Fundación Social Castillo San Lucas
Huellas y Talentos

Carrera 10F Este # 20-96 sur Teléfono 8170040

ACTA: Socialización Profesionales en atención a la primera infancia

FECHA: 29 de Agosto del 2025

NOMBRE DEL ACTA: Activación de póliza

OBJETIVO:

Socializar con las profesionales en atención a la primera infancia la póliza y los pasos para la activación en caso de alguna emergencia o eventualidad que se presente dentro de la unidad operativa.

ALCANCE:

Dar a conocer a las profesionales en atención a la primera infancia la póliza de accidentes que maneja el Jardín Huellas y talentos.

PROCEDIMIENTO:

El día de hoy 29 de agosto de 2025 la profesional en atención a la primera infancia Lorena Moreno socializa con las profesionales en atención a la primera infancia la póliza de accidentes que se maneja en el Jardín Huellas y talentos en caso de presentarse alguna eventualidad o accidente con las niñas y los niños participantes. Dentro de la socialización se indica el paso a paso para la activación de la póliza teniendo claridad que esta se debe activar siempre y cuando el accidente ocurra dentro de la unidad operativa y en el horario en el que se presta el servicio.

Se debe tener en cuenta:

- En caso de presentarse algún tipo de accidente leve (rasguños y mordiscos) donde no exista una lesión grave, la persona presente del accidente debe comunicarse con el cuidador o padres de familia de la niña o niño para informar lo sucedido y ofrecer el servicio de la póliza.

- Si el familiar no desea hacer uso de la póliza, deberá firmar el documento de desistimiento que le entregará la responsable del servicio.
- Si el familiar hace uso de la póliza la responsable del servicio debe comunicarse con el servicio de la póliza a la line de atención de esta, debe solicitar el código del servicio y hará acompañamiento a la unidad de servicio de salud asignada.
- Es importante que quien haga el acompañamiento debe registrar todo por novedad y el acta del accidente.
- La responsable del servicio debe garantizar que la niña o niño afectado asista al centro de salud para su atención inmediata. De no ser así y que no se asista a la unidad medica la responsable debe remitir oficio de desistimiento dentro de los 8 días hábiles calendarios siguientes a la activación de la póliza.
- Si se presenta un accidente grave, con lesiones severas que puedan poner en riesgo la vida de las niñas y los niños, la responsable del servicio tiene la obligación de comunicarse de manera inmediata con la aseguradora para hacer la respectiva activación y solicitar el código de servicio y debe comunicarse con la madre/ padre o acudiente para hacer el inmediato traslado a la unidad medica junto con la responsable del servicio. Es importante que la brigadista en primeros auxilios preste esta atención primaria de ser necesario mientras llegan los acudientes para dirigirse al servicio de salud.

PROTOCOLO DE ATENCION

En el momento de la activación se debe tener la siguiente información

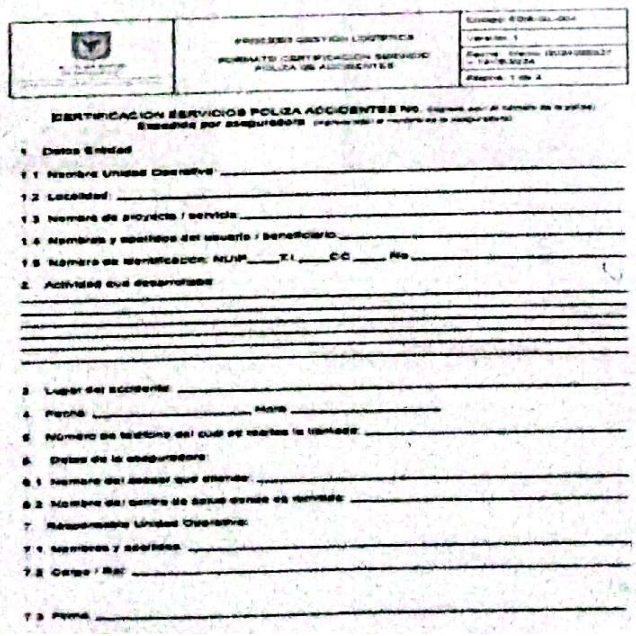
- Nombre de quien reporta
- Nombre de la unidad operativa
- Localidad y barrio – dirección
- Numero de la póliza

- Nombre de la aseguradora
- Nombre de la niña o niño
- Numero de documento de beneficiario
- Fecha de nacimiento del beneficiario
- Fecha y hora del suceso
- Descripción de los hechos
- Numero de teléfono de quien realiza la llamada
- Nombre del responsable del servicio

Información de la aseguradora

- Nombre del asesor de quien atiende
- Nombre del centro de salud donde es remitido
- Código del servicio
- Línea de atención Celular 388
- Bogota 601-443-4818, Opcion 2 Seguros de Vida y Opcion 3 Póliza Secretaria de Integración Social.
- Línea Nacional 018000123010

Una vez se realiza la activación de la póliza se debe diligenciar el ***certificado de servicios de la póliza de accidentes***



Fundación Social Castillo San Lucas
Huellas y Talentos

Carrera 10F Este # 20-96 sur Teléfono 8170040

Si la madre/padre o cuidador desiste del uso de la póliza se debe diligenciar el siguiente documento

	PROCESO GESTION LOGISTICA FORMATO DESISTIMIENTO DE USO DE LA POLIZA ACCIDENTES PERSONALES	Codigo FOR-GL-032 Version 0 Fecha Memo 20240376527 - 19/09/2024 Página 1 de 1

Bogotá, DD **de** Mes **de** 20XX

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 Secretaría 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: _____

Las letras azul son las instrucciones de diligenciamiento y se solicita reemplazar por la información del contratista o diligenciarlo.

"Tratamiento de datos personales. Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de las asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en procedimiento 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"





Elaborado:

Magda Lorena Moreno R.
Magda Lorena Moreno R.
Profesional de Atención a la Primera Infancia

Arelis Sáenz
Vo Bo Arelis Sáenz
Responsable del servicio

	PROCESO GESTION LOGÍSTICA FORMATO CERTIFICACIÓN SERVICIO POLIZA DE ACCIDENTES	Codigo: FOR-GL-004 Version: 1 Fecha: Memo 20240205521 - 19/06/2024 Página: 1 de 2

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 Numero de identificación NUIP____ TI ____ CC ____ No _____

2. Actividad que desarrollaba

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. Lugar del accidente _____

4. Fecha _____ Hora _____

5. Numero 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 _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA FORMATO DESISTIMIENTO DE USO DE LA POLIZA ACCIDENTES PERSONALES	Código: FOR-GL-032
		Versión: 0
		Fecha: Memo I2024026527 – 19/09/2024
		Página 1 de 1

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".

Fundación Social Castillo San Lucas
Huellas y Talentos

Carrera 10F Catz # 20-9c sur Teléfono 8170040

ACTIVIDAD: Socialización actuación de poliza de accidentes
FECHA: 29 de Agosto 2025
RESPONSABLE Magda Lorena Moreno R.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Nury Jimenez Padilla	Profesional en atención a la primera infancia	Nury Jimenez Padilla
Patricia Rodriguez	profesional atencion primera infancia	
Angelica Gonzalez T	Profesional en atencion a la primera infancia	
Carlos Hernandez	Profesional en atencion primera i	Carlos Hernandez
Yamile Rodelo Otalvaro	Profesional en atencion primera infancia	Yamile Rodelo.
~~GINA MARCELA MARCON~~	~~PROFESIONAL EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA~~	GINA MARCELA