ACTA N°

FECHA: Bogotá, 09 Octubre 2025

HORA: 12:15pm

LUGAR: Jardín Infantil Cofinanciado Emanuel

TEMA: Socialización de Poliza

ASISTENTES: Lina Pacheco y Miguel Beltran (Padres del niño).
Nubia Cortes Quintero (Profesional en Atenc Priera Infancia).

ORDEN DEL DÍA:
Saludo
Información de lo sucedido
Apreciación de la familia.

DESARROLLO:
Hoy durante el ritual de alimentación al medio dia Joel Beltran al ter
minar de comer se levantó de su silla y comió hacia la ventana
deslizandose sobre el suelo y golpeandose con uno de los cuentos
infantiles que la profesional tenia sobre los recipientes de fi-
chas lego ocasionandose un rasguño en la parte superior de
su ojo izquierdo. Se cita inmediatamente a los padres quienes acu-
den de inmediatamente al jardín quienes refieren que

Powered by CamScanner

· Nosotros, los padres de Joel Beltrán decidimos no actuar la pólna ya que el niño se encuentra bien, solo tiene un pequeño rasguño en la parte inferior del ojo.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Luna Pacheco	Mamá	JIC EMANUEL	LUNA P.
Miguel Beltrán	Papá	JIC EMANUEL	
Nubia Cortes Q.	Profesional Afec primera Infanc.	JIC EMANUEL	

Anexos:

Elaboró: Nubia Cortes Quintero.

Powered by CamScanner

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,

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

Ciudad

Yo, Lina Paola Pacheco Murillo identificado(a) con número de cédula 1016080771, expedida en Bogotá, quien es participante ( ) acudiente (X) o cuidador ( ) del beneficiario(a)/participante, Joel Beltran con número de RC 1145935273, de la unidad operativa Jardín Infantil Cofinanciado Emanuel, de la localidad de Fontibón, 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: Lina Pacheco

Firma: LINA PACHECO

Documento de identidad: 1016080771

"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".

Powered by CamScanner