Inicio

Instructivo

No.	1. NIT de la EAS	2. Nombre completo de la EAS
1	8130005222	CORPORACIÓN ELMINUTO DE DIOS DE GARZÓN CorMIDI
2		
3		
4		
5		

6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		



3. N° de contrato o convenio	4. Regional	5. Centro Zonal
41006312026	HUILA	CENTRO ZONAL GARZÓN

6. Fecha del reporte de la UDS a la EAS *(dd/mm/aaaa)*	7. Modalidad en la que se atiende el usuario (a)
2/03/2026	INSTITUCIONAL

8. Servicio en la que se atiende el usuario (a)	9. Código de la UDS a la que asiste el usuario (a)
HI - HOGAR INFANTIL	4102306037

10. Nombre completo de la UDS a la que asiste el usuario (a)	11. Tipo de usuario (a)
HOGAR INFANTIL SOSIMO SUAREZ	NIÑO O NIÑA DE 2 A 5 AÑOS

12. Nombre (s) y apellido (s) completo (s) del usuario (a)	13. Documento de identidad del usuario (a)
CRISTIAN ARTURO MARIN FALLA	1. REGISTRO CIVIL

14. Número del Documento de identidad del usuario (a)	15. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	16. Edad (con respecto a la fecha de reporte)
1.084.264.667	23/03/2023	2 años, 11 meses, 7 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días

		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días

		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días

		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días
		0 años, 0 meses, 0 días

17. Sexo	18. Étnia Autoreconocimiento o reconocimiento familiar
2. HOMBRE	7. NINGUNO

PROCESO
ÓMOCIÓN Y PREVENCIÓN

CIDENTES Y FALLECIMIENTOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PR

19. Municipio / Vereda / Centro donde reside	20. Fecha del inicio de la atención en la UDS/UCA/UA (dd/mm/aaaa)
GIGANTE	2/02/2026

Antes de imprimir este documento… piense
Cualquier copia impresa de este documento se considera com
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENT

IMERA INFANCIA

21. Tipo de accidente	21.1 Si en la pregunta anterior selecciono la opción "Otro", indique cual
3. CAÍDA DE ALTURA Y DE LA PROPIA ALTURA	

o COPIA NO CONTROLADA
O DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

22. ¿El accidente se considera grave?	23. Si en la preguntas anterior respondió SI, indique el tipo el tipo de lesión
NO	

24. Fecha en que ocurrio el accidente (dd/mm/aaaa)	25. ¿En qué lugar se presentó el accidente?
2/03/2026	1. EN LA UDS

26. ¿Se dio la activación de la póliza?
SI

27. Describa de forma detallada las acciones realizadas por la EAS al recibir el reporte de la UDS
Al recibir el reporte de la caída de un niño desde su propia altura, quien presentó un hematoma (chichón) en la frente, se procedió de manera inmediata a: comunicó mediante correo electrónico al ICBF la situación presentada.

28. Acciones realizadas por la UDS/UCA/UA
Al recibir el reporte de la caída de un niño desde su propia altura, quien presentó un hematoma (chichón) en la frente, se procedió de manera inmediata a: * Se Brindó los primeros auxilios, aplicando medidas básicas de atención para controlar la inflamación y verificar el estado general del niño. *Se realizó la comunicación oportuna con la familia, informando lo sucedido y las acciones adoptadas. Se activó la póliza de seguro, conforme a los protocolos establecidos para este tipo de situaciones. *Se trasladó al niño al centro de salud, con el fin de garantizar una valoración médica profesional y descartar posibles complicaciones. Estas acciones se ejecutaron de manera oportuna, priorizando el bienestar y la seguridad del niño.

F20.MT1.PP
Versión 1
Clasificación de Clasif

29. Acciones realizadas por la familia y /o cuidadores
Una vez informada de la situación, la familia actuó de manera oportuna y responsable, realizando las siguientes acciones: *Atendieron el llamado de la entidad, mostrando disposición y acompañamiento frente a la situación presentada. *Arribaron al centro médico de manera inmediata con el fin de acompañar la valoración médica. *Dieron cumplimiento a las recomendaciones médicas, asegurando el seguimiento y cuidado del niño en el hogar. La familia evidenció compromiso y corresponsabilidad en la atención del evento presentado.

la Información:
icada

30. Observaciones adicionales que puedan ser útiles al supervisor(a) de contrato y/o convenio
El niño se encuentra enbuen estado de salud.

