INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

Nombres:	**ESTEBAN**	**Apellidos:**	**ORJUELA GONZÁLEZ**
N° Expediente Virtual	**2023800701601826E**	**CPS/AÑO:**	**1543/2023**
Dirección Residencia:	**DIAGONAL 15A #99A-30**	**Teléfono:**	**3144614973**
Objeto contractual:	**GUARDIÁN DE LA CICLOVÍA**	**Mes / Año:**	**SEPTIEMBRE/2023**

JORNADA 1	**FECHA:**	**03 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	El guardián inicia sus actividades a las 05:30 horas con una reunión operativa a cargo del líder de ruta Gustavo Rincón, donde se comentan las novedades a tener en cuenta para la jornada, aparte de esto se realiza una revisión de documentos personales y formatos, y al final un calentamiento. El guardián se dirige a su tramo para la respectiva apertura de ciclovía, y una vez abierta ciclovía, el guardián se dispone a armar los pasos seguros para que los usuarios la puedan usar; el guardián realiza los respectivos reportes que se le piden y procede a hacer recorridos; en ciertas horas, el guardián hace control del paso seguro ubicado a la altura de la Calle 26 por carrera 60. Cerca a las 14:00 horas, el guardián realiza levantamiento de material, finalizando a las 14:05 horas.	

JORNADA 2	**FECHA:**	**10 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	El guardián da inicio a su jornada a las 05:35 horas con la formación en el punto de encuentro del corredor; en esta formación se hace una revisión correspondiente a la lectura del ciclovía en sintonía, respondiendo eventos que se van a presentar en la jornada, puntos de ubicación de lúdica y pedagodía, entre otras cosas que aparecen ahí. El guardián se encarga de armar su tramo entre 06:30-07:00 horas, con la debida colocación de pendones que indican la ubicación de pasos seguros, colocación de cinta peligro para las fallas de infraestructura y la colocación de cinta de cerramiento para las zonas prioritarias. Luego el guardián realiza campaña sobre los módulos para los usuarios, y realiza recorridos enérgicos para mantener el orden sobre su tramo. Se finaliza jornada a las 14:05 horas.	

JORNADA 3	**FECHA:**	**17 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	Las actividades contractuales del guardián inician a las 05:45 con la reunión operativa en el punto de formación, en la que se hace revisión se la solución salina y la venda fija; luego de un calentamiento rápido, el guardián es enviado a realizar apertura de ciclovía sobre las 06:30, una vez realizada la apertura por su zona, el guadián se desplaza donde un compañero guardián y también le ayuda a hacer la respectiva apertura. Luego de la apertura, el guardián procede a organizar su tramo y de ahí a hacer control del paso seguro con la ayuda de compañeros del corredor aledaño, una vez realizado el control, el guardián hace conteo de material de su tramo para evitar novedades de robo. A las 14:09 horas el guardián finaliza su jornada con la debida recolección de su material.	

JORNADA 4	**FECHA:**	**21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	La jornada del guardián abarca un horario desde las 05:00 horas hasta las 13:00 horas. Se empieza en el punto de formación del corredor, en el que el líder de ruta Gustavo rincón da las correspondientes indicaciones para el día sin carro, y consecuentemente se hace una revisión del material de atención prehospitalaria para poder solventar cualquier caso de salud que se presente. Luego el guardián se dirige a su respectivo tramo donde se dispone a realizar la apertura de ciclovía para los usuarios que transiten en sus bicicletas ese día; después de abierta la ciclovía, el guardián realiza la correspondiente acomodación de su material y recorridos enérgicos para evitar que se presente cualquier tipo de novedad a lo largo de la jornada.	

JORNADA 5	**FECHA:**	**21 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	A las 12:00 horas se inicia la jornada con recorridos sobre el tramo asignado por el líder de ruta Gustavo Rincón, con los recorridos se empieza a hacer conteo de material para evitar posibles novedades de hurto; también se realizan campañas a los usuarios dando información sobre qué lugares la malla de ciclovía está total o parcialmente habiitada y por otra parte se está verificando el estado de las cintas, tanto de cerramiento como cinta peligro, ya que por las condiciones climáticas, estas pueden sufrir uno que otro daño. El guardián se encarga de marcar material para tener la facilidad de ubicarlo y mantenerlo en óptimas condiciones. El guardián cerca a la finalización del día sin carro, realiza movimiento de material al punto de recolección, siendo las 20:00 horas cuando el guardián finaliza jornada.	

JORNADA 6	FECHA:	24 DE SEPTIEMBRE DE 2023
CORREDOR Y/O	DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES	
CENTRO 4 CALLE 26 ORIENTAL	Las actividades del guardián se dan en un horario de 05:40 a 14:00 horas. Se forma en la calle 26 por carrera 36, donde el líder de ruta y los radio apoyos dan las recomendaciones para tener en cuenta en la jornada, luego se hace revisión del estado mecánico de la bicicleta y de ahí se realiza el respectivo cierre de las vías con las cintas y vallas de cerramiento. Una vez realizado el cerramiento, el guardián realiza reportes cada hora sobre el material con el que cuenta, esto gracias a los recorridos enérgicos, y a su vez, el guardián realiza pausas activas. Con ayuda de un agente de movilidad, el guardián hace control de paso seguro y a su vez campañas a los usuarios dando información importante a tener en cuenta sobre el funcionamiento de ciclovía. **NO SE CUENTA HASTA LA FECHA CON BICICLETA INSTITUCIONAL. TOTAL DE JORNADAS (59), JORNADAS EJECUTADAS (40), JORNADAS PENDIENTES POR EJECUTAR (19)**.	
TOTAL FECHAS TRABAJADAS EN EL MES: (6) SEIS		
CONCEPTO DEL SUPERVISOR: El contratista cumple con las obligaciones contractuales.		
ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ **FIRMA DEL CONTRATISTA**		**Vº Bº APOYO SUPERVISIÓN** NOMBRES Y APELLIDOS
		Vº Bº SUPERVISOR CONTRATO NOMBRES Y APELLIDOS MAURICIO NOVOA ORLANDO MONTENEGRO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ
No. Identificación: CC1000522743
Dirección: DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403
Telefono: 4583113
Correo: orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370719641

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1000522743	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2023
Número de planilla	8370719641	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2023
Fecha pago	2023-09-08	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	70719641	**Total Pagado**	330600
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	185600	1
EPS008	Compensar EPS	145000	1

8370719641

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000522743
APELLIDOS Y NOMBRES: ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1160000	1160000	0	0	145000	0	185600	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	3/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián inicia sus actividades a las 05:30 horas con una reunión operativa a cargo del líder de ruta Gustavo Rincón, donde se comentan las novedades a tener en cuenta para la jornada, aparte de esto se realiza una revisión de documentos personales y formatos, y al final un calentamiento. El guardián se dirige a su tramo para la respectiva apertura de ciclovía, y una vez abierta ciclovía, el guardián se dispone a armar los pasos seguros para que los usuarios la puedan usar; el guardián realiza los respectivos reportes que se le piden y procede a hacer recorridos; en ciertas horas, el guardián hace control del paso seguro ubicado a la altura de la Calle 26 por carrera 60. Cerca a las 14:00 horas, el guardián realiza levantamiento de material, finalizando a las 14:05 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

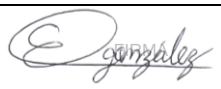
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	10/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián da inicio a su jornada a las 05:35 horas con la formación en el punto de encuentro del corredor; en esta formación se hace una revisión correspondiente a la lectura del ciclovía en sintonía, respondiendo eventos que se van a presentar en la jornada, puntos de ubicación de lúdica y pedagodía, entre otras cosas que aparecen ahí. El guardián se encarga de armar su tramo entre 06:30-07:00 horas, con la debida colocación de pendones que indican la ubicación de pasos seguros, colocación de cinta peligro para las fallas de infraestructura y la colocación de cinta de cerramiento para las zonas prioritarias. Luego el guardián realiza campaña sobre los módulos para los usuarios, y realiza recorridos enérgicos para mantener el orden sobre su tramo. Se finaliza jornada a las 14:05 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

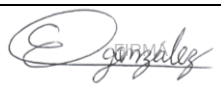
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	17/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

Las actividades contractuales del guardián inician a las 05:45 con la reunión operativa en el punto de formación, en la que se hace revisión se la solución salina y la venda fija; luego de un calentamiento rápido, el guardián es enviado a realizar apertura de ciclovía sobre las 06:30, una vez realizada la apertura por su zona, el guadián se desplaza donde un compañero guardián y también le ayuda a hacer la respectiva apertura. Luego de la apertura, el guardián procede a organizar su tramo y de ahí a hacer control del paso seguro con la ayuda de compañeros del corredor aledaño, una vez realizado el control, el guardián hace conteo de material de su tramo para evitar novedades de robo. A las 14:09 horas el guardián finaliza su jornada con la debida recolección de su material.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

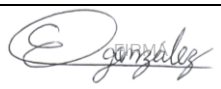
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	21/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

La jornada del guardián abarca un horario desde las 05:00 horas hasta las 13:00 horas. Se empieza en el punto de formación del corredor, en el que el líder de ruta Gustavo rincón da las correspondientes indicaciones para el día sin carro, y consecuentemente se hace una revisión del material de atención prehospitalaria para poder solventar cualquier caso de salud que se presente. Luego el guardián se dirige a su respectivo tramo donde se dispone a realizar la apertura de ciclovía para los usuarios que transiten en sus bicicletas ese día; después de abierta la ciclovía, el guardián realiza la correspondiente acomodación de su material y recorridos enérgicos para evitar que se presente cualquier tipo de novedad a lo largo de la jornada.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**	**CC / TI :**		**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

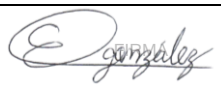
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	21/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

A las 12:00 horas se inicia la jornada con recorridos sobre el tramo asignado por el líder de ruta Gustavo Rincón, con los recorridos se empieza a hacer conteo de material para evitar posibles novedades de hurto; también se realizan campañas a los usuarios dando información sobre qué lugares la malla de ciclovía está total o parcialmente habiitada y por otra parte se está verificando el estado de las cintas, tanto de cerramiento como cinta peligro, ya que por las condiciones climáticas, estas pueden sufrir uno que otro daño. El guardián se encarga de marcar material para tener la facilidad de ubicarlo y mantenerlo en óptimas condiciones. El guardián cerca a la finalización del día sin carro, realiza movimiento de material al punto de recolección, siendo las 20:00 horas cuando el guardián finaliza jornada.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

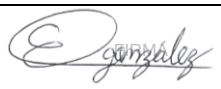
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 51 Y CARRERA 60	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	24/09/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **EP** ☐ **SSEO** ☐ **EV.E.** ☐ **ATN** ☐ **CAP** ☐ **MI** ☐ **AP.AD** ☐ **OTRO** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

Las actividades del guardián se dan en un horario de 05:40 a 14:00 horas. Se forma en la calle 26 por carrera 36, donde el líder de ruta y los radio apoyos dan las recomendaciones para tener en cuenta en la jornada, luego se hace revisión del estado mecánico de la bicicleta y de ahí se realiza el respectivo cierre de las vías con las cintas y vallas de cerramiento. Una vez realizado el cerramiento, el guardián realiza reportes cada hora sobre el material con el que cuenta, esto gracias a los recorridos enérgicos, y a su vez, el guardián realiza pausas activas. Con ayuda de un agente de movilidad, el guardián hace control de paso seguro y a su vez campañas a los usuarios dando información importante a tener en cuenta sobre el funcionamiento de ciclovía.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**		**CC / TI :**	**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**		**GENERO:**
EPS: COMPENSAR	**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

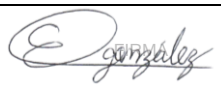
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.



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 GONZÁLEZ**									
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 $53,205,600							SI		NO	**X**
7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla	**8370719641**			Fecha de pago		**8/09/2023**	Valor pagado		**$ 330.600,00**	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $			**$ 145.000,00**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 185.600,00**			
	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 **9** 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 Activo 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	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Septiembre 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: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
22847422

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 17 de Septiembre 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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf	ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf	36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP CTO 1543-2023.pdf	RP CTO 1543-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf	INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf	INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf	Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

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