Fundación Social Castillo San Lucas
Huellas y Talentos

Carrera 10F Este # 20-96 sur Teléfono 8170040

ACTA: Socialización Profesionales y auxiliares en atención a la primera infancia

FECHA: 5 de febrero 2026

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.

Powered by CamScanner

- 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

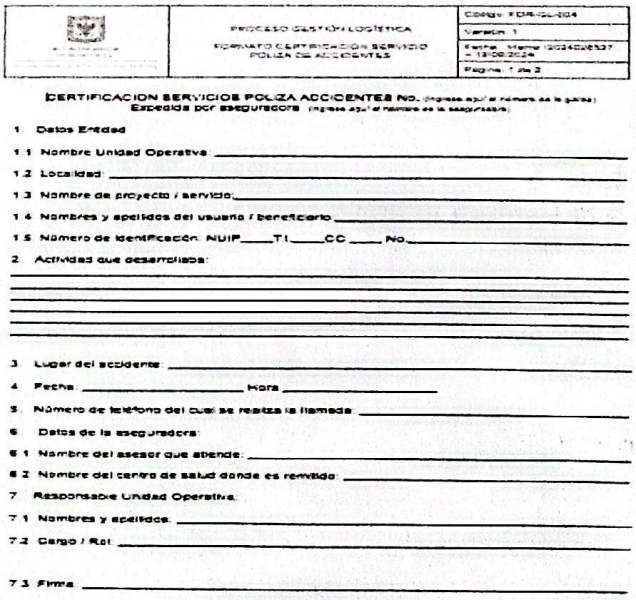
Powered by CamScanner

- 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

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



	PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA FORMATO CERTIFICACIÓN SERVICIO POLIZA DE ACCIDENTES	Código: FOR-GL-004 Versión: 1 Fecha Vigente: [illegible] Página: 1 de 2

CERTIFICACION SERVICIOS POLIZA ACCIDENTES No. (Ingrese aquí el número de la póliza)
Expedida por ESEQUIBECOS (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____TI____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 _____

Powered by CamScanner

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 GESTIÓN LOGÍSTICA FORMATO DESISTIMIENTO DE USO DE LA POLIZA ACCIDENTES PERSONALES	Código: FOR.GL.032 Versión: 0 Fecha: Memo 20244038527 – 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 expedicion*, **quien es participante (_) acudiente (_) o cuidador (_) del beneficiario(a)/participante** *nombre del participante* **con número de** *tipo de identificacion (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. _____

La letra azul son las instrucciones de diligenciamiento y se solicita reemplazar por la información del compromiso o diligencia

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

Arelis Saenz
Vo Bo Arelis Sáenz
Responsable del servicio

Powered by CamScanner

Fundación Social Castillo San Lucas
Huellas y Talentos

Carrera 10F Este # 20-96 sur Teléfono 8170040

ACTIVIDAD: Socialización activación de poliza.
FECHA: 5 de febrero 2026
RESPONSABLE Magda Lorena M.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Angelica Gonzalez	Profesional en atencion.	Angelica C
Patricia Rodriguez	Profesional en atención Primera infancia	[illegible]
Carlos Hernandez	Profesional en atencion primera infancia	Carlos H
Vanessa Contreras	Auxiliar en atención primera infancia	Vanessa C

Powered by CamScanner