BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

Nombres:	**ESTEBAN**	**Apellidos:**	**ORJUELA GONZÁLEZ**
N° Expediente Virtual		**CPS/AÑO:**	**1543/2023**
Dirección Residencia:	**DIAGONAL 15A #99A-30**	**Teléfono:**	**3143955720**
Objeto contractual:	**GUARDIÁN DE LA CICLOVÍA**	**Mes / Año:**	**MARZO/2023**

JORNADA 1	**FECHA:**	**19 DE MARZO DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 3 SÉPTIMA NORTE	El guardián llega a las instalaciones del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, a las 05:45 horas, a una formación a cargo de la gerente alfa 9 Angelica León de cualificación, donde se realiza una revisión general y se pasa a comentar novedades del día, luego la gerente le asigna al guardián al corredor al que va a pertenecer y éste emprende viaje al punto de formación de norte 3, donde el guardian se encuentra con la gerente Laura Bayona y ella procede a dar una introducción sobre el corredor y a asignar el tramo del guardián. El guardián se disponbe a dirigirse al tramo asignado para hacer un reconocimiento del límite y el material con elque se cuenta. Cerca a las14:00 horas el guardián con ayuda de la reacción Kevin Dolcen, realizan el levantamiento del material para esperar al camión de recolección, finalizando jornada a las 14:15 horas.	

JORNADA 2	**FECHA:**	**20 DE MARZO DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 3 SÉPTIMA NORTE	El guardián llega al punto de formación de norte 3 a las 05:45 horas, para iniciar la reunión operativa a cargo de la gerente Laura Bayona, en la que se hace la revisión general y se comentan las novedades respecto al día; el guardián se dirige a su tramo para realizar la correspondiente apertura de ciclovía a las 07:00 horas, dando paso a los respectivos reportes del tramo, para posteriormente, realizar los recorridos siempre estando atento a los usuarios y vendedores autorizados, también realizando campañas para los biciusaurios. Cerca a las 14:00 horas el guardián realiza el levantamiento del material para esperar a que lo recoja el camión de recolección, finalizando jornada a las 14:10 horas.	

JORNADA 3	**FECHA:**	**26 DE MARZO DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 3 SÉPTIMA NORTE	El guardián llega al punto de formación del corredor a las 05:50 horas, para pasar a la reunión operativa a cargo de la gerente Laura Bayona y el profesional de recursos y escuela de guardianes, Jerson Osorio, donde se pasa a la revisión general, notificación de novedades de la jornada del día y un previo calentamiento para pasar al tramo a realizar su apertura a las 07:00 horas; se procede luego de la apertura, la realización de los reportes de novedades del tramo, para pasar a los recorridos correspondientes, estando atento de las novedades de los usuarios. El guardián por un breve periodo de tiempo realizó recorridos en dos tramos debido a una novedad mecánica del guardián del tramo vecino. Cerca las 14:00 horas, el guardián realiza el levantamiento del material para su pronta recolección por parte del camión de recolección, finalizando jornada a las 14:10 horas. **NO SE CUENTA CON BICICLETA INSTITUCIONAL HASTA LA FECHA. TOTAL DE JORNADAS (59), JORNADAS EJECUTADAS (3), JORNADAS PENDIENTES POR EJECUTAR (56).**	

TOTAL FECHAS TRABAJADAS EN EL MES: TRES (3)

CONCEPTO DEL SUPERVISOR: El contratista cumple con las obligaciones contractuales.

ESTEBAN ORJUELA GONZÁLEZ FIRMA DEL CONTRATISTA		**Vº Bº APOYO SUPERVISIÓN** NOMBRES Y APELLIDOS	**Vº Bº SUPERVISOR CONTRATO** NOMBRES Y APELLIDOS MAURICIO ORLANDO NOVOA MONTENEGRO

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000522743, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230322	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Abril de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
IDRD

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999 CER-AFI 21612889

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CARRERA 7 ENTRE CALLE 88 Y CALLE 79B	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	19/03/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	NORTE 3 - SÉPTIMA NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EF** ☐ **SSEC** ☐ **EV.E** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián llega a las instalaciones del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, a las 05:45 horas, a una formación a cargo de la gerente alfa 9 Angelica León de cualificación, donde se realiza una revisión general y se pasa a comentar novedades del día, luego la gerente le asigna al guardián al corredor al que va a pertenecer y éste emprende viaje al punto de formación de norte 3, donde el guardian se encuentra con la gerente Laura Bayona y ella procede a dar una introducción sobre el corredor y a asignar el tramo del guardián. El guardián se disponbe a dirigirse al tramo asignado para hacer un reconocimiento del límite y el material con elque se cuenta. Cerca a las14:00 horas el guardián con ayuda de la reacción Kevin Dolcen, realizan el levantamiento del material para esperar al camión de recolección, finalizando jornada a las 14:15 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				
HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				
HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				
HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

Acción Final: G: Atendido por el Guardián, **A:** Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Trasladó), **R:** Atendido por Patrulla de Reacción, **TP:** traslado particular.
Causa: CH: Choque, **V:** Velocidad, **A:** Agresión, **E:** Enfermedad, **AT:** Accidente de Transito, **AB:** Atropellado por Bicicleta, **FM:** Falla Mecánica, **Vía:** Estado de la Vía, **FC:** Factores Climáticos, **P:** Puente, **PB:** Varias Personas en Bicicleta, **UV:** Uso Inadecuado de Vías, **MA:** Mordedura de Animal, **MB:** Mal Manejo de Bicicleta, **Otra** (especificar cual).

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GENERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	ACCIÓN FINAL	CAUSA

Acción Final: **A:** Devolverlo al Acudiente, **C:** Llevarlo a la Casa, **POL**: Entregarlo a la Policía

4. CONTEO DE PARTICIPANTES

CONTEO DE USUARIOS

SENTIDO	BICICLETA	PATINES	CAMINANDO	OTROS	TOTAL
N - S ☐ Occ - Ori ☐					
S - N ☐ Ori - Occ ☐					

CONTEO DE ANIMALES DE COMPAÑIA

ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS DIFERENTES A LAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑÍA	OBSERVACIONES

Dirección:	Clima: F ☐ S ☐ LL ☐ O ☐	Recibido por:
Observaciones:		

Clima: **F**: Frío, **S**: Soleado, **LL**: Lluvia, **O**: Opaco

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	OBSERVACIONES	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIADOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACION

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

TIPO DE UNIDAD: 551 :GRUA,**552 :** AMBULANCIA,**553:** UNIDAD POLICIA DE VIGILANCIA, **554:**UNIDAD DE POLICIA DE TRANSITO, **557:** BOMBEROS, **OTRA** (ESPECIFIQUE CUAL)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GENERO	CC / TI	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

☐ E ☐ LA

☐ AC ☐ AT

SIGNOS VITALES

F.C. _____ F.R._____ P.A._____ GLASGOW _____

ANTECEDENTES PERSONALES

_____

_____

_____

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

_____

_____

_____

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Psicológico: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐

Inmovilización: ☐ Inmov. Cervical: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o GUARDIÁN):

_____

_____

_____

DATOS ACOMPAÑANTE			TRASLADADO		ESTADO FINAL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO	No. MÓVIL	HOSPITAL o CLÍNICA	Vivo	Muerto

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			RESPONSABLE DEL TRASLADO MÓVIL		
NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

Motivo Atención: E: Enfermedad General, LA: Lesión por Agresión, AC: Accidente Común, AT: Accidente de Transito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad del ítem 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CARRERA 7 ENTRE CALLE 88 Y CALLE 79B	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	20/03/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	NORTE 3 - SÉPTIMA NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EF** ☐ **SSEC** ☐ **EV.E** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián llega al punto de formación de norte 3 a las 05:45 horas, para iniciar la reunión operativa a cargo de la gerente Laura Bayona, en la que se hace la revisión general y se comentan las novedades respecto al día; el guardián se dirige a su tramo para realizar la correspondiente apertura de ciclovía a las 07:00 horas, dando paso a los respectivos reportes del tramo, para posteriormente, realizar los recorridos siempre estando atento a los usuarios y vendedores autorizados, también realizando campañas para los biciusaurios. Cerca a las 14:00 horas el guardián realiza el levantamiento del material para esperar a que lo recoja el camión de recolección, finalizando jornada a las 14:10 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO		**CC/TI IMPLICADO**	**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO		**CC/TI IMPLICADO**	**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO		**CC/TI IMPLICADO**	**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO		**CC/TI IMPLICADO**	**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

Acción Final: G: Atendido por el Guardián, **A:** Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Trasladó), **R:** Atendido por Patrulla de Reacción, **TP:** traslado particular.
Causa: CH: Choque, **V:** Velocidad, **A:** Agresión, **E:** Enfermedad, **AT:** Accidente de Transito, **AB:** Atropellado por Bicicleta, **FM:** Falla Mecánica, **Vía:** Estado de la Vía, **FC:** Factores Climáticos, **P:** Puente, **PB:** Varias Personas en Bicicleta, **UV:** Uso Inadecuado de Vías, **MA:** Mordedura de Animal, **MB:** Mal Manejo de Bicicleta, **Otra** (especificar cual).

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GENERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	ACCIÓN FINAL	CAUSA

Acción Final: **A:** Devolverlo al Acudiente, **C:** Llevarlo a la Casa, **POL**: Entregarlo a la Policía

4. CONTEO DE PARTICIPANTES

CONTEO DE USUARIOS

SENTIDO	BICICLETA	PATINES	CAMINANDO	OTROS	TOTAL
N - S ☐ Occ - Ori ☐					
S - N ☐ Ori - Occ ☐					

CONTEO DE ANIMALES DE COMPANIA

ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS DIFERENTES A LAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑÍA	OBSERVACIONES

Dirección:	Clima: F ☐ S ☐ LL ☐ O ☐	Recibido por:
Observaciones:		

Clima: **F**: Frío, **S**: Soleado, **LL**: Lluvia, **O**: Opaco

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	OBSERVACIONES	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIADOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACION

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

TIPO DE UNIDAD: 551 :GRUA,**552 :** AMBULANCIA,**553:** UNIDAD POLICIA DE VIGILANCIA, **554:**UNIDAD DE POLICIA DE TRANSITO, **557:** BOMBEROS, **OTRA** (ESPECIFIQUE CUAL)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GENERO	CC / TI	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

☐ E ☐ LA

☐ AC ☐ AT

SIGNOS VITALES

F.C. _____ F.R._____ P.A._____ GLASGOW _____

ANTECEDENTES PERSONALES

_____

_____

_____

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

_____

_____

_____

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Psicológico: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐

Inmovilización: ☐ Inmov. Cervical: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o GUARDIÁN):

_____

_____

_____

DATOS ACOMPAÑANTE			TRASLADADO		ESTADO FINAL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO	No. MÓVIL	HOSPITAL o CLÍNICA	Vivo	Muerto

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			RESPONSABLE DEL TRASLADO MÓVIL		
NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

Motivo Atención: E: Enfermedad General, LA: Lesión por Agresión, AC: Accidente Común, AT: Accidente de Transito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad del ítem 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CARRERA 7 ENTRE CALLE 88 Y CALLE 79B	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	26/03/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	NORTE 3 - SÉPTIMA NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EF** ☐ **SSEC** ☐ **EV.E** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián llega al punto de formación del corredor a las 05:50 horas, para pasar a la reunión operativa a cargo de la gerente Laura Bayona y el profesional de recursos y escuela de guardianes, Jerson Osorio, donde se pasa a la revisión general, notificación de novedades de la jornada del día y un previo calentamiento para pasar al tramo a realizar su apertura a las 07:00 horas; se procede luego de la apertura, la realización de los reportes de novedades del tramo, para pasar a los recorridos correspondientes, estando atento de las novedades de los usuarios. El guardián por un breve periodo de tiempo realizó recorridos en dos tramos debido a una novedad mecánica del guardián del tramo vecino. Cerca las 14:00 horas, el guardián realiza el levantamiento del material para su pronta recolección por parte del camión de recolección, finalizando jornada a las 14:10 horas

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**		**CAUSA:**	**ACCIÓN FINAL:**
DIAGNÓSTICO:				
NOMBRE DEL IMPLICADO	**CC/TI IMPLICADO**		**TELEFONO DEL IMPLICADO**	**FIRMA IMPLICADO:**
OBSERVACIONES:				

Acción Final: G: Atendido por el Guardián, **A:** Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Trasladó), **R:** Atendido por Patrulla de Reacción, **TP:** traslado particular.
Causa: CH: Choque, **V:** Velocidad, **A:** Agresión, **E:** Enfermedad, **AT:** Accidente de Transito, **AB:** Atropellado por Bicicleta, **FM:** Falla Mecánica, **Vía:** Estado de la Vía, **FC:** Factores Climáticos, **P:** Puente, **PB:** Varias Personas en Bicicleta, **UV:** Uso Inadecuado de Vías, **MA:** Mordedura de Animal, **MB:** Mal Manejo de Bicicleta, **Otra** (especificar cual).

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GENERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	ACCIÓN FINAL	CAUSA

Acción Final: **A:** Devolverlo al Acudiente, **C:** Llevarlo a la Casa, **POL**: Entregarlo a la Policía

4. CONTEO DE PARTICIPANTES

CONTEO DE USUARIOS

SENTIDO	BICICLETA	PATINES	CAMINANDO	OTROS	TOTAL
N - S ☐ Occ - Ori ☐					
S - N ☐ Ori - Occ ☐					

CONTEO DE ANIMALES DE COMPAÑIA

ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS DIFERENTES A LAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑÍA	OBSERVACIONES

Dirección:	Clima: F ☐ S ☐ LL ☐ O ☐	Recibido por:
Observaciones:		

Clima: **F**: Frío, **S**: Soleado, **LL**: Lluvia, **O**: Opaco

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	OBSERVACIONES	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIADOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACION

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

TIPO DE UNIDAD: 551 :GRUA,**552 :** AMBULANCIA,**553:** UNIDAD POLICIA DE VIGILANCIA, **554:**UNIDAD DE POLICIA DE TRANSITO, **557:** BOMBEROS, **OTRA** (ESPECIFIQUE CUAL)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GENERO	CC / TI	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

☐ E ☐ LA

☐ AC ☐ AT

SIGNOS VITALES

F.C. _____ F.R._____ P.A._____ GLASGOW _____

ANTECEDENTES PERSONALES

_____

_____

_____

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

_____

_____

_____

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Psicológico: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐

Inmovilización: ☐ Inmov. Cervical: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o GUARDIÁN):

_____

_____

_____

DATOS ACOMPAÑANTE			TRASLADADO		ESTADO FINAL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO	No. MÓVIL	HOSPITAL o CLÍNICA	Vivo	Muerto

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			RESPONSABLE DEL TRASLADO MÓVIL		
NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

Motivo Atención: E: Enfermedad General, LA: Lesión por Agresión, AC: Accidente Común, AT: Accidente de Transito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad del ítem 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9. No se cuenta con bicicleta institucional hasta la fecha.



AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Buscar:

Contratante	Inicio contrato	Fin contrato	Estado	Nueva afiliación	Prórroga	Finalizar	Certificado	Carné
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	16/03/2023	17/03/2024	ACTIVO					
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	16/03/2023	20/03/2024	ACTIVO					

Anterior 1 Siguiente

Si no desea realizar gestión sobre ninguno de los contratos mostrados anteriormente, por favor cree una 'Nueva Solicitud'.

Nueva Solicitud

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1.000.522.743**	**N° contrato**		**1543/2023**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600							SI		NO	**X**

7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**					
	Número de planilla	**0**	Fecha de pago	0/00/0000	Valor pagado	$ -
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ -**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ -**	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente		
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**					
	AFC $			Ahorro Voluntario Pensión $		

9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2022). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	SI		NO	**X**
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2022). Anexo	SI		NO	**X**
11	**DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.**				
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $254.472 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))			**#**	**0**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo	SI		NO	**X**
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo	SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.	SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:	$	N/A		

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **3** AA **2023**

FIRMA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000522743, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230322	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Abril de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
IDRD

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999 CER-AFI 21612889

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.522.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Abril del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

PRIMER RESPONDIENTE
Gente que ayuda

La Secretaría Distrital de Salud - SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos - UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ

CC 1000522743

Tomó el curso virtual gratuito *Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!*

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogotá D.C. 17 de Noviembre de 2022

SBI-20223003485408

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ