	
Antonio Nariño	
Puente Aranda	
La Candelaria	
Rafael Uribe Uribe	
Ciudad Bolivar	x
Sumapaz	

B10. Barrio / Vereda

B11. Dirección de residencia

B12. Teléfono del responsable de la niña o del niño accidentado.

B13. Vinculación en Seguridad Social:

SISBEN ☐

EPS ☐

Régimen especial ☐

B14. Indique cuál

B15. Indique cuál

Si está afiliado a un régimen especial de salud (militar, magisterio).

Sección C: 3. Información del accidente

C1. Fecha del Accidente

Seleccione la fecha en la que sucedió el accidente.

2024-12-05 00:00:00

C2. Hora del Accidente

Hora

Minutos

C3. Franja Horaria

AM ☐

PM ☐

C4. Lugar de ocurrencia del accidente

Debe ser el lugar donde se presento el accidente, ya sea suministrado por un testigo o por el niño afectado, y no el lugar de reporte.

C5. ¿El accidente causó afectación a la niña o al niño?

Seleccione "SI" cuando: El accidente haya ocasionado una afectación en su estado físico o en su comportamiento. De lo contrario, seleccione "NO"

Sí ☐

No ☐

C6. ¿El accidente requirió activación de la póliza?

Si el acudiente no acepta la activación de la póliza, seleccione SI y en la siguiente pregunta seleccione NO.

Si ☒

No ☐

No se cuenta con póliza ☐

C7. Registre el número de autorización asignado por la aseguradora

C8. ¿La niña o el niño requirió ser trasladado a una entidad prestadora de servicios de salud?

Si el acudiente no acepta la activación de la póliza seleccione NO y en la sección "descripción del accidente" deje claro que no aceptó y sus razones.

Sí ☐

No ☐

C9. ¿A donde fue trasladada/o?

C10. Hora del traslado

Hora

Minutos

C11. Franja horaria

AM ☐

PM ☐

C12. ¿El accidente está asociado con la muerte del niño o la niña?

En caso de fallecimiento, recuerde que la muerte solo puede ser declarada por concepto médico.

Sí ☐

No ☐

C13. Tipo de afectación causada por el accidente.

Herida ☐

Reacción alérgica/intoxicación ☐

Cortadura ☐

Ahogamiento ☐

Quemadura ☐

Mutilación ☐

Hematoma (incluye lesiones por golpe) ☐

Insolación ☐

Raspadura / Rasguño ☐

Aplastamiento ☐

Politraumatismo ☐

Lesión por mordedura ☐

Esguince ☐

Luxación ☐

Fractura/Fisura ☐

Daño a órgano interno temporal ☐

Daño a órgano interno permanente ☐

Discapacidad temporal ☐

Discapacidad permanente ☐

C14. Mecanismo o elemento que ocasionó la afectación

Seleccione de acuerdo a la naturaleza del accidente.

Arma de fuego ☐

Sustancia Peligrosa ☐

Arma u objeto corto punzante/ contundente ☐

Inmersión ☐

Cuerpo extraño en cavidad ☐

Exposición a elemento caliente ☐

Exposición al fuego ☐

Instalaciones eléctricas ☐

Golpe con objeto o persona ☐

Mobiliario (puertas, cajones, armarios y relacionados) ☐

Caída a diferente altura ☐

Caída de su propia altura ☐

Agresión de niño a niño ☐

Agresión de animal a niño ☐

Accidente de transito ☐

Causas externas (desmayos, ataques epilépticos) ☐

C15. Parte del cuerpo aparentemente afectada

Seleccione la parte o partes del cuerpo de la niña o del niño, aparentemente afectadas por el accidente.

Cabeza ☐

Abdomen ☐

Ojos ☐

Miembros superiores ☐

Nariz ☐

Manos ☐

Boca ☐

Miembros inferiores ☐

Dientes ☐

Pies ☐

Cuello ☐

Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐

Tórax ☐

Oidos ☐

Genitales ☐

Ubicaciones múltiples ☐

C16. Describa las partes afectadas

Describa la condición de las partes del cuerpo afectadas. Sea breve y preciso, separe los datos por comas (,).

C17. Descripción del accidente

Describa en forma clara, detallada y concreta lo ocurrido. Registre la información preferiblemente en secuencia, desde antes de los hechos hasta las acciones adelantadas en la atención del accidente. Incluya datos que considere relevantes.

Siendo las 11 Y 10 de la mañana del día 5 de diciembre 2024, estando la profesional Martha chala con la niña Mayte Samanta Rivera Moreno edad, 2 años, en la zona de control esfínter al salir del baño hacia el salón de su nivel se cayó y se copeo la frente para izquierda probando un leve hematoma, de inmediato la docente avisa a la responsable del servicio la responsable autoriza llamar a la madre de la menor y de inmediato se activa la póliza de seguro , el profesional que atendió la llama lo remite para la cruz roja de la av 68. En hora las 3 y media recibí el parte médico a través de de una llamada del docente informado que la niña está bien, solo le dio acetaminofén y algunas recomendaciones en caso de algunos síntomas

C18. Acciones inseguras que originan el accidente.

Registre aqui las acciones u omisiones que pudieron hacer propiciado la ocurrencia del accidente.

C19. Condiciones inseguras que originan el accidente

Registre aquí las condiciones del entorno (mobiliario, infraestructura) que pudieron haber propiciado la ocurrencia del accidente.

C20. Medidas preventivas

Hace referencia a las acciones que fueron tomadas previamente para evitar o hacer menos probable que el accidente se presentara.

C21. Medidas correctivas

Hace referencia a las acciones tomadas para evitar que un determinado accidente vuelva a ocurrir.

Sección D: 4. Persona que presencio el accidente

D1. ¿Alguna persona presenció el accidente?

Seleccione "SI", cuando alguna persona haya presenciado el accidente, de lo contrario seleccione "NO".

Sí ☐

No ☐

D2. Seleccione el tipo de documento

El tipo de documento que posee la persona que presenció el accidente teniendo en cuenta lo siguiente: Cédula de Ciudadanía – CC-, Cédula de Extranjería – CE-, Pasaporte – PAS-.

Cédula de Ciudadanía – CC ☐

Cédula de Extranjería – CE ☐

Pasaporte – PAS ☐

D3. Número de documento de identidad

Escriba el número, tal como figura en el documento de identificación.

D4. Datos personales de la persona que presenció el accidente

Escriba los nombres de la persona que presenció el accidente, tal como figuran en el documento de identificación.

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

D5. Número de Contacto:

Escriba el número telefónico de la persona que presenció el accidente.

D6. Teléfono

Escriba el número de teléfono del domicilio de la persona que presenció el accidente.

Sección E: 5. Seguimiento a la recuperación de la niña o el niño

E1. Seguimiento a la recuperación de la niña o el niño

Registre aquí las acciones tomadas en pro de la recuperación del niño o niña accidentado, hasta el momento que se valide su recuperación. Recuerde que puede guardar los avances cada que se genere nueva información, hasta que finalice el proceso de recuperación.

el medico la atendió le formulo acetaminofén y dio algunas recomendaciones en caso de presentar algunas síntomas, el dia de hoy 6 de diciembre la niña vino al jardi recibió los alimentos en total normalidad, se compro el acetaminofén

Sección F: 6. Persona responsable del reporte

Persona responsable del reporte (responsable de la institución o establecimiento)

F1. Seleccione el tipo de documento.

Seleccione el tipo de documento que posee el responsable del registro de accidentes teniendo en cuenta lo siguiente: Cédula de Ciudadanía – CC-, Cédula de Extranjería – CE-, Pasaporte – PAS-.

Cédula de Ciudadanía – CC ☐

Cédula de Extranjería – CE ☐

Pasaporte – PAS ☐

F2. Número de documento de identidad

Escriba el número de identificación, tal como figura en el documento de identificación.

F3. Información de la persona responsable del reporte

Escriba los nombres del responsable del registro de accidentes, tal como figuran en el documento de identificación.

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

F4. Cargo

Escriba el cargo que desempeña en la institución o establecimiento, la persona responsable del reporte de accidentes.

Muchas gracias

Su número de reporte es:

{SID}