INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.
04
FECHA DEL INFORME
31-08-2024

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	2024-08-01 - 2024-08-31
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 agosto, se presta y se realiza atención de primeros auxilios con participantes de diferentes grupos de escenario Complejo Acuático, según novedad de emergencia y requerimientos necesarios para este mismo.
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 realizan rondas y acompañamiento diariamente por el escenario, verificando que se haga un uso adecuado, como en entrada y salida de los usuarios en el área de las piscinas, apoyando y recordando las normas de ingreso e higiene en esta área.
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 realiza verificación mensual de vigilancia de los extintores y botiquines del escenario, verificando que estén en regla, como plan se sitúa botiquín de primeros auxilios en foso con todos los parámetros requeridos para la atención .
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 acompaña, a personal de vigilancia, mantenimiento y salva vidas, durante sus actividades diarias, en el escenario como; acompañamiento preventivo en arreglos por parte de mantenimiento del escenario, siempre verificando que los trabajadores tengan y utilicen los elementos de protección individual, previniendo la realización de actos inseguros en medio de las actividades, se realiza inducción y encuesta sobre el tema de SG-SST
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 de botiquines dispuestos para atención de primeros auxilios del escenario o parque asignado especificando elementos vencidos o faltantes para su óptima reposición Se tienen en cuentan los puntos de primeros auxilios con todos los equipos para la atención de emergencia, 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.
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.	Se asiste a reuniones tipo virtual, sobre el uso adecuado de elementos de protección personal y encuestas sobre el mismo y sobre condiciones de salud.
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 agosto.
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 de la supervisión del informe se realizará el 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 Agosto.

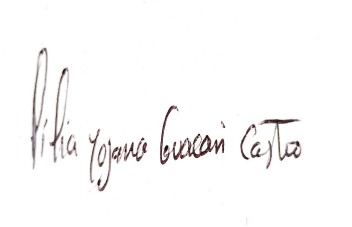
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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

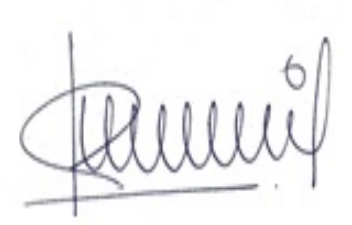
Nombre Completo: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

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 2024-08-31

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** ☒

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** ☒

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** ☐ **NO** ☒

D. Soy responsable de Iva **SI** ☐ **NO** ☒

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** ☒

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** ☒
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- 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

Planilla Integrada

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
2024-06	2024-06	1000000803	9468736013	I	2024/07/05	2024/07/11	BANCO DE BOGOTA	6	$500,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	52731916	GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1									X	2024/06/01																

Total **Afiliados(1)**

PLANILLA PAGADA

2024/07/17 09:24 a.m.

							SALARIO			PENSION												SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.577.600	No		COLPENSIONES	30	$ 1.577.600	16%	SIN RIESGO	$ 252.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.500		FAMISANAR	30	$ 1.577.600	12,5%	$ 197.200	$ 0
																					$ 252.500						$ 197.200	

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 197.200		COLSUBSIDIO	30	$ 1.577.600	0,6%	$ 9.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.577.600	2,436%	3	$ 38.500	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$ 197.200						$ 9.500						$ 38.500				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

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

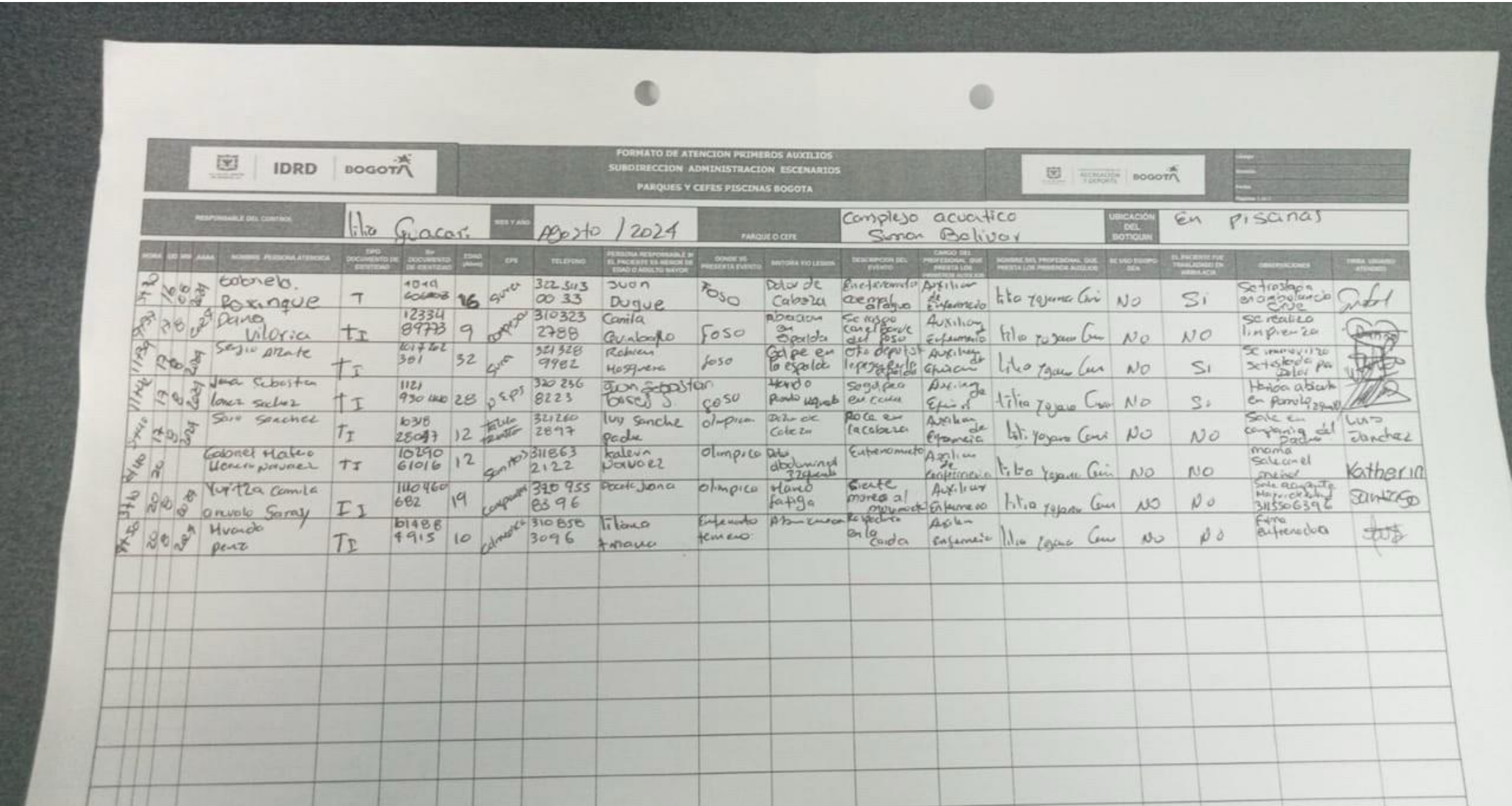
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000803	9468736013	I	2024/07/05	2024/07/11	BANCO DE BOGOTA	6	$500,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,500	$1,200	$0	$253,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$252,500	$1,200	$0	$253,700
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	$900	$0	$198,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$197,200	$900	$0	$198,100
TOTAL				1	$497,700	$2,400	$0	$500,100

OBLIGACION 1



IDRD BOGOTÁ

FORMATO DE ATENCION PRIMEROS AUXILIOS
SUBDIRECCION ADMINISTRACION ESCENARIOS
PARQUES Y CEFES PISCINAS BOGOTA

RECREACIÓN Y DEPORTE BOGOTÁ

RESPONSABLE DEL CONTROL: Lilia Guacas | MES Y AÑO: Agosto / 2024 | PARQUE O CEFE: Complejo acuatico Simon Bolivar | UBICACIÓN DEL BOTIQUIN: En piscinas

HORA	DD	MM	AAAA	NOMBRE PERSONA ATENDIDA	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (años)	EPS	TELEFONO	PERSONA RESPONSABLE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR	DONDE SE PRESENTA EVENTO	HISTORIA Y/O LESIÓN	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	CARGO DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS	SE USO ESQUEMA	EL PACIENTE FUE TRASLADADO EN AMBULANCIA	OBSERVACIONES	FIRMA USUARIO ATENDIDO
5:20	16	08	2024	Gabriela Roxingue	T	1019 [illegible]	16	Sura	322 313 00 33	Juan Dugue	Foso	Dolor de Cabeza	Brotes mento de agrado	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	Si	Se traslada a urgencias CAVE	[illegible]
9:30	18	08	2024	Dana Valeria	TI	12334 89773	9	Compensar	310323 2788	Camila Guaiaquilo	Foso	Abrasion en Espalda	Se resbala cae al borde del foso	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	NO	se realiza limpieza	[illegible]
11:30	18	08	2024	Sergio Arzate	TI	1017762 301	32	Sura	321328 9982	Robinson Hoyuela	foso	Golpe en la espalda	Cae de espaldas	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	Si	se inmoviliza se traslada por dolor	[illegible]
11:40	17	08	2024	Juan Sebastian Lopez Sachez	TI	1121 930 [illegible]	28	Nueva EPS	320 256 8223	Juan Sebastian Lopez	foso	Herido Punto Aguda	Se golpea en cara	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	Si	Herida abierta en Pomulo izquierdo	[illegible]
12:40	17	08	2024	Sara Sanchez	TI	1038 28097	12	Tarjeta Identidad	321260 2897	Luis Sanchez Padre	olimpica	Dolor de Cabeza	Golpe en la cabeza	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	NO	Sale en compañia del Padre	Luis Sanchez
4:40	20			Gabriel Mateo Hernandez	TI	10290 61016	12	Sanitas	311863 2122	Valeria Narvaez	olimpico	Dolor abdominal Vomito	Enfermo	Auxiliar de Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	NO	mama sale con el acudiente	Katherin
3:40	20	08	2024	Yuritza Camila Arevalo Saray	II	1110460 682	19	Compensar	320 955 8396	Acudiente Juana	olimpico	Mareo fatiga	Siente mareo al movimiento	Auxiliar Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	NO	Sale acompañada Mayor de edad 3115506396	Santiago
4:50	20	08	2024	Miranda Perez	TI	61488 4915	10	Coomeva	310 858 3096	Liliana Tarquez	Entorno familiar	Abrasiones	Se golpea en la caida	Auxiliar Enfermeria	Lilia Yajaira Cruz	NO	NO	Firma autorizada	[illegible]

RESPONSABLE DEL CONTROL	Lilia Guacari	MES Y AÑO	Agosto

HORA	DD	MM	AAAA	NOMBRE PERSONA ATENDIDA	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (Años)	EPS	TELEFONO
17:10	16	8	2024	Gabriela Rocinque	TI	1019606003	16	Sura	3225430033
9:37	17	8	2024	Dana Viloria	TI	1233489773	9	Compensar	3103232788
11:39	17	8	2024	Sergio Alzate	CC	101702301	32	Sura	3213289982
11:42	17	8	2024	Juan Sebastian Sanchez	CC	1121930440	28	Nueva Eps	3202368223
15:40	17	8	2024	Sara Sanchez	TI	1031828047	12	Salud Total	3212602897
14:40	20	8	2024	Gabriel Narvaez	TI	1029061016	12	Sanitas	3118632122
15:10	20	8	2024	Yuritza Garay	CC	1110460682	19	Compensar	3209558396
16:50	20	8	2024	Miranda Peña	TI	1014884915	10	Colmedica	3108583096

FORMATO DE ATENCION PRIMEROS AUXILIOS

SUBDIRECION ADMINISTRACION ESCENARIOS

PARQUES Y CEFES PISCINAS BOGOTA

›-2024	PARQUE O CEFE	Complejo Acuatico-Simon Bolivar

PERSONA RESPONSABLE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR	DONDE SE PRESENTA EVENTO	SINTOMA Y/O LESION	DESCRIPCION DEL EVENTO	CARGO DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS
Juan Duque	Foso	Dolor de cabeza	En medio del entrenamiento cae mal al agua	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Camila Quimbayo	Foso	Abrasion en espalda	Se raspo con el borde del foso	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Robinson Mosquera	Foso	Golpe en la espalda	Otro deportista le pega en la espalda	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Juan Sebastian	Foso	Se golpeo en cara	Cae encima de un deportista	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Luis Sanchez	Olimpica	Dolor de cabeza	Roce en la cabeza	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Katerin Narvaez	Olimpica	Dolor abdominal	En medio del entrenamiento empieza en dolor	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Docente Juana	Olimpica	Mareo, fatiga	Comienza a tener mareo a manera de que se va moviento	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro
Liliana Triana	Caida en terreno	Dolor y abrasion	Se cae y se realiza raspadura en brazo derecho	Auxiliar en enfermeria	Lilia Yojana Guacari Castro

TUTO DISTRITAL DE CREACIÓN DEPORTE | BOGOTÁ	**Código:**
	Versión:
	Fecha:
	Paginas 1 de 1

UBICACIÓN DEL BOTIQUIN	Piscinas

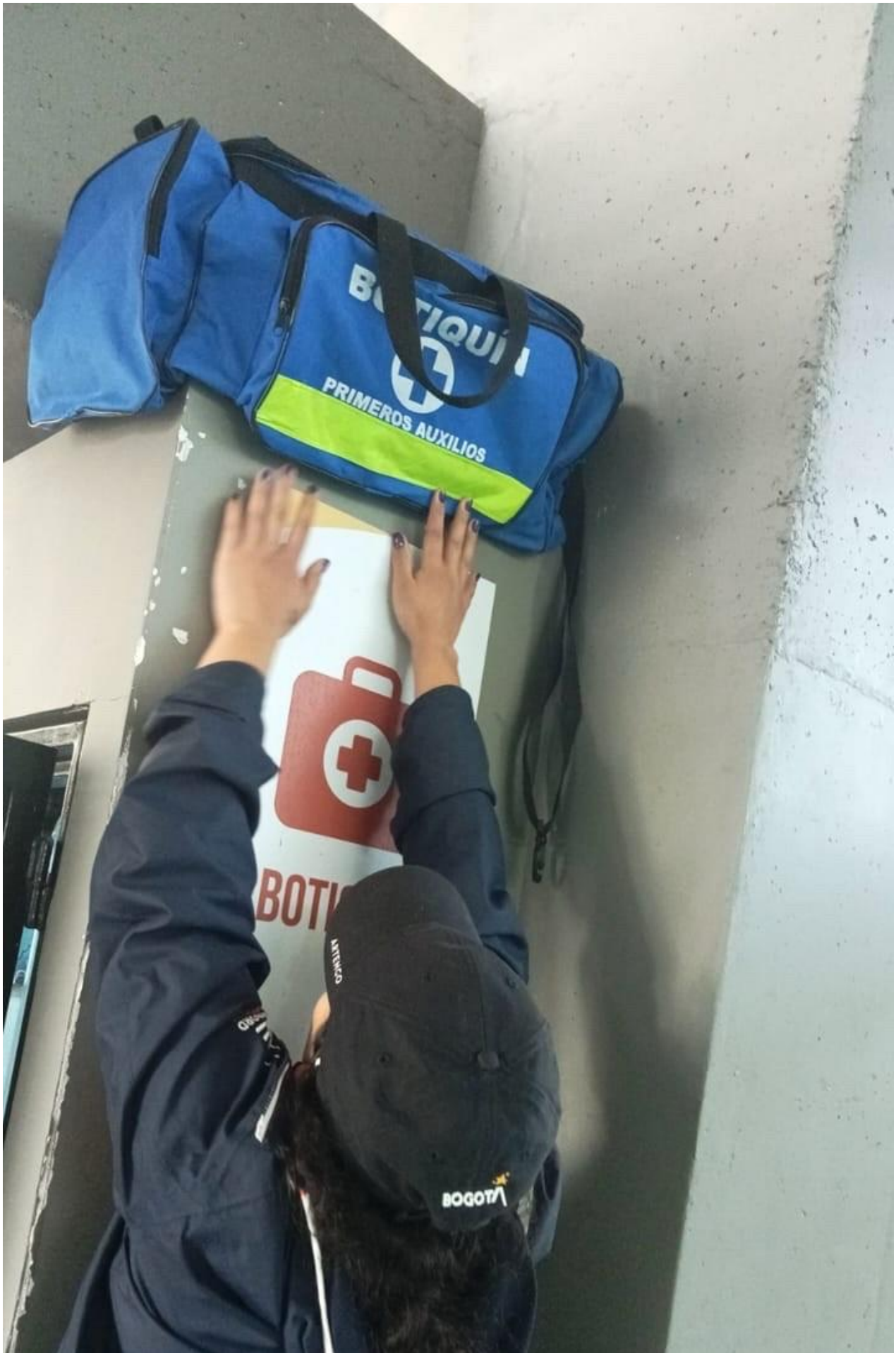
SE USO EQUIPO DEA	EL PACIENTE FUE TRASLADADO EN AMBULACIA	OBSERVACIONES	FIRMA USUARIO ATENDIDO
NO	SI	Se traslada en ambulancia CRUE	
NO	NO	Se realizo limpieza	
NO	SI	Se inmoviliza y se traslada por dolor	
NO	SI	Herida abierta en pomulo izquierdo, se realiza limpieza y	
NO	NO	Sale del escenario en compañia del padre	
NO	NO	Sale del escenario en compañia de la madre	
NO	NO	Sale del escenario con acompañante mayor de edad	
NO	NO	Se realiza limpieza en el area Firma la entrenadora	

OBLIGACION 2





OBLIGACION 3



Kennedy
Medical Products
Medical Supplies
"x5 YARDAS
Kennedy
DISCARD AFTER USE



BITACORA DE ACTIVIDADES
PARQUE
NOMBRE DEL PARQUE: COMPLEJO ACUATICO
12-
1000

INFORME No: 4

FECHA: 30/08/2024

NOMBRE DELCONTRATISTA: LILIA
YOJANA GUACARI CASTRO

No CONTRATO Y FECHA: 1077-2024

FECHA	FUNCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
Jueves 1 de agosto de 2024	Se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxillios en competencia de discapacidad cognitiva	
Viernes 2 de Agosto de 2024	Se realiza apertura de puertas de emergencia por olor a pintura y acompañamiento a discapacidad visual y motora en calentamiento.	
Sabado 3 de Agosto de 2024	Montaje para evento Triatlon Festival de Verano.	
Domingo 4 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en Evento Triatlon Festival de Verano como auxiliar de primeros auxilios junto con grupo medico externo	

Lunes 5 de Agosto de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 6 de Agosto de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua.	**N/A**
Miercoles 7 de Agosto de 2024	Acompañamiento en entrenamiento con grupo de discapacidad.	
Jueves 8 de Agosto de 2024	Acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios en evento de Festival de Verano, 2a serie deportistas con incapacidad intelectual de Colombia.	
Viernes 9 de Agosto de 2024	Acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios junto con grupo medico externo, en evento de Festival de Verano, 2a serie deportistas con incapacidad intelectual de Colombia.	
Sabado 10 de Agosto de 2024	Acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios junto con grupo medico externo, en evento de Festival de Verano, 2a serie deportistas con incapacidad intelectual de Colombia.	
Domingo 11 de Agosto de 2024	Acompañamiento en entrenamiento fin de semana en piscina para niños.	
Lunes 12 de Agosto de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 13 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento a Angelica Pico (invidente), a recibir familiar al parqueadero del escenario.	

Miercoles 14 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento y entrenamiento.	

Jueves 15 de Agsoto de 2024	Acompañamiento en fisioterapia de IDRD, junto con universidad del Rosario, realizan ejercicios de estiramiento y calentamiento en nadadores paralimpicos.	
Viernes 16 de Agosto de 2024	Acompañamiento en entrenamiento de foso, y se brinda atencion de primeros auxilios a la clavadista Gabriela Rusinque, por caida mal a piscina, y sale en ambulancion hacia el hospital Cardio infantil, y se sigue realizando acompañamiento en los diferentes entrenamientos.	
Sabado 17 de Agosto de 2024	Se inicia campeonato nacional de rugby sub acuatico en foso, se realiza atencion de primeros auxilios a Dana Viloria por abrasion en espalda, Sergio Alzate por golpe en espalda por otro deportista, Juan Sanchez por herida en pomulo izquierdo, Sara Sanchez por dolor de cabeza, la cual se realiza la atencion a cada uno segun parametros.	
Domingo 18 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en el entrenamiento en piscina para niños.	
Lunes 19 de Agosto de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 20 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en foso, piscina olimpica y paraolimpica, y se realiza atencion de primeros auxilios a Gabriel Narvaez por dolor abdominal durante el entrenamiento, Yuritza Garay por mareo, Miranda Peña por dolor y abarasion, la cual se realiza atencion segun parametros.	
Miercoles 21 de Agosto de 2024	Acompañamiento en entrenamiento a grupo de discapacidad cognitiva paranatacion y recuperacion despues del entrenamiento.	
Jueves 22 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento a grupo infantil clavadistas de foso.	
Viernes 23 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en en piscina olimpica y semiolimpica.	

Lunes 26 de Agsoto de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 27 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento para ingreso a piscina a grupo de paraolimpicos.	**N/A**
Miercoles 28 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios en piscina para niños.	**N/A**
Jueves 29 de Agosto de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Viernes 30 de Agosto 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**
Sabado 24 de Agosto de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua.	**N/A**
Domingo 25 de Agosto de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de natación en piscina de niños, escuela fin de semana.	**N/A**

OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
Profesional Especializado

LILIA YOJANA GUACARI CASTRO Contratista