INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

Nombres:	**ESTEBAN**	**Apellidos:**	**ORJUELA GONZÁLEZ**
Nº Expediente Virtual	**2023800701601826E**	**CPS/AÑO:**	**1543/2023**
Dirección Residencia:	**DIAGONAL 15A #99A-30**	**Teléfono:**	**3144614973**
Objeto contractual:	**GUARDIÁN DE LA CICLOVÍA**	**Mes / Año:**	**DICIEMBRE/2023**

JORNADA 1	**FECHA:**	**03 DE DICIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	La jornada del guardián da inicio a las 05:55 horas con la reunión operativa, en la que, con ayuda de los radio apoyos, se dan las respectivas novedades para la jornada a tratar; se realiza un calentamiento entre todos los guardianes, ya luego,el guardián se dirige a su tramo que va desde la avenida Boyacá por calle 66A hasta la calle 72 dando apertura a ciclovía. El guardián se encarga de realizar recorridos enérgicos ya que la zona por la que está es bastante transitada, también por la ubicación del tramo, suelen haber fuertes vientos, lo que provoca que las cintas se caigan y toque arreglarlas constantemente. Cerca a las 14:00 horas el guardián se encarga de la recolección de cintas y material, terminando jornada a las 14:08 horas.	

JORNADA 2	**FECHA:**	**08 DE DICIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	Las actividades del guardián abarcan un horario desde las 06:00 horas hasta las 14:00 horas, empezando con la reunión operativa dirigida por el líder de ruta Diego González y el gerente de espacio público Gustavo Rincón, en donde se hace revisión de elementos de atención prehospitalaria, luego de la reunión y un previo calentamiento el guardián se dirige a su tramo para la respectiva apertura; el guardián durante el día se encarga de recorridos y de estar atento a los vendedores autorizados para ayudarlos en cualquier novedad que presenten, también el guardián se encarga de invitar a los usuarios a la ciclovía nocturna "Siente Bogotá" y de darles información acerca de ciclovía, como sobre el funcionamiento de módulos y demás. El guardián ya cerca a la finalización de jornada, hace recolección de cintas y de material para el paso del camión de recolección.	

JORNADA 3	**FECHA:**	**10 DE DICIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	El guardián inicia las actividades a las 05:55 horas, con la formación en la avenida Boyacá por calle 116, donde se hace la respectiva revisión de los elementos institucionales, a su vez, se comentan las novedades a tener en cuenta para la jornada, esto con ayuda de los radio apoyos, también se dan recomendaciones para la ciclovía nocturna que se aproxima. El guardián se dirige a realizar apertura de ciclovía a las 07:00 horas; a lo largo del día, el guardián se encarga de mantener las cintas en su respectivo lugar, ayudar a un vendedor autorizado a armar su módulo, realizar recorridos enérgicos y ayudar a cubrir el tramo vecino cuando el compañero guardián encargado se ocupa con novedades que se le presentan. Cerca a las 14:00 horas, el guardián recolecta el material para finalizar ciclovía, terminando a las 14:06 horas.	

JORNADA 4	**FECHA:**	**14 DE DICIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	La jornada nocturna del guardián da inicio con la operativa a las 16:00 horas, donde se realiza una revisión exhausta de las luces a portar, reflectivos y formatos; posterior a ello, el guardián se aproxima a su tramo y espera la autorización para realizar apertura de tramo, cerca a las 17:40 horas, dando paso a ciclovía nocturna a las 18:00 horas. El guardián se dedica a realizar recorridos activos para mitigar novedades, y a su vez, reportaba a las unidades que fueron de apoyo en la ciclovía nocturna, también se encargó de contar material cada ciertos trayectos para minimizar los hurtos que se pudiesen hacer presente; cerca a las 23:59 horas el guardián se encarga de recoger el material lo más eficaz posible para poder hacer un cierre de ciclovía sin novedad alguna y esperar a que el camión de carga recoja el material.	

JORNADA 5	**FECHA:**	**15 DE DICIEMBRE DE 2023**
CORREDOR Y/O PROGRAMA	**DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES**	
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	Siendo las 00:00 horas, el guardián espera al camión de carga para que su material pueda ser recolectado; posterior a esto, el guardián se dirige a una gasolinera que se ubica después de la avenida Boyacá por calle 80, donde se encuentra con compañeros guardianes para hacer una ruta segura con el fin de no presentar novedades al momento de dirigirse a los respectivos hogares; la ruta segura abarca la avenida Boyacá en sentido sur hasta la calle 26, calle 26 en sentido occidente hasta carrera 100, carrera 100 en sentido sur hasta calle 23, de calle 23 en sentido occidente a carrera 111 y luego sentido sur hasta la calle 18; en el camino se van dejando poco a poco a los demás guardianes. El guardián llega satisfactoriamente a su destino, finalizando jornada de la ciclovía nocturna "siente Bogotá" a las 03:00 horas. **NO SE CUENTA HASTA LA FECHA CON BICICLETA INSTITUCIONAL. TOTAL DE JORNADAS (59), JORNADAS EJECUTADAS (56), JORNADAS PENDIENTES POR EJECUTAR (3).**	

TOTAL FECHAS TRABAJADAS EN EL MES: (5) CINCO

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 JONATHAN RUBEN VALEBUENA CABEZAS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ	DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	27/11/2023	72718256	$330.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	330.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ		DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	27/11/2023	72718256	$330.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000522743	ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN	3	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 66A Y CALLE 72	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	3/12/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 1	**CORREDOR :**	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **E** ☐ **SSE** ☐ **EV.** ☐ **AT** ☐ **CA** ☐ ☐ **AP.** ☐ **OTR** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

La jornada del guardián da inicio a las 05:55 horas con la reunión operativa, en la que, con ayuda de los radio apoyos, se dan las respectivas novedades para la jornada a tratar; se realiza un calentamiento entre todos los guardianes, ya luego,el guardián se dirige a su tramo que va desde la avenida Boyacá por calle 66A hasta la calle 72 dando apertura a ciclovía. El guardián se encarga de realizar recorridos enérgicos ya que la zona por la que está es bastante transitada, también por la ubicación del tramo, suelen haber fuertes vientos, lo que provoca que las cintas se caigan y toque arreglarlas constantemente. Cerca a las 14:00 horas el guardián se encarga de la recolección de cintas y material, terminando jornada a las 14:08 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 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	Nº UNIDAD	Nº 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

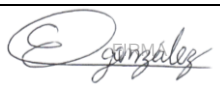
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 66A Y CALLE 72	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	8/12/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 1	**CORREDOR :**	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **E** ☐ **SSE** ☐ **EV.** ☐ **AT** ☐ **CA** ☐ **...** ☐ **AP.** ☐ **OTR** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

Las actividades del guardián abarcan un horario desde las 06:00 horas hasta las 14:00 horas, empezando con la reunión operativa dirigida por el líder de ruta Diego González y el gerente de espacio público Gustavo Rincón, en donde se hace revisión de elementos de atención prehospitalaria, luego de la reunión y un previo calentamiento el guardián se dirige a su tramo para la respectiva apertura; el guardián durante el día se encarga de recorridos y de estar atento a los vendedores autorizados para ayudarlos en cualquier novedad que presenten, también el guardián se encarga de invitar a los usuarios a la ciclovía nocturna "Siente Bogotá" y de darles información acerca de ciclovía, como sobre el funcionamiento de módulos y demás. El guardián ya cerca a la finalización de jornada, hace recolección de cintas y de material para el paso del camión de recolección

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 COMPANIA

ANIMALES DE COMPANIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPANIA 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	Nº UNIDAD	Nº 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

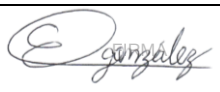
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 66A Y CALLE 72	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	10/12/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 1	**CORREDOR :**	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **E** ☐ **SSE** ☐ **EV.** ☐ **AT** ☐ **CA** ☐ ☐ **AP.** ☐ **OTR** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián inicia las actividades a las 05:55 horas, con la formación en la avenida Boyacá por calle 116, donde se hace la respectiva revisión de los elementos institucionales, a su vez, se comentan las novedades a tener en cuenta para la jornada, esto con ayuda de los radio apoyos, también se dan recomendaciones para la ciclovía nocturna que se aproxima. El guardián se dirige a realizar apertura de ciclovía a las 07:00 horas; a lo largo del día, el guardián se encarga de mantener las cintas en su respectivo lugar, ayudar a un vendedor autorizado a armar su módulo, realizar recorridos enérgicos y ayudar a cubrir el tramo vecino cuando el compañero guardián encargado se ocupa con novedades que se le presentan. Cerca a las 14:00 horas, el guardián recolecta el material para finalizar ciclovía, terminando a las 14:06 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	Nº UNIDAD	Nº 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

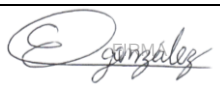
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 66A Y CALLE 72	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	14/12/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 1	**CORREDOR :**	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **E** ☐ **SSE** ☐ **EV.** ☐ **AT** ☐ **CA** ☐ ☐ **AP./** ☐ **OTR** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

La jornada nocturna del guardián da inicio con la operativa a las 16:00 horas, donde se realiza una revisión exhausta de las luces a portar, reflectivos y formatos; posterior a ello, el guardián se aproxima a su tramo y espera la autorización para realizar apertura de tramo, cerca a las 17:40 horas, dando paso a ciclovía nocturna a las 18:00 horas. El guardián se dedica a realizar recorridos activos para mitigar novedades, y a su vez, reportaba a las unidades que fueron de apoyo en la ciclovía nocturna, también se encargó de contar material cada ciertos trayectos para minimizar los hurtos que se pudiesen hacer presente; cerca a las 23:59 horas el guardián se encarga de recoger el material lo más eficaz posible para poder hacer un cierre de ciclovía sin novedad alguna y esperar a que el camión de carga recoja el 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 COMPANIA

ANIMALES DE COMPANIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPANIA 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	Nº UNIDAD	Nº 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

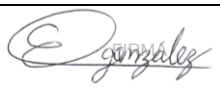
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 66A Y CALLE 72	**C.C.**	1000522743	**CPS /AÑO:**	1543/2023
FECHA:	15/12/2023	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	TRAMO 1	**CORREDOR :**	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	**TRAMO** ✖ **RA** ☐ **EGC** ☐ **CCC** ☐ **EST** ☐ **OPER** ☐ **APH** ☐ **E** ☐ **SSE** ☐ **EV.** ☐ **AT** ☐ **CA** ☐ ☐ **AP./** ☐ **OTR** ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

Siendo las 00:00 horas, el guardián espera al camión de carga para que su material pueda ser recolectado; posterior a esto, el guardián se dirige a una gasolinera que se ubica después de la avenida Boyacá por calle 80, donde se encuentra con compañeros guardianes para hacer una ruta segura con el fin de no presentar novedades al momento de dirigirse a los respectivos hogares; la ruta segura abarca la avenida Boyacá en sentido sur hasta la calle 26, calle 26 en sentido occidente hasta carrera 100, carrera 100 en sentido sur hasta calle 23, de calle 23 en sentido occidente a carrera 111 y luego sentido sur hasta la calle 18; en el camino se van dejando poco a poco a los demás guardianes. El guardián llega satisfactoriamente a su destino, finalizando jornada de la ciclovía nocturna "siente Bogotá" a las 03:00 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	Nº UNIDAD	Nº 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

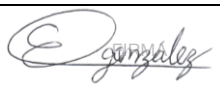
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

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.



Menú

AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Buscar:

Contratante	Inicio contrato	Fin contrato	Actividad Económica	Estado	Nueva afiliación	Prórroga	Finalizar	Certificado	Carné
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	16/03/2023	17/03/2024	5931201	ACTIVO	+	✎	📅	🖨	💳
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	16/03/2023	20/03/2024	5931201	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 $53,205,600							SI		NO	**X**
7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla	**72718256**			Fecha de pago	**27/11/2023**		Valor pagado	**$ 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 **15** MM **12** 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 9 días del mes de Diciembre 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
23581595

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 9 de Diciembre 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

Datos guardados

Cancelar

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	Es

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf	ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf
36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf	36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf
RP CTO 1543-2023.pdf	RP CTO 1543-2023.pdf
INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf	INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf
INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf	INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf
INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf	Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf
INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR TEMPORAL 1.pdf	DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR TEMPORAL 1.pdf
INFORME MENSUAL SEPTIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL SEPTIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
NFORME MENSUAL OCTUBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	NFORME MENSUAL OCTUBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
DESIGNACIÓN TEMPORAL SUPERVISIÓN 2.pdf	DESIGNACIÓN TEMPORAL SUPERVISIÓN 2.pdf
NFORME MENSUAL NOVIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	NFORME MENSUAL NOVIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf

Cancelar

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