INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	2		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1077- 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20248007016013888E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	52731916	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería en el sistema distrital de parques.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho 8 meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	31.552.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	14/05/2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	13/01/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01/06/2024 HASTA 30/06/2024 COMPLEJO ACUATICO	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Realizar atención de primeros auxilios, dentro de los parques y escenarios del sistema distrital y de acuerdo con la necesidad, realizar activación de rutas de emergencia, garantizando la estabilidad de signos vitales del usuario dentro del parque o escenario	**Actividad** Durante el mes de junio se presta atención de primeros auxilios a Catalina Ortegón, nadadora de escuela de semilleros, que en medio del entrenamiento sufre fatiga muscular, al momento de toma de signos vitales se observan estables, se realiza limpieza con gasas y solución salina donde presenta rash cutáneo, después pasa a realizarse baño para tomar descanso, se recomienda hacer revisión médica. Atención realizada 01/06/2024. Durante el mes de junio se presta atención de primeros auxilios a Viviana Marulanda quien en medio del entrenamiento al realizar clavado en foso cae mal y se golpea brazo derecho, el cual se realiza valoración por uno de los medico externos, y se procede a colocar soporte triangular, se realiza llamado a acudiente (mamá), y salen del escenario siendo las 11:15 am, para que le realicen atención médica. Atención realizada 06/06/2024. Durante el mes de junio se presta atención de primeros auxilios a Jerónimo Cabra del grupo azul profundo foso, quien ingresa a enfermería por dolor en el oído izquierdo, se realiza valoración y palpación externa, el cual se observa infamación en la parte externa del oído y secreción dentro del oído, se recomiendo no ingresar de nuevo a piscina y dirigirse a atención médica. Atención realizada 12/06/2024. Durante el mes de junio se presta atención de primeros auxilios a Gabriela Bonilla del grupo kits idrd, el cual sin intención otro participante la golpea en su nariz y genera sangrado nasal, se traslada de piscina a enfermería, donde se le realiza limpieza con gasas y solución salina hasta no evidenciar más sangrado, su acudiente (mama) es quien la

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

	lleva a ducharse, al salir nuevamente se le hace valoración y no se le observa sangrado, ella sigue en entrenamiento. Atención realizada 16/06/2024 **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo Obligación 1.1 Atención Catalina Ortegón Obligación 1.2 Atención Viviana Marulanda Obligación 1.3 Atención Jerónimo Cabra Obligación 1.4 Atención Gabriela Bonilla
Obligación No. 2: Realizar semanalmente campañas de prevención sobre el buen uso de los servicios de los parques y escenarios del sistema distrital, evitando posibles accidentes por mal uso.	**Actividad** Se realizan rondas diarias por el escenario complejo acuático velando que nuestros usuarios realicen un adecuado uso y aprovechamiento de los espacios. Se realiza acompañamiento en el ingreso de los usuarios y competidores en el área de la piscina prestando apoyo recordando las normas de ingreso e higiene en esta área. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 3: Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas técnicas legales y Plan de Emergencias y Contingencias del parque o escenario.	**Actividad** Se realiza recorrido de verificación mensual de vigilancia de los extintores y botiquines del escenario. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo Obligaciones 3.1 Fotografías de evidencia de extintores y botiquines.
Obligación No. 4: Apoyar y hacer seguimiento, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.	**Actividad** Se realiza acompañamiento a personal de vigilancia, mantenimiento y piscineros durante la realización de sus tareas diarias en el escenario verificando el uso de los elementos de protección personal. Se realiza acompañamiento preventivo durante arreglos en paredes y pisos llevados a cabo en el escenario, verificando que los trabajadores utilicen sus elementos de protección personal al realizar sus actividades y prevenir la realización de actos inseguros. **Evidencia** Bitácora de actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

	Anexo Obligación 4.1 Acompañamiento preventivo durante arreglos
Obligación No. 5: Apoyar la coordinación de los eventos programados para el escenario, garantizando se cumplan los parámetros de salud requeridos para el mismo:(media, alta y baja complejidad).	**Actividad** Se realiza acompañamiento durante el 1° Festival nacional de novatos clavados 2024, llevado a cabo los días 6, 7 , 8, 9 de junio en el complejo acuático los días 23, verificando su cumplimiento con los parámetros ya que es un evento que cuanta con una alta complejidad. Se revisan puntos de primeros auxilios verificando que el personal requerido para este evento este completo, cuenten con los equipos, elementos y insumos necesarios para la atención de una emergencia. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo Obligación 5.1 Fotografías del evento y grupo de asistencia y parámetros requeridos.
Obligación No. 6: Informar al área de Administración de Escenarios y /o al supervisor del contrato la necesidad de intervenciones en temas relacionados con salud pública o individual, evitando posibles riesgos.	**Actividad** Se realizan rondas por todo el complejo acuático teniendo en cuenta los siguientes factores: La probabilidad de que se produzca el riesgo La gravedad de las consecuencias del riesgo El número de personas que podrían verse afectadas por el riesgo Se realiza acompañamiento durante la realización de tareas de mantenimiento buscando evitar que los trabajadores realicen actos inseguros durante la ejecución de sus actividades laborales y de esta manera evitar accidentes. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 7 asistir a las capacitaciones y / o reuniones que le sean informadas y generar	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor.	**Actividad** Se realiza capacitación con el grupo de salvavidas del escenario, sobre toma de signos y desechos de corto punzantes. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo Obligación 7.1 Firma de participantes de la capacitación
Obligación No. 8 proyectar de manera oportuna y en términos de calidad y veracidad las respuestas a las solicitudes de información, peticiones, quejas, reclamos y demás requerimientos allegados con ocasión de los proyectos y actividades a cargo de la Subdirección Técnica de Parques.	**Actividad** No se recibe notificación por parte de la administración sobre correos, peticiones, quejas o reclamos relacionados a el área de primeros auxilios en el mes de junio. **Evidencia** N/A Anexo N/A
Obligación No. 9 elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, en las fechas establecidas en el mismo.	**Actividad** Al obtener la firma por parte de la supervisión en el informe se realizará cargue de este, se aclara que este es el primer mes de realización de informe **Evidencia** Anexo Obligación 9.1 Pantallazo SECOP II
Obligación No. 10 las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	**Actividad** No tareas asignadas. **Evidencia** N/A Anexo N/A
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD		$197.200

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

PAGO APORTES PENSIÓN		$252.416
PAGO RIESGOS LABORALES		$38.430
	TOTAL	$ 488.046

3. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, bitácora y anexos).

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
N° de Identificación: 60.328.758
Cargo: Profesional Especializado Grado 11

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	**LILIA YOJANA GUACARI CASTRO**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**52731916**	**N° contrato**		**1077 DE 2024**	
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	**X**
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a $59,376,800							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	**9468735592 9467388745**			Fecha de pago	21/05/2024 14/06/2024		Valor pagado	$ 501.200		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $		**$ 197.200**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**$ 252.500**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $		**$ 38.500**			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 (2023). 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 (2023). 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 $282.390 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))									**#**	**1**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI	**X**	NO	
	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 (2023) $11.027.120 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 (2023) $11.027.120 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:							$			

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 **6** AA **2024**

Lilia Yojana Guacari Castro

FIRMA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000155	9467388745	I	2024/06/07	2024/06/14	BANCO DE BOGOTA	7	$412,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 52731916	GUACARI LILIA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF22	30	$1,300,000	$7,800	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000155	9467388745	I	2024/06/07	2024/06/14	BANCO DE BOGOTA	7	$412,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$7,800	$100	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				1	$410,000	$2,400	$0	$412,400

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000854	9468735592	N	2024/06/07	2024/06/21	BANCO DE BOGOTA	12	$88,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$277,600	$44,500			$277,600	$34,700			$277,600	$1,700			$277,600	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$277,600	$44,500			$277,600	$34,700			$277,600	$1,700			$277,600	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$277,600	$44,500			$277,600	$34,700			$277,600	$1,700			$277,600	$6,800		$0	$0
1	CC	52731916	GUACARI LILIA	25-14	30	($1,300,000)	($208,000)	EPS017	30	($1,300,000)	($162,500)	CCF22	30	($1,300,000)	($7,800)	14-23	30	($1,300,000)	($31,700)	30	$0	$0
2	CC	52731916	GUACARI LILIA	25-14	30	$1,577,600	$252,500	EPS017	30	$1,577,600	$197,200	CCF22	30	$1,577,600	$9,500	14-23	30	$1,577,600	$38,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$277,600	$44,500			$277,600	$34,700			$277,600	$1,700			$277,600	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000854	9468735592	N	2024/06/07	2024/06/21	BANCO DE BOGOTA	12	$88,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,500	$500	$0	$45,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$44,500	$500	$0	$45,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700	$100	$0	$1,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$1,700	$100	$0	$1,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$400	$0	$35,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$34,700	$400	$0	$35,100
TOTAL				1	$87,700	$1,100	$0	$88,800

BITACORA DE ACTIVIDADES PARQUE

INFORME No: 2

NOMBRE DEL PARQUE: COMPLEJO ACUATICO 12-1000

FECHA: 30/06/2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No CONTRATO Y FECHA: 1077-2024

FECHA	FUNCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
Sabado 1 de junio de 2024	Se presta atencion en primeros auxilios a la niña Catalina ortegon de 13 años de escuela de semilleros, y se observa rash cutaneo.	
Domingo 2 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento al grupo de natación, en ejercicios de calentamiento.	
Lunes 3 de junio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 4 de junio de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua	**N/A**

Miercoles 5 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento durantes las diferentes clases y actividades llevadas acabo en el area de piscinas siendo apoyo para los docentes.	
Jueves 6 de junio de 2024	1° festival nacional de novatos clavados 2024, se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios, por alta complejidad se acompaña con grupo medico externo, se realiza asistencia a Viviana Marulanda se lesiona el codo derecho en medio del entrenamiento.	
Viernes 7 de junio de 2024	Festival nacional de novatos clavados 2024,se realiza acompañamineto como auxiliar de primeros auxilios, por alta complejidad se acompaña con grupo medico externo.	
Sabado 8 de junio de 2024	Festival nacional de novatos clavados 2024,se realiza acompañamineto como auxiliar de primeros auxilios, por alta complejidad se acompaña con grupo medico externo.	
Domingo 9 de junio de 2024	Final del festival nacional de novatos clavados 2024, acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios durante todo el evento.	
Lunes 10 de junio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 11 de junio de 2024	Se realiza presencia como personal de primeros auxilios del escenario complejo acuatico durante el entrenamiento de nadado sincronizado en foso al grupo liga de natacion de Bogota.	
Miercoles 12 de junio de 2024	Se realiza asistencia de primeros auxilios a Jeronimo Cabra del grupo azul profundo, informa dolor en oido izquierdo.	
Jueves 13 de junio de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua	**N/A**
Viernes 14 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios durante la clase de entrenamiento del grupo paraolimpico.	
Sabado 15 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento durante el calentamiento del grupo paraolimpico.	

Domingo 16 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento en el entrenamiento del grupo kit idrd, se realiza asistencia de primeros auxilios a Gabriela Bonilla, por golpe en nariz.	
Lunes 17 de junio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 18 de junio de 2024	Se realiza revision y control de extintores del escenario complejo acuatico.	
Miercoles 19 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento preventivo durante arreglos en paredes llevados a cabo en el escenario, verificando que los trabajadores utilicen sus elementos de protección personal al realizar sus actividades y prevenir la realizacion de actos inseguros.	
Jueves 20 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento preventivo durante arreglos en piso llevados a cabo en el escenario, verificando que no alla ningún incidente mientras lo realizan.	
Viernes 21 de junio de 2024	Se realiza educacion a salva vidas sobre toma de signos vitales.	
Sabado 22 de junio de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua	**N/A**
Domingo 23 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios durante la clase de clavados en foso.	
Lunes 24 de junio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 25 de junio de 2024	Se realiza control y revision de botiquines en el escenario complejo acuatico.	**N/A**
Miercoles 26 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento para ingreso a piscina a grupo de paraolimpicos.	**N/A**
Jueves 27 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de natación.	**N/A**
Viernes 28 de junio de 2024	Se rrealiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios en clase de entrenamiento de clavados en foso.	**N/A**

Sabado 29 de junio de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento y entrenamiento de natación a grupo de discapacidad cognitiva.	**N/A**
Domingo 30 de junio de 2024	se realiza presencia durante las clases de las escuelas de IDRD deporte como personal de primeros auxilios como apoyo a la gestion de los salvavidas y los docentes.	**N/A**

OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
Profesional Especializado

LILIA YOJANA GUACARI CASTRO
Contratista

OBLIGACION 1.1 ATENCION CATALINA ORTEGON.

	COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR	
VERSION 1-2020	**ACTIVIDADES DE PRIMEROS AUXILIOS**	**PAGINA 1 de 2**

Fecha y hora	PRIMEROS AUXILIOS	Firma y sello
01/06/2024	CATALINA ORTEGON, NADADORA DE ESCUELA DE SEMILLEROS, REALIZA LLAMADO A PRIMEROS AUXILIOS POR FATIGA MUSCULAR, SE TRASLADA A ENFERMERIA EN SILLA DE RUEDAS, SE TOMA SIGNOS VITALES Y SE OBSEVA QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, SE EVIDENCIA RASH CUTANEO EN MIEMBROS INFERIORES, SE LE HACE LIMPIEZA CON GASAS Y SOLUCION SALINA PARA RETIRAR EL CLORO DE LA PISCINA Y PASA A REALIZARSE BAÑO GENERAL PARA TOMAR DESCANSO, SE EDUCA Y SE RECOMIENDA HACER REVISION MEDICA.	

Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 1.2 ATENCION VIVIANA MARULANDA.

	COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR	
VERSION 1-2020	**ACTIVIDADES DE PRIMEROS AUXILIOS**	**PAGINA 1 de 2**

Fecha y hora	PRIMEROS AUXILIOS	Firma y sello
06/06/2024	VIVIANA MARULANDA, EN MEDIO DEL ENTRENAMIENTO DE CLAVADOS EN FOSO, AL REALIZAR EL CLAVADO CAE MAL EN EL AGUA Y SE GOLPEA EL BRAZO DERECHO, SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS DEL FOSO, SE TRASLADA A ENFERMERIA, ES VALORADA POR UNO DE LOS DOCTORES EXTERNOS DEL EVENTO, QUIEN PROCEDE A COLOCAR SOPORTE TRIANGULAR, POR BAJA COMPLEJIDAD SE REALIZA LLAMADO DE ACUDIENTE EMILSE VALENZUELA FORERO (MADRE), SALE A LAS 11:15 AM PARA QUE REALICE TRASLADO A ATENCION MEDICA.	

Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 1.3 ATENCION JERONIMO CABRA.

	COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR	
VERSION 1-2020	**ACTIVIDADES DE PRIMEROS AUXILIOS**	**PAGINA 1 de 2**

Fecha y hora	PRIMEROS AUXILIOS	Firma y sello
12/06/2024	JERONIMO CABRA DEL GRUPO AZUL PROFUNDO FOSO INGRESA A ENFERMERIA INFORMANDO QUE TIENE DOLOR EN EL OIDO IZQUIERDO, EL CUAL SE REALIZA VALORACION Y PALPACION EXTERNA, SE OBSERVA INFLAMACION EXTERNA Y SECRECION EN OIDO, SE RECOMIENDA NO INGRESAR DE NUEVO A PISCINA Y DIRIGIRSE A ATENCION MEDICA.	

Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 1.4 ATENCION GABRIELA BONILLA

Fecha y hora	PRIMEROS AUXILIOS	Firma y sello
16/06/2024	GABRIELA BONILLA DE GRUPO KITS IDRD, SE ENCONTRABA EN ENTRENAMIENTO Y OTRO PARTICIPANTE LE GOLPEA LA NARIZ, SE OBSERVA SANGRADO NASAL, SE SACA DE LA PISCINA Y SE TRASLADA A ENFERMERIA, DONDE SE LE REALIZA LIMPIEZA CON GASAS Y SOLUCION SALINA HASTA QUE SE OBSERVA QUE NO HAY MAS SANGRADO, INGRESA LA ACUDIENTE (MAMA) QUIEN LA PASA A DUCHA PARA REALIZAR BAÑO, NUEVAMENTE SE LE HACE VALORACIÓN Y NO SE OBSEVA SANGRADO NI CONTUSION, Y SIGUE EN ENTRENAMIENTO.	

OBLIGACION 3.1 FOTOGRAFIAS DE EVIDENCIA DE EXTINTORES Y BOTIQUINES.









Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

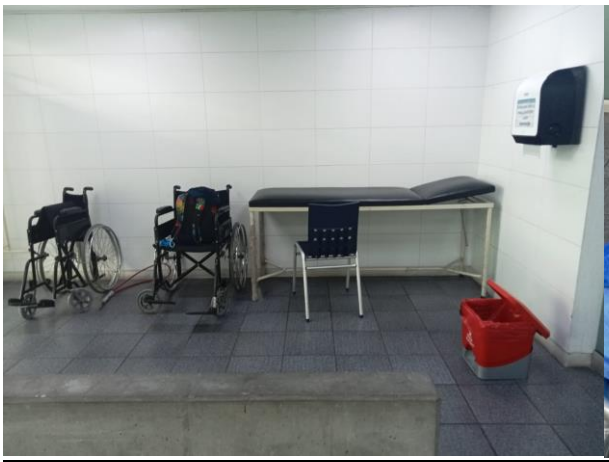
OBLIGACION 4.1 ACOMPAÑAMIENTO PREVENTIVO DURANTE ARREGLOS.





Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 5.1 FOTOGRAFIAS DEL EVENTO Y GRUPO DE ASISTENCIA Y PARAMETROS REQUERIDOS.





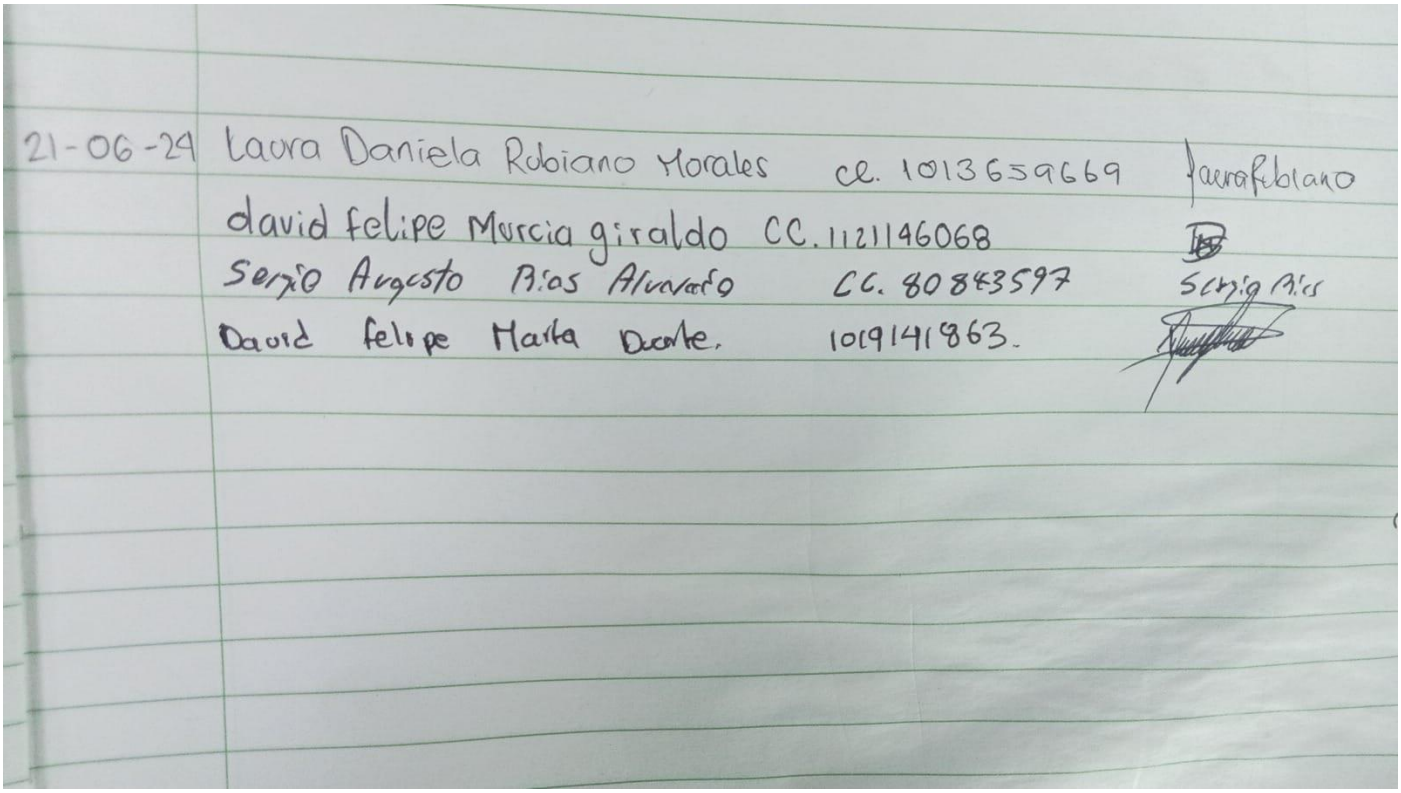






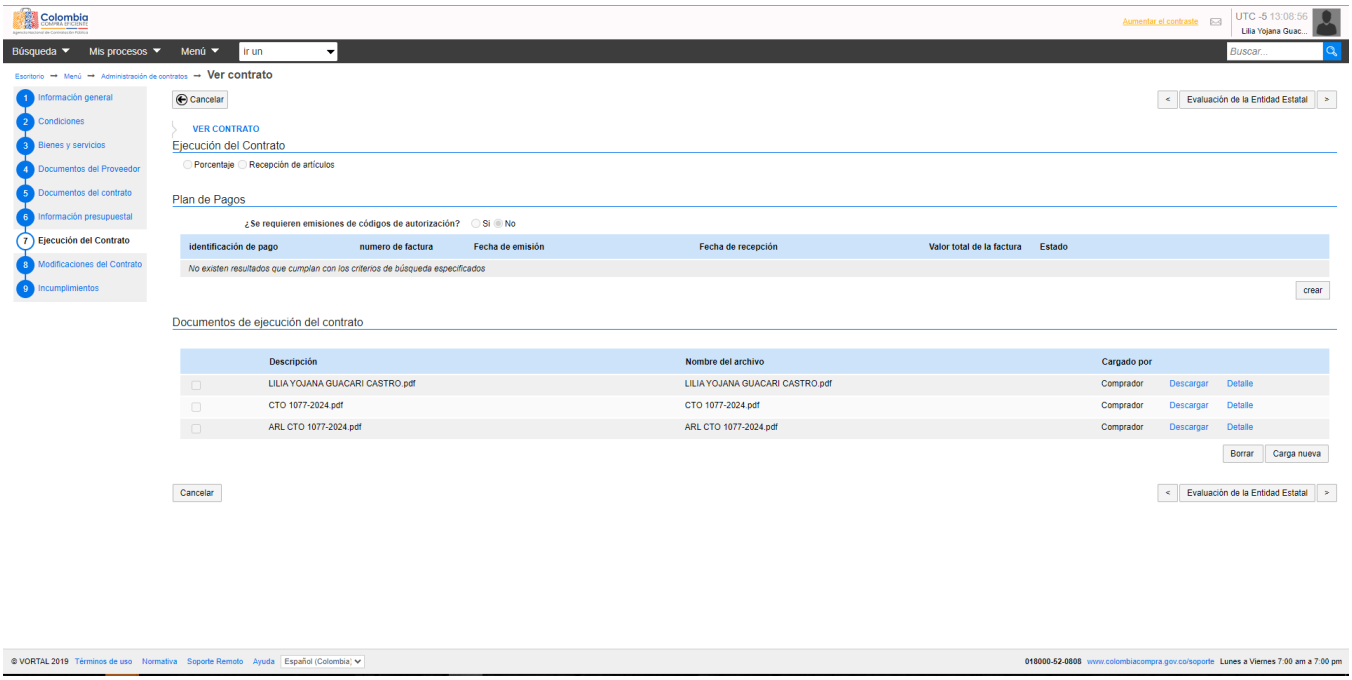
Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 7.1 FIRMA DE PARTICIPANTES DE LA CAPACITACION.



Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

OBLIGACION 9.1 PANTALLAZO SECOP



Elaborado por: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**Revisado por:**	**Aprobado Por:**
AUX DE ENFERMERIA	ESPECIALISTA EN SG-SST	ADMINISTRADOR
Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024	Fecha: JUNIO 2024

FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO A Y CAMILLAS

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	**CARGO**	AUXILIAR EN ENFERMERIA
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR	**CIUDAD**	BOGOTA
DIRECCIÓN - TELÉFONO	CALLE 63 NO, 45-00	**FECHA DE INSPECCIÓN**	21-jun-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	ENFERMERIA	**UBICACIÓN CAMILLA**	ENFERMERIA

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)	OBSERVACIONES
1	Estado del botiquín	UNIDAD	2	X			
2	Manual uso de botiquín	UNIDAD	0	X			
3	Gasas esteriles paquete	UNIDAD	6	X			
4	Esparadrapo de tela	UNIDAD	1	X			
5	Baja lenguas	UNIDAD	10	X			
6	Venda elástica 2x5 yardas	UNIDAD	2	X			
7	Venda elástica 3x5 yardas	UNIDAD	2	X			
8	Venda elástica 4x5 yardas	UNIDAD	0				
9	Venda elastica 5x5 yardas	UNIDAD	0				
10	Ferula maleable	UNIDAD	5	X			
11	Clorhexidina o yodopovidona (jabón quirúrgico)	UNIDAD	1	X			
12	Guantes de látex para examen	CAJA	0				
13	Micropore rollo	UNIDAD	2	X			
14	Alcohol antiséptico frasco 275 ml	UNIDAD	1	X			
15	Jeringa 10 cc	UNIDAD	5	X			
16	Algodón	UNIDAD	0				
17	Curas	UNIDAD	10	X			
18	Torniquete	UNIDAD	1	X			
19	Vendaje Triangular	UNIDAD	1	X			
	Solucion salina 250 cc ó 500 cc	UNIDAD	1	X			

INSPECCIÓN DE CAMILLA

	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO		BUEN ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
1	Instalación (Sitio de ubicación)		X		
2	Señalización		X		
3	Estado del soporte		X		
4	Correas de seguridad		X		
5	Sujetadores para agarre		X		
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior				

OBSERVACIONES:

FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	Lilia Yojana Guacari Castro	**RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:**	Lilia Yojana Guacari Castro