ACTA N°

FECHA: Bogotá,
21-04-2026

HORA: 4:47 pm

LUGAR: J.I.C Emanuel

TEMA: Desistimiento de Poliza

ASISTENTES: Profesional Atencion Primera Infancia
Madre de Familia

ORDEN DEL DÍA: Comunicacion
Informacion de la situación
Novedad desistimiento Firma de Póliza.

Powered by CamScanner

DESARROLLO: Siendo las 4:47pm se acerca a la Unidad operativa, la mamá de la niña, la señora Valentina Rodríguez a quien se le comenta la situación sucedida con la niña y se le Pregunta si desea activar la Poliza, a lo cual la mama refiere que: "NO lo ve necesario" y Firma el Formato de desistimiento junto con la Novedad.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
General compromisos de Sensibilización a los niños frente a maltrato	SANDRA M.	21. 04. 2026

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
SANDRA MORENO DIAZ	PROFESIONAL AT. PR INT.	J.I. CIUDADELA	SANDRA MORENO
Valentina Rodríguez	MAMA		Valentina R

Anexos

Elaboró: SANDRA MORENO DIAZ

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, ...21...de04... de 20.26

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

Ciudad

Yo, Valentina Rodriguez, identificado(a) con número de cédula No1019987201 expedida en Bogotá, quien es participante (..) acudiente (..) o cuidador (..) del beneficiario(a)/participante, Abby Canon Rodriguez con número de *tipo de identificación (Ti, Cc, Rc, Etc)* No 1243764778, de la unidad operativa J.I.C Emanuel, de la localidad de Fontibon, 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: Valentina Rodriguez

Firma: Valentina Rodriguez

Documento de identidad: 1019987201

"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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: J.I.C. Emanuel RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: María del Pilar Suarez

NIVEL: Pre Jardín NUIP: 1243764778 NIÑA O NIÑO: Abby Mariana Carron Rodriguez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Valentina Rodriguez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Valentina Rodriguez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Sandra Mayerly Moque Diaz.

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 X — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
21 Abril 2026	4:47	J.I.C Emanuel	Se le comunica a la mamá de la niña, la Señora Valentina Rodriguez que al momento de acostar a los niños y niñas para disfrutar del momento del cuento reparador, el niño que se encontraba acostado al lado de ella le mordió el brazo, se le informa a la mamá lo sucedido, y ella se acerca a la Unidad Operativa donde se le menciona que en estos casos puede hacer uso de la póliza a lo cual la mamá refiere: "No lo veo necesario" y Se firma desprendimiento.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional Atencion Primera Infancia Sandra Mayerly Moque Diaz.	Valentina Rodriguez 1019987201

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 X 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
22 Abril 2026	7:40	J.I.C Emanuel	El día de hoy la niña llega en compañía de la mamá, se le indaga si la niña presenta algún malestar o dolor en el brazo donde fue mordida, ella manifiesta que no. Se evidencia que no tiene ninguna marca ni moradó en la parte afectada, se le informa a la mamá que de esta manera se hará cierre de la novedad, ella menciona estar de acuerdo y firma. "En este punto se cierra la novedad"

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Profesional Atencion Primera Infancia Sandra Mayerly Moque Diaz.	Valentina Rodriguez 1019987201

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____ — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner