



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DEL SERVICIO CENTROS DE DESARROLLO COMUNITARIO

Código: FOR-PSS-137
 Versión: 0
 Fecha: Memo Int. 17067-27/03/2018
 Página: 1 de 2

REGISTRO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES
 (Por favor diligenciar en su totalidad con letra clara)

NOMBRE DEL CDC Porvenir FECHA 14/04/26

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL USUARIO(A) María Fernanda Martínez Arevalo

SELECCIONE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A) NIUP T.I. C.C. OTRO ¿Cuál? NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 3022 374 707

EDAD USUARIO(A) 33 SE ENCUENTRA AFILIADO A E.P.S. SISBÉN Categoría A Famisanar R.H. O+

DESCRIBA EL INCIDENTE O ACCIDENTE la persona se encontraba en la clase de integración social de natación, en carril No 06 a las 11:05 am. donde se pegó con el fondo de la piscina en la nariz. Debido a que estaba haciendo entrada al agua en posición de rodillas con unos colchonetas de seguridad

¿FUE ATENDIDO(A) EN EL CDC? SI NO ¿SE ACTIVÓ LA PÓLIZA CONTRA ACCIDENTES? SI NO

¿DE CUÁL ENTIDAD SE ACTIVÓ LA PÓLIZA? _____

DESCRIBA LA ATENCIÓN PRESTADA AL USUARIO(A) Se lleva a la invitada ha una zona segura, se realiza una primera valoración, se realiza limpieza y desinfección de la herida, se pone frío sobre la zona, y se cubre la herida.

¿PRESENTA ALGUNA(S) ENFERMEDAD(ES) EL USUARIO(A) POR LA CUAL ESTÁ SIENDO ATENDIDO(A) POR UN MÉDICO? SI NO

¿EL USUARIO(A) HA TENIDO RECOMENDACIÓN(ES) MÉDICA(S) A SER CONSIDERADA(S) EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES? SI NO

EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA, INDIQUE CUÁL(ES) _____

SI EL USUARIO(A) INGIERE ALGÚN(OS) MEDICAMENTO(S), INDIQUE CUÁL(ES) _____

¿FUE NECESARIO LLAMAR AL 123? SI NO ¿EL 123 PROPORCIONÓ AMBULANCIA? SI NO

¿EN CASO DE HABER REQUERIDO TRASLADO, HACIA DONDE FUE REMITIDO? _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE AL QUE SE LE DIO AVISO Viviana Pedraza Martínez

SELECCIONE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE A QUIEN SE LE DIO AVISO NIUP T.I. C.C. OTRO ¿Cuál? NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Tel 332 3368236.

SELECCIONE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. OTRO ¿Cuál? _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) QUIEN REALIZÓ LA ATENCIÓN Y DILIGENCIÓ EL FORMATO REGISTRO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES EN LOS CDC Andrés Leonardo Murvey Ardila.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO _____

REGISTRO DE OBSERVACIONES la persona no quiere que activemos póliza, y nos dice se compromete hacerse un chequeo en su E.P.S.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL
FORMATO AYUDA DE MEMORIA




Código: FOR-GD-040

Versión: 0

Fecha: Memo I2024016440 -
18/06/2024

Página: 1 de 1

Lugar	Porvenir		
Fecha	14/04/26		
Tema	Incidente de la participante Maria Fernanda Martinez Arevalo		
Desarrollo	<p>la persona se encontraba en la clase de integración social de natación en el carril numero 6 a las 11:05 am, Donde se golpea con el fondo de la piscina en la nariz debido a que estaba haciendo entradas al agua en posición de rodillas con unas colchonetas de seguridad, se lleva a la participante a una zona segura fuera del agua y se realiza una primera valoración, se realiza limpieza y desinfección de la herida, se pone frío sobre la zona y se cubre la herida sin embargo no se activa póliza ya que la participante no lo considera necesario.</p>		
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
	Oscar Martinez	Formador	Escuela León Marino
	Claudia Camacho	Salvavidas	SDIS
	Andres Monroy	Salvavidas	SDIS
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite
	La participante se compromete a realizarse un chequeo en su EPS	Fernanda Martinez	14/04/26
Próxima reunión			
Elaboró	Claudia Camacho, Andres Monroy		

FIRMAS:  1022982343
 Andres Leonardo Monroy A. 1015424906.
 1022324107
 10256800030.
 Claudia Camacho