ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN LOGISITCA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES FORMATO REPORTE DE SINIESTRO	Código: FOR-GL-005 Versión: 0 Fecha: Memo I2019049197 del 26/11/2019 Página:

FECHA DE AVISO	CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN No.	LOCALIDAD	UNIDAD OPERATIVA	NOMBRE USUARIO	EDAD	IDENTIFICACIÓN	FECHA DEL SUCESO	RESUMEN DE LOS HECHOS	CENTRO MÉDICO DE ATENCION	RESPONSABLE DEL SERVICIO
3/6/2025	453221	KENNEDY	JI FUNDACIÓN PEPASO	MATTHEW ANDRE GARCIA VALLES	3 AÑOS	1030711633	3/6/2025	El día de hoy los niños y las niñas se encontraban jugando en el salón, sale a correr, se tropieza, cae y se pega con el borde de abajo de una silla, golpeándose la frente haciéndose una herida abierta, con hematoma, sin ningún otro síntoma.	HOSPITAL EL TINTAL	ANGIE JOHANNA SEGURA DELGADO

Instrucciones de diligenciamiento

Fecha de Aviso: diligencie la fecha en la que se dio aviso a Apoyo Logístico y Subdirección solicitante del siniestro
Código de Autorización: diligencie el código asignado por el Call Center
Localidad: indique la localidad a la cual pertenece la Unidad Operativa donde se presentó el siniestro
Unidad operativa: indique el nombre de la unidad operativa donde se presentó el accidente
Nombre Usuario: indique nombres y apellidos del usuario que presenta el accidente.
Edad: indique la edad de la persona accidentada
Identificación: registre el número de identificación de la persona accidentada
Fecha del Suceso: indique la fecha (día-mes-año) en que ocurrieron los hechos
Resumen de los hechos: describa brevemente los hechos ocurridos que dieron origen al accidente
Centro médico de atención: indique el nombre del centro médico designado por el Call Center para la atención
Responsable del servicio: indique los nombres y apellidos de la persona designada para atender la activación de la póliza de accidentes personales.