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.
05
FECHA DEL INFORME
30-09-2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1077-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52731916
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses
VALOR	$ 31.552.000
FECHA ACTA DE INICIO	14/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	13/01/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 3.944.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-09-01 - 2024-09-30
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES

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 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	Durante el mes de Septiembre se presta y se realiza 16 atenciones de primeros auxilios a participantes de diferentes grupos del escenario Complejo Acuático, las cuales se realizan según la novedad y requerimientos.
Obligación 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.	Se realiza rondas diarias por el escenario complejo acuático, velando que los usuarios tenga un uso adecuando y aprovechamiento de los diferentes espacios, se realiza acompañamiento en ingreso y salida de los usuarios y competidores en las diferentes áreas, recordando las normas e higiene en el área. Se realiza educación a integrantes del Complejo Acuático, sobre el tema de reconocimiento de lugar de botiquines en el área, elementos que los componen y como utilizarlos. Se enfatiza en los tipos de residuos y desecho.
Obligación 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.	Se complementa señalamiento de las diferentes áreas de emergencias como, lugar de primeros auxilios, camillas, extintores, y salidas de emergencia, para que estos lugares sean reconocibles y mas visibles para los diferentes usuarios y competidores al momento de una emergencia, así mismo verificando que botiquines y extintores estén en regla.
Obligación 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.	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 techos 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.
Obligación 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).	Se realiza acompañamiento en evento Torneo Bogotá 2° apertura, el día 8/09/24, y competencia de natación artística en el complejo acuático, verificando su cumplimiento con los parámetros. Se revisan puntos de primeros auxilios verificando que cuenten con los equipos, elementos y insumos necesarios para la atención de una emergencia , también con el personal requerido para este evento este completo, también siendo acompañados por grupo médico externo.
Obligación 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.	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, verificando que utilicen los elementos de protección necesarios para estos actos, en el mes de Septiembre se estuvieron haciendo arreglos de luminarias externas.

Obligación 7: Asistir a las capacitaciones y / o reuniones que le sean informadas y generar estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor.	En el mes de septiembre no se asiste a ninguna capacitación pero se realiza reuniones o encuentros con grupo de trabajo (Jefe, supervisora) para mejorar estrategias de trabajo.
Obligación 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	No se recibe notificación por parte de correos, peticiones, quejas o reclamos relacionados a el área de primeros auxilios en el mes de septiembre.
Obligación 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,	Al obtener la firma por parte de la supervisión en el informe se realizará cargue de este
Obligación 10: Las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	Bitácora de actividades la cual en esta se plasma las actividades diarias que se realizan durante el mes de septiembre.

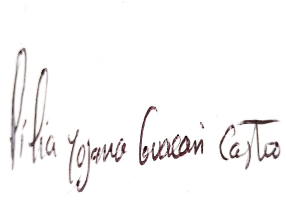
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$ 197.200
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 252.500
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 38.500
	TOTAL	$ 488.200

Ver Planilla de Pago

4. ANEXOS

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

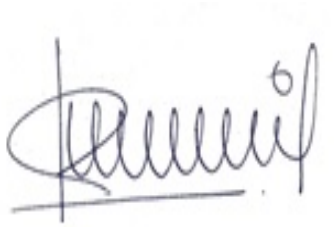
Nombre Completo: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No. Identificación: 52731916

Cargo: CONTRATISTA

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

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

Nombre Completo: OLGA LUCIA SILVA GUTIERREZ

No. Identificación: 60328758

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222-11

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2024-10-01

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 1077 de 2024, suscrito entre el IDRD y LILIA YOJANA GUACARI CASTRO identificado con C.C 52731916, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. **SI** [ ] **NO** [X]

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) **SI** [ ] **NO** [X]

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** [ ] **NO** [X]

D. Soy responsable de Iva **SI** [ ] **NO** [X]

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de: 0

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2023 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) **SI** [ ] **NO** [X]

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

- Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario **SI** [ ] **NO** [X]
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** [ ] **NO** [X]
- Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor % 0 (% de 1 a 100)

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2023 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.

4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia del pago.

5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia de la consignación.

6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** ☐ **NO** ☒

7. Número de dependientes 0

- Hijos menores de 18 años **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere registro civil.

- Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere anexar certificación semestral de pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa.
- Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.

Lilia Yojana Guacari Castro

Firma: _____

Nombre: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

Cédula: 52731916

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel: 660 5400
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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
2024-08	2024-08	1000000188	9471554553	I	2024/09/05	2024/09/10	BANCO DE BOGOTA	5	$499,800

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)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
1	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)**				$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$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
2024-08	2024-08	1000000188	9471554553	I	2024/09/05	2024/09/10	BANCO DE BOGOTA	5	$499,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,500	$1,000	$0	$253,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$252,500	$1,000	$0	$253,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,500	$200	$0	$38,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,500	$200	$0	$38,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,200	$800	$0	$198,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$197,200	$800	$0	$198,000
TOTAL				1	$497,700	$2,100	$0	$499,800

OBLIGACION 2

BOGOTÁ

Si no maneja consecutivo coloque ACTA No.	COMITÉ/REUNIÓN:	DD	MM	AA
		28	09	2021

LUGAR: Complejo acuatico Simon Bolivar HORA DE INICIO: 11:00 HORA FIN: 15:00

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
JUAN CARLOS LEAL	PISCINERO	CASB
DANIEL ESTEBAN DIAZ	PISCINERO	CASB
MARLON MARCAS	AUX. DE VESTIER	CASB
ALEJANDRA CRUZ JARAMILLO	AUX. DE VESTIER	CASB
ROSARIO ANDRADE	AUX. DE VESTIER	CASB.
MAYULY TOVAR	AUX DE VESTIER	CASB
LADY KATHERINE BELTRAN	AUX DE VESTIER	CASB.
DAISY JOSMIN TULE	PISCINERA	CASB.

ORDEN DEL DIA

1. Socializar puntos de botiquines
2. En el escenario.
3. Conocer y identificar los
4. elementos del botiquin.
5. Conocer como desechar agujas
6. en el guardian.

TEMAS TRATADOS

Se realiza Educacion con los integrantes de vestier y piscineros para que conozcan donde se encuentran los botiquines y sus elementos que lo componen, como utilizarlo en una urgencia.

Se enfatiza en los desechos punzantes como bajalenguas, hojas de Visturi, agujas y demas, para evitar futuras lesiones.

BOGOTÁ

LISTADO DE ASISTENCIA

EVENTO: Educacion sobre botiquines y segregacion de punzantes RESPONSABLE DEL EVENTO: Auxiliar Enfermeria Silvia Guaceny

FECHA DD 28 MM 04 AAA 2024 HORA INICIAL 14:00 HORA FINAL 15:00 LUGAR Complejo acuatico Simon Bolivar

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMA	DILIGENCIAR POR ASISTENTES EXTERNOS AL IDRD		
						ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
1	Delsy Jasmin Tole.	1033679287	piscinera	CASB			Dayvalde12@hotmail	3112950138
2	Yuly Katherinne Beltran	1033722116	Vestier.	CASB			Katherinne@189gmail.	3142236737
3	Mayerly Tovar	1030564874	Vestier	CASB			mayerlitom2@gmail.com	3219177422
4	ALEJANDRA CRUJARAMILLO	1033751279	VESTIER	CASB			mariajgarciaduque@gmail	3108888855
5	JUAN [illegible]	[illegible]	PISCINERO	CASB			[illegible]@gmail.com	3150[illegible]
6	ROSARIO Andrade	1239176	Vestier	CASB			andradeosario1016@gmail	3505329173
7	Daniel Arias	1007105741	Piscinero	CASB			daviarias70@outlook.	3202208263
8	Marlen Hurtas	52241855	Aux. de Vestier	CASB			marlenhurtas13@gmail.com	3134090688
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Con la suscripción del presente formulario, autorizo al IDRD así como a cualquier dependencia y/o área del instituto, a realizar el tratamiento sobre mis datos personales con sujeción a lo establecido en sus Políticas de Protección de Datos Personales, atendiendo a las finalidades en ellas señaladas. La Políticas pueden ser consultadas en la página web del IDRD: https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/normativa/politicas-lineamientos-manuales

OBLIGACION 2



OBLIGACION 3

PUERTAS DE ENFERMERIA CON SEÑALIZACION



PUERTAS DE ENFERMERIA CON SEÑALIZACION




BOTIQUIN
DEA
RCP precoz
Desfibrilación precoz
Cuidados postreanimación
para restaurar la plenitud de vida
para ganar tiempo
para reiniciar el corazón

www.welchallyn.com
GTIN 00732094113723
AGUJA
Jeringa
ARB1323
500 mL
FF 062028
Registro Sanitario
Informa 2014 DM
00 11605
15 Pares
talla
M
18/9/24
Kennedy

REVISION DE INSUMOS DE BOTIQUINES




Welch Allyn
Gasa Estéril
no tejida antiadherente
20
Sobres
Vital Medic

OBLIGACION 4

IDRD | BOGOTÁ	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO INSPECCIÓN Y SUMINISTRO DE BOTIQUINES TIPO B	REVISO VERSION PROCEDIMIENTO

Fecha: 17 de Septiembre de 2024	Hora: 2:40 PM	Área / Unidad operativa:	CASB - Complejo Acuatico Simon Bolivar
Inspección realizada por: Lilia Guacari Auxiliar de Enfermeria		Nombre responsable unidad: Botiquin Estan de Enfermeria	

FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO B"					
Elementos	Unidades	Cantidad estadar	Cantidad Faltante	de Vencimiento(DD/MM	OBSERVACIOENS
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1	0		
APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	4	4		
BAJALENGUAS	Paquete por 20	2	1		10 unidades
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	5		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO)	frasco x 275 ml	1	0		
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad	2	1		
COLLAR CERVICAL NIÑO	Unidad	2	1		
COMPRESA ABDOMINAL	Unidad	4	4		
CURAS O VENDITAS	Unidad	10	10		
CURAS REDONDAS	Unidad	10	10		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	2		
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad	2	1		En uso
BOLSA-VÁLVULA-MASCARILLA (BVM, TIPO AMBÚ)	Unidad	1	1		
FONENDOSCOPIO	Unidad	1	1		
FRASCOS DISPENSADORES	Unidad	2	1		
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	Paquete por 3	20	20		
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 10	3	5		
GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1	15	6/06/2028	PARES
GUANTES ESTERILES	Unidad	5	4		
GUARDIAN 1/2 LITRO	Unidad	1	1		
GUARDIÁN 1Lt.	Unidad	1	1		
INMOVILIZADOR DE CUELLO PEDIÁTRICO	Unidad	2	1		
INMOVILIZADOR DE HOMBRO AJUSTABLE	Unidad	2	1		
INMOVILIZADOR EXTREMIDADES MOLDEABLE EN ROLLO	Unidad	2	1		
INMOVILIZADOR PARA DEDOS DE MANO	Unidad	2	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		cabrestrillo
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		cabrestrillo
JERINGAS 10Ml.	Unidad	15	15		
LANCETAS	Unidad	1	1		
LINTERNA	Unidad	1	1		azul lapicero
MANTA TÉRMICA DESECHABLE PARA EMERGENCIAS	Unidad	3	2		en uso

Scanned with CamScanner

MASCARILLA RCP BOLSILLO BARRERA PROTECTORA TIPO LLAVERO	Unidad	3	0		
MICROPORE COLOR PIEL	Unidad	1	0	15/11/2027	
OXIMETRO	Unidad	1	1		
PARCHES OCULARES ADULTO	Unidad	5	3		
PARCHES OCULARES PEDIÁTRICO	Unidad	5	5		
PILAS DE REPUESTO	Par	4	4		
PILAS DE REPUESTO	Unidad	2	2		
SOLUCIÓN SALINA 100 cc	Unidad	5	5		
SOLUCIÓN SALINA 250 cc	Unidad	5	5		
SOLUCIÓN SALINA 500 cc	Unidad	5	4		
SUERO EN POLVO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	Unidad	3	1		
TABLA ESPINAL LARGA	Unidad	1	1		
TAPABOCAS	Unidad	1	5		
TENSIÓMETRO	Unidad	1	1		
TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL	Unidad	1	2		
TIJERA UNIVERSAL PARA TRAUMA	Unidad	1	0		
TIRILLAS ESTANDAR PARA GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
TORNIQUETE TÁCTICO TIPO CAT	Unidad	1	0		en uso
VASELINA 30 CC	Unidad	1	1		
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25	1	1		
VENDA DE ALGODÒN 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA DE ALGODÒN 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		4 X 5
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA TRIANGULAR	Unidad	2	1		
ZAPATONES	Unidad	15	15		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	5		
GUADIANES	Unidad	5	5		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	2		
TOTAL		212	210		

CONDICIONES GENERALES		OBSERVACIONES
¿El Botiquin Tipo morral se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS
¿El botiquin Tiipo maleta se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS

Firma responsable inspección

Firma responsable unidad operativa

Scanned with CamScanner

IDRD | BOGOTÁ	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO INSPECCIÓN Y SUMINISTRO DE BOTIQUINES TIPO B	REVISO VERSION PROCEDIMIENTO

Fecha: 17 de Septiembre de 2024	Hora: 2:40 PM	Área / Unidad operativa:	CASB - Complejo Acuatico Simon Bolivar
Inspección realizada por: Lilia Guacari Auxiliar de Enfermeria		Nombre responsable unidad: Botiquin Oficina DEA	

FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO B"					
Elementos	Unidades	Cantidad estadar	Cantidad Faltante	de Vencimiento(DD/MM	OBSERVACIOENS
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1	1		
APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	4	4		
BAJALENGUAS	Paquete por 20	2	1		
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	5		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO)	frasco x 275 ml	1	1		
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad	2	2		
COLLAR CERVICAL NIÑO	Unidad	2	1		
COMPRESA ABDOMINAL	Unidad	4	4		
CURAS O VENDITAS	Unidad	10	15		
CURAS REDONDAS	Unidad	10	10		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	0		
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad	2	1		En uso
BOLSA-VÁLVULA-MASCARILLA (BVM, TIPO AMBÚ)	Unidad	1	1		
FONENDOSCOPIO	Unidad	1	1		
FRASCOS DISPENSADORES	Unidad	2	2		
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	Paquete por 3	20	20		
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 10	3	3		
GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1	10	6/06/2028	PARES
GUANTES ESTERILES	Unidad	5	5		
GUARDIAN 1/2 LITRO	Unidad	1	1		
GUARDIÁN 1Lt.	Unidad	1	1		
INMOVILIZADOR DE CUELLO PEDIÁTRICO	Unidad	2	1		
INMOVILIZADOR DE HOMBRO AJUSTABLE	Unidad	2	2		
INMOVILIZADOR EXTREMIDADES MOLDEABLE EN ROLLO	Unidad	2	2		
INMOVILIZADOR PARA DEDOS DE MANO	Unidad	2	2		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		
JERINGAS 10Ml.	Unidad	15	15		
LANCETAS	Unidad	1	1		
LINTERNA	Unidad	1	1		
MANTA TÉRMICA DESECHABLE PARA EMERGENCIAS	Unidad	3	0		

Scanned with CamScanner

MASCARILLA RCP BOLSILLO BARRERA PROTECTORA TIPO LLAVERO	Unidad	3	2		
MICROPORE COLOR PIEL	Unidad	1	0	15/11/2027	
OXIMETRO	Unidad	1	1		
PARCHES OCULARES ADULTO	Unidad	5	5		
PARCHES OCULARES PEDIÁTRICO	Unidad	5	5		
PILAS DE REPUESTO	Par	4	4		
PILAS DE REPUESTO	Unidad	2	2		
SOLUCIÓN SALINA 100 cc	Unidad	5	5		
SOLUCIÓN SALINA 250 cc	Unidad	5	5		
SOLUCIÓN SALINA 500 cc	Unidad	5	5		
SUERO EN POLVO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	Unidad	3	2		
TABLA ESPINAL LARGA	Unidad	1	1		
TAPABOCAS	Unidad	1	1		
TENSIÓMETRO	Unidad	1	1		
TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL	Unidad	1	1		
TIJERA UNIVERSAL PARA TRAUMA	Unidad	1	0		
TIRILLAS ESTANDAR PARA GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
TORNIQUETE TÁCTICO TIPO CAT	Unidad	1	1		
VASELINA 30 CC	Unidad	1	1		
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25	1	1		
VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	2	1		4 X 5
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA TRIANGULAR	Unidad	2	1		
ZAPATONES	Unidad	15	15		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	5		
GUADIANES	Unidad	5	5		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	2		
TOTAL		212	213		

CONDICIONES GENERALES		OBSERVACIONES
¿El Botiquín Tipo morral se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS
¿El botiquín Tiipo maleta se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS

Firma responsable inspección

Firma responsable unidad operativa

Scanned with CamScanner

IDRD | BOGOTÁ	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO INSPECCIÓN Y SUMINISTRO DE BOTIQUINES TIPO B	REVISO VERSION PROCEDIMIENTO

Fecha: 17 de Septiembre de 2024	Hora: 2:40 PM	Área / Unidad operativa:	CASB - Complejo Acuatico Simon Bolivar
Inspección realizada por: Lilia Guacari Auxiliar de Enfermeria		Nombre responsable unidad: Botiquin Foso	

FORMATO DE INSPECCIÓN SUMINISTRO "BOTIQUIN TIPO B"

Elementos	Unidades	Cantidad estadar	Cantidad Faltante	a de Vencimiento[DD/MM/	OBSERVACIOENS
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1	1		
APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	4	2		
BAJALENGUAS	Paquete por 20	2	2		
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO)	frasco x 275 ml	1	1		
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad	2	1	16/10/2025	
COLLAR CERVICAL NIÑO	Unidad	2	2	15/09/2025	
COMPRESA ABDOMINAL	Unidad	4	4		
CURAS O VENDITAS	Unidad	10	0	7/09/2027	
CURAS REDONDAS	Unidad	10	10		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	2		
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad	2	2		
BOLSA-VÁLVULA-MASCARILLA (BVM, TIPO AMBÚ)	Unidad	1	1		
FONENDOSCOPIO	Unidad	1	1		
FRASCOS DISPENSADORES	Unidad	2	1		
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	Paquete por 3	20	20		
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 10	3	3		
GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1	10	6/06/2028	PARES
GUANTES ESTERILES	Unidad	5	3	16/07/2027	PARES
GUARDIAN 1/2 LITRO	Unidad	1	1		
GUARDIÁN 1Lt.	Unidad	1	1		
INMOVILIZADOR DE CUELLO PEDIÁTRICO	Unidad	2	2		
INMOVILIZADOR DE HOMBRO AJUSTABLE	Unidad	2	2		
INMOVILIZADOR EXTREMIDADES MOLDEABLE EN ROLLO	Unidad	2	2		
INMOVILIZADOR PARA DEDOS DE MANO	Unidad	2	2		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1		
JERINGAS 10Ml.	Unidad	15	5	31/12/2026	
LANCETAS	Unidad	1	1		
LINTERNA	Unidad	1	1		
MANTA TÉRMICA DESECHABLE PARA EMERGENCIAS	Unidad	3	2		
MASCARILLA RCP BOLSILLO BARRERA PROTECTORA TIPO LLAVERO	Unidad	3	2		
MICROPORE COLOR PIEL	Unidad	1	0	15/11/2027	
OXIMETRO	Unidad	1	1		

Scanned with CamScanner

PARCHES OCULARES ADULTO	Unidad	5	5		
PARCHES OCULARES PEDIÁTRICO	Unidad	5	5		
PILAS DE REPUESTO	Par	4	4		
PILAS DE REPUESTO	Unidad	2	2		
SOLUCIÓN SALINA 100 cc	Unidad	5	4		
SOLUCIÓN SALINA 250 cc	Unidad	5	5		
SOLUCIÓN SALINA 500 cc	Unidad	5	5		
SUERO EN POLVO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	Unidad	3	3		
TABLA ESPINAL LARGA	Unidad	1	1		
TAPABOCAS	Unidad	1	1		
TENSIÓMETRO	Unidad	1	1		
TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL	Unidad	1	1		
TIJERA UNIVERSAL PARA TRAUMA	Unidad	1	1		
TIRILLAS ESTANDAR PARA GLUCOMETRO	Unidad	1	1		
TORNIQUETE TÁCTICO TIPO CAT	Unidad	1	1		
VASELINA 30 CC	Unidad	1	1		
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25	1	1		
VENDA DE ALGODÒN 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	1		
VENDA DE ALGODÒN 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	1		
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA TRIANGULAR	Unidad	2	2		
ZAPATONES	Unidad	15	15		
BOLSAS ROJA	Unidad	1	1		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	1	1		
BOLSAS BLANCAS	Unidad	5	1		
GUADIANES	Unidad	5	5		
BOLSAS CIERRE FÁCIL	Unidad	5	5		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2	2		
TOTAL		212	183		

CONDICIONES GENERALES		OBSERVACIONES
¿El Botiquin Tipo morral se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS
¿El botiquin Tiipo maleta se encuentra en buen estado de orden y limpieza?	SI	FALTAN ELEMENTOS

Firma responsable inspección

Firma responsable unidad operativa

Scanned with CamScanner

OBLIGACION 5

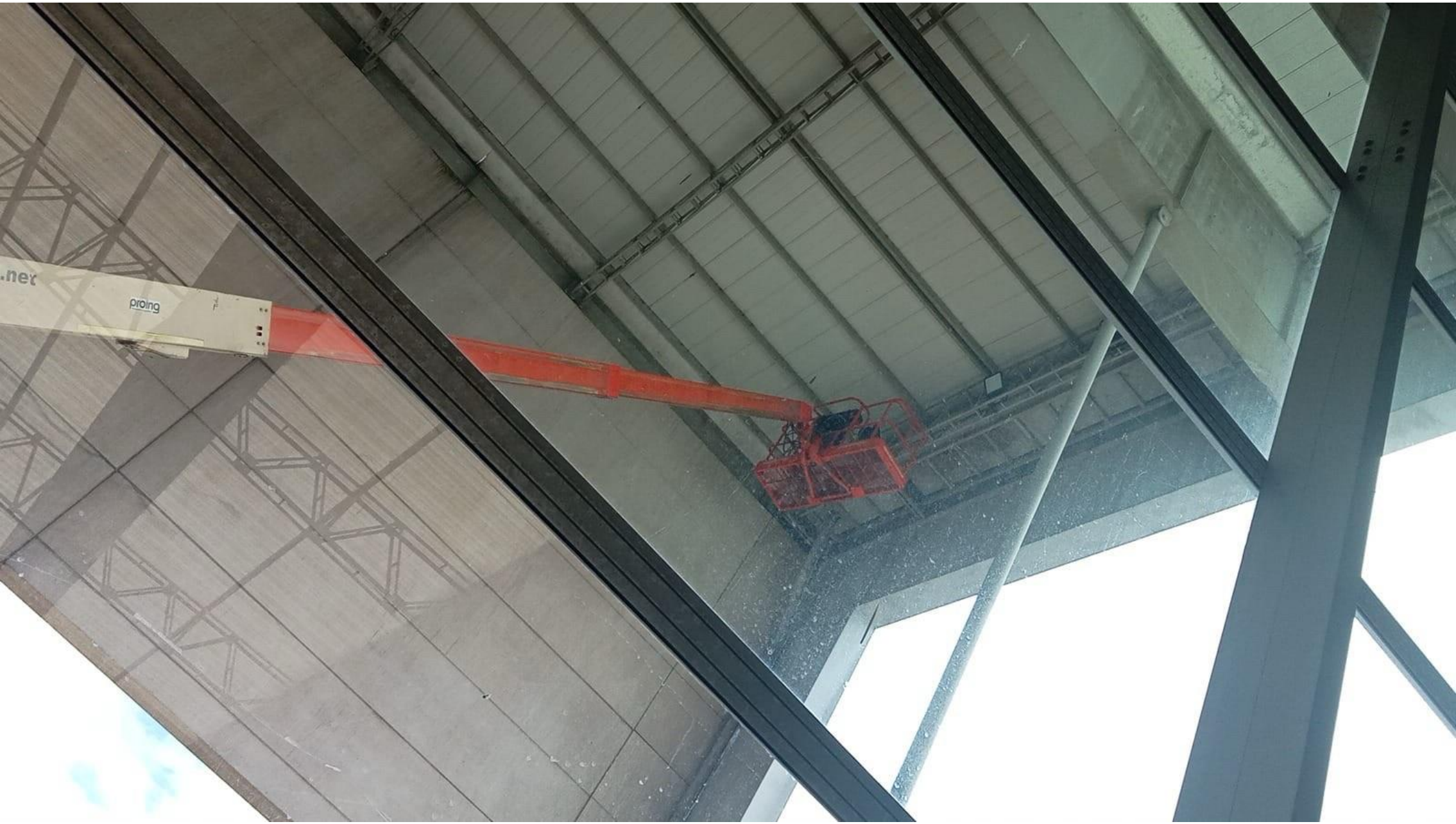


OBLIGACION 5





OBLIGACION 6




JLG

OBLIGACION 6



OBLIGACION 9

