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.
08
FECHA DEL INFORME
31-12-2024

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	2024-05-14
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	2024-12-01 - 2024-12-31
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 Diciembre se llevara acabo acompañamiento y atención de primeros auxilios según los parámetro, en los diferentes entrenamientos y planes programados por el escenario.
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 , velando que los usuarios tengan un uso adecuado y aprovechamiento de los diferentes espacios, se recuerda las normas de higiene en el área. Asi mismo se realiza programación de series de campañas que se realizaran durante el mes de Diciembre. 03/12/2024 Registro de atención de primeros auxilios (Salvavidas) 17/12/2024 Prevención del cáncer, autoexploración mamaria y prevención del cáncer de mama (Auxiliares de vestier y mantenimiento de aseo) 17/12/2024 Inmovilización de miembros superiores e inferiores (Salvavidas, Auxiliares de vestier) 24/12/2024 Maniobra de Heimlich (Salvavidas)
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 inspección de extintores y camillas, y se realiza la notificación a Administrador y Jefe de Enfermería por medio del correo.
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 verificación mensual de los botiquines de cada área, y la respectiva notificación a Administrador de escenario y Jefe de enfermería por medio del correo.
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).	Según cronograma dado por administrador de escenario, se realizara los acompañamientos en los eventos que se realicen durante el mes de Diciembre (Eventos por confirmar)
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.	Durante el mes de Diciembre se cubrirá malla de turnos según programación informados por Administrador y Jefe de enfermería.

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 capacitación previamente informada por Jefe de enfermería para socializar diferentes dudas sobre el cargue de informes.
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	Se esta en disposición si se recibe alguna notificación por parte de la administración sobre PQR, relacionado a el área de primeros auxilios durante el mes.
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 el supervisor en el informe se realiza cargue de este en la plataforma SECOP II
Obligación 10: Las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	Se realiza bitácora de actividades con información diaria planificada.

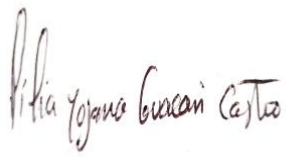
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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 2024-12-09

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) **Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.**	**SI** ☐	**NO** ☒
4.	Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **Anexar copia del pago.**	**SI** ☐	**NO** ☒
5.	Para el presente pago realicé aporte a AFC **Anexar copia de la consiganción.**	**SI** ☐	**NO** ☒
6.	Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes	**SI** ☐	**NO** ☒
7.	Número de dependientes	0	
•	Hijos menores de 18 años **Requiere registro civil.**	**SI** ☐	**NO** ☒
•	Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **Requiere anexar certificación semestral de pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa.**	**SI** ☐	**NO** ☒
•	Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos**	**SI** ☐	**NO** ☒
•	Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos**	**SI** ☐	**NO** ☒
•	Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos**	**SI** ☐	**NO** ☒

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
2024-11	2024-11	26350484	9477545351	I	2024/12/05	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$497,700

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
2024-11	2024-11	26350484	9477545351	I	2024/12/05	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$497,700

RESUMEN DE PAGO

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

BI 'IVIDADES PARQUE

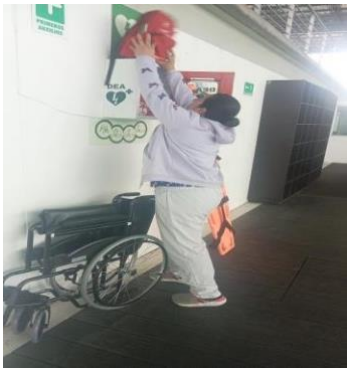
INFORME No: 8

NOMBRE DEL PARQUE: COMPLEJO ACUATICO 12 1000

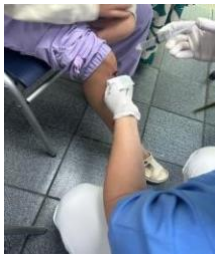
FECHA: 30/12/2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No CONTRATO Y FECHA: 1077-2024

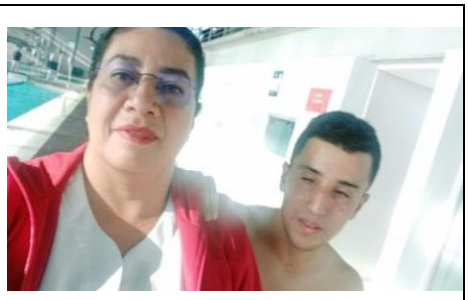
FECHA	FUNCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
Domingo 1 Diciembre de 2024	Escenario cerrado por racionamiento.	**N/A**
Lunes 2 de Diciembre de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 3 Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en los diferentes entrenamientos, se realiza capcitacion a salvavidas sobre el registro de las atenciones de primeros auxilios, se realiza inspección de botiquines y extintores.	

Miercoles 4 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en los diferentes entrenamientos establecidos durante el día .	

Jueves 5 de Diciembre de 2024	Realizo acompañamiento en entrenamiento como auxiliar de primeros auxilios .	
Viernes 6 de Diciembre de 2024	Realizo acompañamiento en entrenamiento y atencion de primeros auxilios a Gabriela Rueda por laceración en pie, Gabriel Herrera por laceración en pierna	
Sabado 7 de Diciembre de 2024	Realizo acompañamiento en escuelas de fin de semana como auxiliar de primeros auxilios, y se realiza acompañamiento en limpieza y desinfección de pasillos por parte de mantenimiento.	

Domingo 8 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento a escuelas de fin de semana y semilleros y se realiza atención de primeros auxilios a Juan José Castro por por laceración, Miguel Holtman por golpe en brazo, Ignacio Hotmail por epistaxis.	
Lunes 9 de Diciembre de 2024	**DESCANSO**	**N/A**

Martes 10 de Diciembre de 2024	Inicio de competencia Intercolegiados Nacionales Sub Acuáticas, se realiza atención de primero auxilios a Camilo Quintero por calambre y se realiza capacitación a auxiliares de vestiré y operarias de aseo sobre el tema del cancer de mama.	
Miercoles 11 de Diciembre de 2024	Competencia Intercolegiados Nacionales Sub Acuáticos y se realiza atención de primeros auxilios a Sarah Ortiz por dolor en oído, Gabriela García por fatiga.	

Jueves 12 de Diciembre de 2024	Acompañamiento en entrenamiento siendo auxiliar de primeros auxilios, asistencia en traslado a nadadores con discapacidad visual de paranatacion	
Viernes 13 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en los diferentes entrenamiento, grupo de paranatacion.	

Sabado 14 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de paranatacion y piscina de niños y se realiza atención de primeros auxilios a Kenji Fonseca por por golpe en el pie.	

Domingo 15 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en los diferentes entrenamiento durante el dia, se realiza atención de primeros auxilios a Daniel Ortega por picadura de abeja	
Lunes 16 de Diciembre de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 17 de Diciembre de 2024	Se realiza capacitación a salvavidas y auxiliares de vestiré sobre la toma de glucometria, y durante el día se realiza el cambio de extintores vencidos con su respectiva acta.	

Miercoles 18 de Diciembre de 2024	Realizo acompañamiento en entrenamiento de semilleros en foso.	

Jueves 19 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en el escenario del sendero de monserrate.	
Viernes 20 de Diciembre de 2024	Apertura del escenario.	**N/A**
Sabado 21 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento	**N/A**
Domingo 22 de Diciembre de 2024	Se reliza acompañamiento en evento de nadado artistico.	**N/A**
Lunes 23 de Diciembrede 2024	**DESCANSO**	**N/A**

Martes 24 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de natación y se realiza capacitacion a Salvavidas y Auxiliares de vestier sobre la maniobra de Heimlich.	**N/A**
Miercoles 25 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento para ingreso a piscina a grupo de paraolimpicos.	**N/A**
Jueves 26 de Diciembrede 2024	Se realiza acompañamiento en nado sincronizado.	**N/A**
Viernes 27 de Diciembre de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de natación en piscina de niños, escuela fin de semana.	**N/A**
Sabado 28 de Diciembre de 2024	Escenario cerrado por racionamiento.	**N/A**
Domingo 29 de Diciembre de 2024	Apertura del escenario.	**N/A**

Lunes 30 de Dicembre de 2024	**DESCANSO**	**N/A**

OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
Profesional Especializado

LILIA YOJANA GUACARI CASTRO
Contratista

OBLIGACIÓN 1 Durante el mes de Diciembre se llevara acabo acompañamiento y atención de primeros auxilios según los parámetro, en los diferentes entrenamientos y planes programados por el escenario.

BOGOTÁ

ATENCION PRIMEROS AUXILIOS EN PARQUES Y/O ESCENARIOS

RESPONSABLE DEL CONTROL	Enfermeria	MES Y AÑO	Diciembre 2024	PARQUE, CEFE O ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	UBICACIÓN DEL BOTIQUIN	PISCINAS Enfermeria

HORA	DD	MM	AAAA	NOMBRE PERSONA ATENDIDA	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (Años)	EPS	TELEFONO	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	SE USO EQUIPO DEA	EL PACIENTE FUE TRASLADADO EN AMBULACIA	OBSERVACIONES	FIRMA USUARIO ATENDIDO
09:30	04	12	24	Mercedes Moreno	CC	40744181	45	SURA	3008452858	NIA	piscina	Calambre	Calambre muy fuerte	Enfermera	Alejandra Ramos	NO	NO	NIA	
10:26	5	12	24	Soraya Mateigno	T.I	1033[illegible]	14	Compensar	304[illegible]307	Daniel Cano Rapd	Piscina olimpica	Lacracion Profunda	Tomado se sale y vuelve	Enfermera	Enfermera	NO	NO	N/A	
10:00	6	12	24	Sabrina Garcia Rueda	TI	1033108 874	14	Sanitas	305 372 1793	Daily Cosas Docente	Piscina olimpico	Laceracion en pie Derecho	Salio de la piscina	Enfermera	Vivian Gil	NO	NO	Sale con Compañia -	Gabriela O
09:30	6	12	24	Gabriel Herrera	TI	1029 061016	13	Sanitas	311 863 2122	Juanito Cotton Docente	olimpica	Laceracion pierna izquierda	Salio de piscina	Enfermera	Vivi Gracia	NO	NO	Sale de entrenamiento	Gabriel
11:00	8	12	24	Juan Jose Cano	TI	1019905 796	13	Compensar	315 928 09 20	Luz Estrella Pena	Sant Olimpica	Laceracion en pierna Derecha	Salir de piscina	Enfermera	Vivi Gil	NO	NO	Sale en tanto competencia	Luz Estrella Pena
12:30	8	12	24	Miguel Ortiz Estephano	TI	1127792 851	12	Salud total	311 440 0430	Diego Gonzalez	olimpica	golpe en brazo	Mareo Cae y lo rosa	Enfermera	Vivi Gil	No	NO	Sigue en entrenamiento	
13:00	8	12		Ignacio Hallmann	TI	RC1 290 215	16	Allianz Salud	311 940 0430	Nestor Gutierrez	olimpica	Espasmos	Sangrado nasal	Enfermera	Vivi Gil	NO	NO	Sigue en entrenamiento	
12:30	10	12	24	Camilo Quintero	TI	1030 54 2062	19	Sanitas	312223 0959	Lorena Herrera	olimpica	Calambre	Dolor en pierna	Enfermera	Vivi Gracia	NO	NO	Sigue en Competencia.	Lorena Herrera
13:30	11	12	24	Sara Ortiz	TI	1033[illegible] 90834	8	Nueva EPS	301 281 9248	Olga Guarin	olimpica	Dolor en oido	Dolor oido Derecho	Enfermera	Eliagracia	NO	NO	Termina Competencia	
09:30	11	12	24	Gabriela Garcia	TI	103022 0591	19	Policia Nacional	316 996 1493	Camilo Sierra	olimpica	Dolor en pierna/fatiga	Fatiga	Enfermera	Vivi Gil	NO	NO	Termina Competencia	
10:00	13	12	24	Diana Patiño	TI	1013[illegible]	13	Sanitas	3104247337	Jaime Cano Psicologo	olimpica	Edema/ Inflamacion	Dolor en [illegible]	Enfermera	Alejandra Ramos	NO	NO	NIA	
12:30	14	12	24	Linda Galan Rojas	TI		16			Pablo Galan	Semiolimpica	Sangrado Nasal	Temperatura	Enfermera	Milca Asuari	NO	NO	Sigue entrenamiento	
09:00	14	12	24	Kevin Fonseca	TI	1016730 785	11	Sanitas	321 973 15 36	Lorena Herrera	olimpico.	Golpe dedo pie.	El entrenamiento	Enfermera	Vivian Gracia	NO	NO	Salio con la Mama	Lorena Herrera
10:30	15	12	24	Daniel Ortega	TI	1032 496862	8	Sanitas	317870 7305	Yeimys Bermudez	Semi olimpica	Picadura de Abeja	Picadura de abeja dedo meñique izq	Enfermera	Vivi Gil	NO	NO	Sigue en entramiento.	Yeimys Bermudez

Scanned with CamScanner

Marca temporal	Dirección de correo electrónico	FECHA Y HORA DE LA ATENCION	NOMBRE COMPLETO PERSONA ATENDIDA	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (Años)	EPS	TELÉFONO	PERSONA RESPONSABLE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR	PARENTESCO	DESCRIBA PARQUE O ESCENARIO DONDE SE PRESENTA EVENTO	DESCRIBA LUGAR SE PRESENTA EVENTO	DESCRIBA SÍNTOMA Y/O LESIÓN	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	CARGO DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTA LOS PRIMEROS AUXILIOS	SE USO EQUIPO DEA	DESCRIBA CON SI O NO SI EL USUARIO FUE TRASLADADO EN SERVICIO DE AMBULANCIA	OBSERVACIONES
12/7/2024 11:34:46	yojanaguacary@gmail.com	12/4/2024 7:38:00	Alexander rom	CÉDULA DE CI	79974131	45	Sura	3008432858	Alexander rom	N/A	COMPLEJO ACI	Piscina	dolor	Calambre en la	ENFERMERIA	Alejandra Fan	No	No	Excelente atención
12/7/2024 11:39:45	yojanaguacary@gmail.com	12/6/2024 10:40:00	Gabriela Quev	TARJETA DE ID	1033108874	14	Sanitas	3053721793	Derly casas Docente		COMPLEJO ACI	Piscina	Laceracion en	Al salir de la pi	ENFERMERIA	Lilia guacari	No	No	Excelente atención
12/7/2024 11:43:57	yojanaguacary@gmail.com	12/6/2024 3:50:00	Gabriela Herre	TARJETA DE ID	1029061016	13	Sanitas	3118632122	Juanita Castañ	Docente	COMPLEJO ACI	Piscina	Laceracion	Al salir dela pis	ENFERMERIA	Lilia guacari	No	No	Excelente atención
12/20/2024 10:09:58	yojanaguacary@gmail.com	12/8/2024 11:30:00	Juan José Cast	TARJETA DE ID	1019905796	13	Compensar	3159280920	Luz Stella Peña	Mamá	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Laceracion Ma	Al salir de la pi	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Sale en compañía de la mamá/ Excelente atención
12/20/2024 10:13:50	yojanaguacary@gmail.com	12/8/2024 12:30:00	Miguel Holtma	TARJETA DE ID	1127792851	12	Aliansalud	3114400430	Diego Gonzále	Docente	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Golpe en el bra	Le cae encima	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Sigue en entrenamiento
12/20/2024 10:17:18	yojanaguacary@gmail.com	12/8/2024 12:50:00	Ignacio Holtm	TARJETA DE ID	1034290213	16	Aliansalud	3114400430	Néstor Gonzál	Docente	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	sangrado	Presenta sang	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Sigue en entrenamiento
12/20/2024 10:26:56	yojanaguacary@gmail.com	12/10/2024 17:30:00	Camilo Quinte	TARJETA DE ID	1030542062	14	Sanitas	3122250959	Lorena Herrera	Docente	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Calambre	En medio del e	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Sigue en competencia
12/20/2024 10:30:05	yojanaguacary@gmail.com	12/11/2024 17:00:00	Saray Ortiz	TARJETA DE ID	1033190834	13	Nueva Eps	3014819248	Olga Gaviria	Mamá	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Dolor de oído	Presenta este	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Termina competencia
12/20/2024 10:32:41	yojanaguacary@gmail.com	12/11/2024 18:00:00	Gabriela Garcí	TARJETA DE ID	1030220591	14	Policía Nacion Entrenador	3164961443	Camilo Sierra		COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Dolor en piern	Sale de compe	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Termina competencia
12/20/2024 10:38:00	yojanaguacary@gmail.com	12/13/2024 10:00:00	Danna Pachec	TARJETA DE ID	10135127	13	Sanitas	3104297337	Javier Pacheco	Papá	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Laceracion	Se golpea al ca	ENFERMERIA	Alejandra Fand	No	No	Excelente atención
12/20/2024 10:41:32	yojanaguacary@gmail.com	12/14/2024 10:00:00	Kenji Fonseca	TARJETA DE ID	1016730785	11	Sanitas	3219731536	Lorena Moreno	Mamá	COMPLEJO ACI	Piscina Olímpi	Golpe en pie	Se golpea el pi	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	Sale en compañía de la mamá
12/20/2024 10:44:24	yojanaguacary@gmail.com	12/15/2024 10:50:00	Daniel Ortega	TARJETA DE ID	1032496862	8	Sanitas	3178707505	Yerlis Bermúde	Mamá	COMPLEJO ACI	Piscina Semi O	Picadura de ab	Picadura de ab	ENFERMERIA	Lilia Guacari	No	No	No se observa irritación, ni inflamación, se realiza lavado, sale en compañía de la mamá, quien informa que no es alérgico a la abejas

OBLIGACIÓN 2 Se realiza rondas diarias por el escenario , velando que los usuarios tengan un uso adecuado y aprovechamiento de los diferentes espacios, se recuerda las normas de higiene en el área. Asi mismo se realiza programación de series de campañas que se realizaran durante el mes de Diciembre.

FICHA TÉCNICA ACTIVIDADES EDUCATIVAS IDRD

NOMBRE DE ESCENARIO: Complejo Acuatico Simon Bolivar

NOMBRE DEL FACILITADOR: Lilia Yojana Guacari Castro

NOMBRE DE LA SESIÓN: Educación sobre el registro de atención de primeros auxilios.

POBLACIÓN: 3 personas

TEMÁTICAS: Conocimiento de la forma de que se debe realizar el registro de la atenciones de primeros auxilios que se realicen.

OBJETIVO

- Registros de atención de primeros auxilios en planilla física.
- Registro de atenciones en el link de google forms. Importancia de llenar todos los datos completos.

SOPORTE CONCEPTUAL

Se realiza educación sobre el respectivo diligenciamiento de las atenciones de primeros auxilios ya que no solo la Auxiliar de enfermería es quien puede atender un caso, sino también los salvavidas y este deben tener un soporte de la atención dada, ya que también es una de nuestras obligaciones establecidas en el contrato se debe tener una evidencia de está. (**Obligación 1) TIEMPO:** 30 minutos.

RECURSOS: Planillas, muestra del formulario de Google forms.

METODOLOGÍA: Esta temática se realizará en una sesión de 30 minutos, la cual tendrá una socialización verbal y ejemplar sobre un caso.

Evidencia Acta.

APRENDIZAJE DEL FACILITADOR: Brindar información establecida.

BIBLIOGRAFÍA:

https://forms.gle/MVUDUpbHmJxCkMUA8


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
IDRD
BOGOTÁ

BOGOTÁ

Si no maneja consecutivo coloque N.A. ACTA No.	COMITÉ/REUNIÓN:	DD	MM	AA
		03	12	2024

LUGAR: Complejo Acuatico Simon Bolivar HORA DE INICIO: HORA FIN:

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Sara Enciso	Salvavidas	sub. parques
David Murcia	Salvavidas	sub. parques
Nestor David Valero	Salvavidas	Sub Parques

ORDEN DEL DIA

1. Registro de atencion en primeros
2. auxilios en planilla fisica
3. Registro de atenciones en el link
4. importancia de llenar todos los datos
5. completos
6.

TEMAS TRATADOS

Se realiza Educación al grupo de salvavidas sobre: como se realiza el diligenciamiento del formato de atención en salud de usuarios de los escenarios, en la planilla fisica y en la virtual o link
La importancia de indagar y anotar sobre todos los datos que nos pide el formulario para el debido registro.
El registro en la planilla fisica del escenario como evidencia de atencion en primeros auxilios para asi mismo justificar los insumos gastados

Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.	
FIRMA	Lilia Yajana Guacari	FIRMA	
NOMBRE	Lilia Yajana Guacari	NOMBRE	
CARGO	Auxiliar En Enfermeria	CARGO	

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA: Lilia Yajana Guacari Castro

Scanned with CamScanner

FICHA TÉCNICA ACTIVIDADES EDUCATIVAS IDRD

NOMBRE DE ESCENARIO: Complejo Acuatico Simon Bolivar

NOMBRE DEL FACILITADOR: Lilia Yojana Guacari Castro

NOMBRE DE LA SESIÓN: Educación sobre el cancer de seno o (mamá)

POBLACIÓN: 12 personas

TEMÁTICAS: Autoexamen

OBJETIVO

- Verificar los síntomas de alerta
- Que es y para que sirve realizarse el autoexamen
- Como se realiza el autoexamen

SOPORTE CONCEPTUAL

El cáncer de mama es una de las principales causas de mortalidad en mujeres a nivel mundial. Cada año, miles de mujeres reciben este diagnóstico, lo que resalta la importancia de implementar estrategias de prevención y detección temprana. Aunque las herramientas clínicas como la mamografía son fundamentales, el autoexamen mamario sigue siendo una práctica sencilla y accesible para identificar cambios tempranos en las mamas, contribuyendo significativamente a mejorar las tasas de supervivencia.

La prevención comienza con la educación y la adopción de hábitos saludables. Factores como la obesidad, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo aumentan el riesgo de desarrollar esta enfermedad. Del mismo modo, los antecedentes familiares y las mutaciones genéticas, como las presentes en los genes BRCA1 y BRCA2, también juegan un papel importante. Por ello, es crucial que las mujeres conozcan su historial médico y consulten regularmente con un profesional de salud.

En cuanto al autoexamen mamario, su práctica regular permite a las mujeres familiarizarse con la textura y el aspecto habitual de sus mamas, facilitando la identificación de cambios anormales. Este procedimiento debe realizarse una vez al

mes, preferiblemente unos días después de la menstruación, cuando las mamas están menos sensibles. Los pasos incluyen la observación frente al espejo para

detectar irregularidades visibles, la palpación de las mamas y axilas para buscar bultos, y la revisión del pezón para detectar secreciones inusuales.

Si bien el autoexamen no sustituye las pruebas diagnósticas como la mamografía, complementa las estrategias de detección al fomentar la atención temprana ante cualquier signo sospechoso. Además, promueve el autocuidado y empodera a las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud.

En conclusión, la lucha contra el cáncer de mama requiere un enfoque integral que combine prevención, educación y detección temprana. El autoexamen mamario, aunque simple, es una herramienta poderosa que puede salvar vidas. Por ello, es fundamental promover su práctica en todas las mujeres, junto con un estilo de vida saludable y controles médicos periódicos. El compromiso individual y colectivo es clave para reducir el impacto de esta enfermedad en la sociedad.

TIEMPO: 30 minutos.

RECURSOS: imágenes sobre cómo realizarse paso a paso el autoexamen

METODOLOGÍA: Esta temática se realizará en una sesión de 30 minutos, la cual tendrá una socialización verbal y ejemplar.

Evidencia Acta.

APRENDIZAJE DEL FACILITADOR: Brindar información establecida.

BIBLIOGRAFÍA:

https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/breast-cancer/symptoms-causes/syc20352470

BOGOTÁ

Si no maneja consecutivo coloque N.A. ACTA No.	COMITÉ/REUNIÓN:	DD	MM	AA
		10	12	2021

LUGAR: Complejo Acuatico Simon Bolivar. HORA DE INICIO: HORA FIN:

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Eneris Bandera Peña	Operaria Aseo	IDRD
Martha Manjarrez Vilora	operaria Aseo	IDRD
Carmen Rodriguez Ulloa	operaria Aseo	IDRD
Daniela Beltran Batista	Vigilante	IDRD.
Rosario Andrade	Auxiliar de Vestier	CASB
Mayerly Tovar	Aux de vestier	CASB
ALEJANDRA CRIA	AUX DE VESTIER	CASB.
Pilar Garzon Gonzalez	AUX DE VESTIER	CASB
Lucia Covaracao P	operaria de Aseo	I.D.R.D
Nidia Benavides	Operaria de Aseo.	IDRD Aseo.
Marcar Padrozo	Operaria de Aseo	IDRD Aseo
Beatriz medoza	operaria de Aseo	IDRD ASEO

ORDEN DEL DIA

1. ¿Que es examen de mama?
2. ¿Para que sirve, es importante
3. Como se realiza el auto examen
4. Se puede observar cambios a Simple
5. Vista?
6. Como podemos detectarlo tempranamente

TEMAS TRATADOS

Se realiza educación al personal femenino del complejo acuatico Simon Bolival Sobre auto examen de mama.
como debemos conocer nuestro cuerpo, frente al espejo mirando Cambios pocos o muchos,
Se entrega folleto de educación Se realiza ejercicio de auto examen aclaracion de dudas sobre el mismo
Se educa sobre signos y sintomas generales asociados al Cancer de mama
Se realiza concientizacion sobre el auto cuidado en general. La importancia de la prevencion y la identificacion temprana de alguna patologia para el debido tratamiento

Scanned with CamScanner

FICHA TÉCNICA ACTIVIDADES EDUCATIVAS IDRD

NOMBRE DE ESCENARIO: Complejo Acuatico Simon Bolivar

NOMBRE DEL FACILITADOR: Lilia Yojana Guacari Castro

NOMBRE DE LA SESIÓN: Educación sobre la toma de glucometria

POBLACIÓN: 6 personas

TEMÁTICAS: Importancia de la toma de este signo vital

OBJETIVO

- Se explica que es un glucometro
- Para que sirve y en qué casos es necesario tomarla
- Como se toma y sus precauciones
- Valores normales de la glucometria

SOPORTE CONCEPTUAL

La Glucometría es la medición de la glucemia (azúcar) que se realiza mediante la extracción de una gota de sangre, utilizando un instrumentó llamado glucómetro, esta medición es de gran utilidad para las personas que tienen diabetes, ya que le permite conocer los valores de glucemia y por lo tanto saber su estado de control para tomar decisiones en el tratamiento, con respecto a la dieta, los medicamentos, la actividad física, entre otros.

El glucómetro se utiliza para medir la glucosa en la sangre. Este dispositivo indica la cantidad de glucosa en una pequeña muestra de sangre. Por lo general, la sangre se obtiene de la punta del dedo. Luego, la sangre se coloca en una tira reactiva desechable. Con determinados glucómetros continuos, es posible que sigas necesitando un glucómetro para calibrar diariamente tu glucómetro continuo.

El profesional de atención médica o el especialista certificado en educación y en atención médica de la diabetes pueden recomendar un glucómetro continuo apropiado para ti. Asimismo, también te ayudará a que te informes sobre el uso de tu glucómetro.

Sigue las instrucciones del glucómetro. En general, así es cómo funciona el proceso:

1. Lávate y sécate bien las manos. La presencia de alimentos y otras sustancias en las manos puede derivar en una lectura incorrecta.
2. Coloca una tira reactiva en tu glucómetro.



3. Pínchate un lado de la punta del dedo con la aguja que viene con el kit de la prueba. Esta aguja también se conoce como lanceta.
4. Toca la gota de sangre con el borde de la tira reactiva y sostenla.
5. En unos pocos segundos, el glucómetro mostrará tu nivel de glucosa en la sangre en la pantalla.

Algunos glucómetros pueden analizar la sangre que se obtuvo de otra parte del cuerpo, como el antebrazo o la palma de la mano. Sin embargo, es posible que estas lecturas no sean tan exactas como las lecturas de las puntas de los dedos, especialmente después de una comida o durante el ejercicio. En estos momentos, los niveles de glucosa en la sangre cambian con mayor frecuencia. No se recomienda usar otra parte del cuerpo que no sean las puntas de los dedos cuando ajustes un glucómetro continuo. Este proceso también se conoce como calibración.

TIEMPO: 30 minutos.

RECURSOS: Glucometro, tirillas y lancetas

METODOLOGÍA: Esta temática se realizará en una sesión de 30 minutos, la cual tendrá una socialización verbal y ejemplar.

Evidencia Acta.

APRENDIZAJE DEL FACILITADOR: Brindar información establecida.

BIBLIOGRAFÍA:

https://www.hospitalmilitar.gov.co/index.php?idcategoria=88311

BOGOTÁ

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN:	DD	MM	AA
ACTA No.		17	12	2024

LUGAR: Complejo Acuatico Simon Bolivar HORA DE INICIO: HORA FIN:

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
David Valora	Salvavidas	CASB
David Murcia	Salvavidas	CASB
Pibr Gonzon Gonzalez	AUX VESTIER	CASB
ALEJANDRA CRUZ	AUX VESTIER	CASB.
Mayerly Tovar S	AUX Vestier	CASB
ROSARIO Andrade	AUX Vestier	CASB

ORDEN DEL DIA

1. Se explica que es un glucometro	4. Como se toma y sus precauciones.
2. para que sirve en que casos es	5. Valores normales de la glucosa
3. necesario tomar glucometria	6.

TEMAS TRATADOS

Se realiza educación a grupo de salvavidas vestier, dandoles a conocer el glucometro sus funciones, y los casos en cuando vemos a una persona con palidez facial, desorientacion, decaimiento, cuando la persona refiere mareo o que no ha comido nada o que Tiene patologia de base, es cuando se puede proceder a toma de glucometria para verificar el valor de glucosa en sangre, ya que es un signo vital de suma importancia y que cualquier persona puede realizar la toma y por medio del resultado saber como se encuentra la persona afectada.
Explica los valores normales que deben estar dentro 60mg/dl a 130mg/dl de pendiendo la hora
Se realiza demostracion de como se realiza la toma de la glucometria y se explica sus precauciones

Scanned with CamScanner

COMPROMISOS		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE PARA SU REALIZACIÓN

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	SI		NO	
Observaciones				

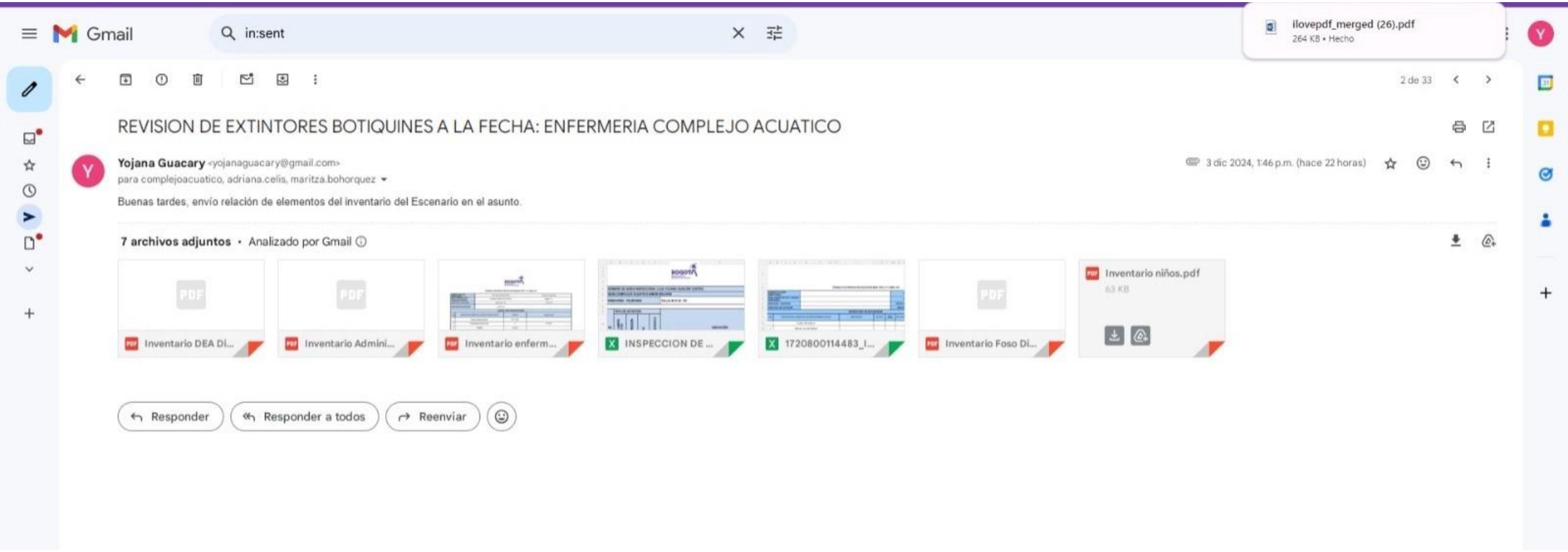
Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	[signature]	FIRMA		
NOMBRE	Luis Yojana Cano	NOMBRE		
CARGO	Auxiliar Enfermería	CARGO		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	

Scanned with CamScanner

OBLIGACIÓN 3 Se realiza inspección de extintores y camillas, y se realiza la notificación a Administrador y Jefe de Enfermería por medio del correo.



Gmail in:sent

3 de 33

Acta Entrega de Insumos y Camilla.pdf

Recibidos ×

COMPLEJO ACUATICO IDRD
Gracias.

vie, 29 nov, 3:32 p.m. (hace 5 días)

Yojana Guacary <yojanaguacary@gmail.com>
para adriana.celis

vie, 29 nov, 3:34 p.m. (hace 5 días)

---------- Forwarded message ---------
De: **COMPLEJO ACUATICO IDRD** <complejoacuatico@idrd.gov.co>
Date: vie, 29 nov 2024, 3:32 p. m.
Subject: Acta Entrega de Insumos y Camilla.pdf
To: <yojanaguacary@gmail.com>

Gracias.



Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Gmail in:sent

1 de 33

ENTREGA INSUMOS Y CAMILLA RIGIDA PARA PISICINA INFANTIL COMPLEJO ACUATICO

Yojana Guacary <yojanaguacary@gmail.com>
para complejoacuatico, adriana.celis, maritza.bohorquez

mar, 3 dic, 2:08 p.m. (hace 22 horas)

Buenas tardes, anexo a este mensaje, el acta en el asunto. Gracias.

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



Acta Entrega de l...

Responder | Responder a todos | Reenviar

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

BOGOTÁ

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN:	DD	MM	AA
ACTA No.		27	11	2024

LUGAR: Complejo Acuatico Simon Bolivar HORA DE INICIO: HORA FIN: 2:30

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Adriana Celis	Enfermera	Adm Esenarios
lilia yojana Guacari	Auxiliar de Enfermeria	Complejo Acuatico Simon Bolivar
Jaime Castillo Contreras	Admón Profesional	Admón de Escenarios

ORDEN DEL DIA

1. Entrega de insumos para atencion	4. piscina niños primer piso.
2. primeros auxilios	5.
3. Se recibe camilla rigido para	6.

TEMAS TRATADOS

Se recibe visita de jefe coordinadora Adriana Celis, en la cual realiza entrega de insumos para la atencion en primeros auxilios los cuales son relacionados en el siguiente listado

1 camilla rígida de color anaranjado con araña y señalizacion
2 unidades sabanas.
12 und vasos desechables
2 und Fenula Maleable
1 und clorhexidina
2 und vendaje elastico 6X5
2 paquetes Vendaje III 3X5 = 24 und
1 paquete vendaje III 4X5 = 12 und
20 und Sales rehidratacion
16 pares guantes de manejo talla M.
130 und de baja lenguas
3 Rollos de Micropore
1 Manta Termica
25 und curas

Escaneado con CamScanner

TEMAS TRATADOS
2 cajas de gasas x 40 und + 20 und adicionales = 100 und.
1 glucometro Marca Viva chek ECO, con pila, Estuche negro
50 und Tiras
100 und lancetas
1 inmovilizador cefalico

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	SI		NO	
Observaciones				

Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	Lilia Yojana Guacan	FIRMA		
NOMBRE	Lilia Guacan	NOMBRE		
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	CARGO		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	

Escaneado con CamScanner

TEMAS TRATADOS
2 cajas de gasas x 40 und + 20 und adicionales = 100 und.
1 glucometro marca Viva chek Eco, con pila, Estuche negro
50 und Tiras
100 und lancetas
1 inmovilizador cefalico

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	SI		NO	
Observaciones				

Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	Lilia Yojana Gracon	FIRMA		
NOMBRE	Lilia Cano	NOMBRE		
CARGO	Auxiliar de Enfermería	CARGO		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	

Escaneado con CamScanner

TEMAS TRATADOS
2 cajas de gasas x 40 und + 20 und adicionales = 100 und.
1 glucometro Marca Viva chek ECO, con pila, Estuche negro
50 und Tiras
100 und lancetas
1 inmovilizador cefalico

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	SI		NO	
Observaciones				

Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	Lilia Yojana Guacan	FIRMA		
NOMBRE	Lilia Guacan	NOMBRE		
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	CARGO		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	

Escaneado con CamScanner

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

FORMATO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO		CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SEDE: COMPLEJO ACUATICO SIMÓN BOLÍVAR		CIUDAD	BOGOTÁ D.C
DIRECCIÓN - TELÉFONO: CALLE 63 # 42 - 00		FECHA DE INSPECCIÓN	3/12/2024

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: **B:** BUENO **R:** REGULAR **M:** MALO

No	TIPO DE EXTINTOR				UBICACIÓN	ÁREA	CAPACIDAD	FECHA DE PRÓXIMA RECARGA			ESTADO DEL EXTINTOR												OBSERVACIONES
	AGENTE LIMPIO HCFC123	AGUA PRESION	CO2	MULTIPROPÓSITO				DD	MM	AA	MANÓMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	RING O ARO DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA	CILINDRO	BASE/SOPORTE/ RUEDAS	DEMARCACIÓN	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD	
11				X	ENTRADA CUARTO PISCINA OLIMPICA	CARCAMO	20 LBS		10	2024	B	B	NT	B	NT	B	B	NT	B	B	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD Y BOQUILLA VENCIDO
12				X	ENTRADA CUARTO PISCINA INFANTIL	CARCAMO	20 LBS		10	2024	B	B	NT	NT	NT	B	B	NT	B	B	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD, MANGUERA, BOQUILLA Y BASE SOPORTE VENCIDO
13				X	CUARTO DE CALDERAS	CALDERAS	20 LBS		10	2024	B	B	NT	NT	B	B	B	NT	B	B	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD, MANGUERA Y BASE SOPORTE VENCIDO
14				X	OFICINA PISCINEROS	CARCAMO	10 LBS		10	2024	B	B	NT	NT	B	B	B	NT	B	B	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD, MANGUERA Y BASE SOPORTE VENCIDO
15				X	COCINA	COCINA	10 LBS		10	2020	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	CAMBIO DEL EXTINTOR VENCIDO
16			X		OFICINA ADMINISTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN	15 LBS		12	2027	B	B	NT	B	B	B	B	NT	NT	NT	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD, BASE SOPORTE, DEMARCACION Y SEÑALIZACIÓN
17			X		OFICINA AUXILIARES	ADMINISTRACIÓN	15 LBS		12	2027	B	B	NT	B	B	B	B	NT	NT	NT	B	B	FALTA ARO DE SEGURIDAD, BASE SOPORTE, DEMARCACION Y SEÑALIZACIÓN
18																							
19																							
20																							

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

Si no maneja consecutivo coloque ACTA No.	COMITÉ/REUNIÓN: Recarga de Extintores	DD	MM	AA
		17	12	2024

LUGAR: Complejo Acuatico Simon Bolivar **HORA DE INICIO:** **HORA FIN:**

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Sebastian Poveda	Administrador tecnico	CASB
Liliana Guacari	Enfermera	Enfermeria
Alex Hernandez	Contratista	Mantenimiento IDRD
Jaime Colmenares	Administrador Profesional	CASB

ORDEN DEL DIA

1. Recolección de extintores	4. Proveedor informa que realiza el cambio
2. Entrega de extintores.	5. en 5 dias habiles.
3.	6.

TEMAS TRATADOS

Se realiza recorrido por las instalaciones recogiendo los respectivos extintores, y se envian para respectiva recarga y demas ajustes para el debido funcionamiento.
Se presentan los siguientes observaciones.
- Cambio de Pintura (Todos) - Señalización - Cambio de mangueras
- Asignasion de bases y pedestales.
* Nos informa que segun el contrato interno asimismo nos lo hara llegar con sus respectivas mejoras. (Se anexa Soporte).

COMPROMISOS

TEMA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE PARA SU REALIZACIÓN
Se entrega 4 extintores de 10 lb. CO2.		
- Se entrega 3 extintores de 10Lb. Multiproposito		
- Se entrega 7 extintoes de 20Lb Multiproposito		

Contratista se compromete a traer 2 barcos y señalización para entintores de 15 lb de administración.		

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN

¿Se logró el objetivo?	SI [X]	NO [ ]

Observaciones

Siendo las 11:35 se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA		FIRMA		
NOMBRE	Jaime Castillo	NOMBRE	Johan Sebastian Pastrana	
CARGO	Administrador Profesional	CARGO	Tecnico Administrativo	

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	Julia Rojana Cerón Ortiz

INDUEXT INGENIERÍA

"Nuestra Misión, Protegerle"

PBX: (601) 805 3249
Cra. 38 No. 52 -29 Sur
www.induext.com
E-mail; comercial@induext.com

RECIBO

No. 10454

LG-FO-003 Ver 1

Señor (es):	COMPLEJO ACUATICO	Fecha	D 17	M 12	A 24
Dirección / Sede:	Cll 63 45 10	Ciudad:			

PQS ABC	
2.5 Lb	
5 Lb	
10 Lb	3
20 Lb	7
30 Lb	
75 Lb	
150 Lb	
150 Lb N	

PQS BC	
2.5 Lb	
5 Lb	
10 Lb	4
20 Lb	
30 Lb	
75 Lb	
150 Lb	
150 Lb N	

Co2	
5 Lb	
10 Lb	
15 Lb	
20 Lb	
50 Lb	
100 Lb	
AFFF	

Agente Limpio	
1500 g	
2500 g	
3700 g	
9000 g	

Sprinkler	
3700 g	
9000 g	

Agua a Presión	
2,5 gl	
14 gl	

Tipo K	
1,5 gl	
2,5 gl	

OBSERVACIONES

TODOS PINTURA
~~TODOS SERIALES~~
~~TODOS CON MANGUERA~~
~~10 BASES PEDESTALES~~
~~3 DE 10 Y 7 DE 20~~

2 BASES DE 20
2 SERIALIZACION CO2

Cantidad	Descripción

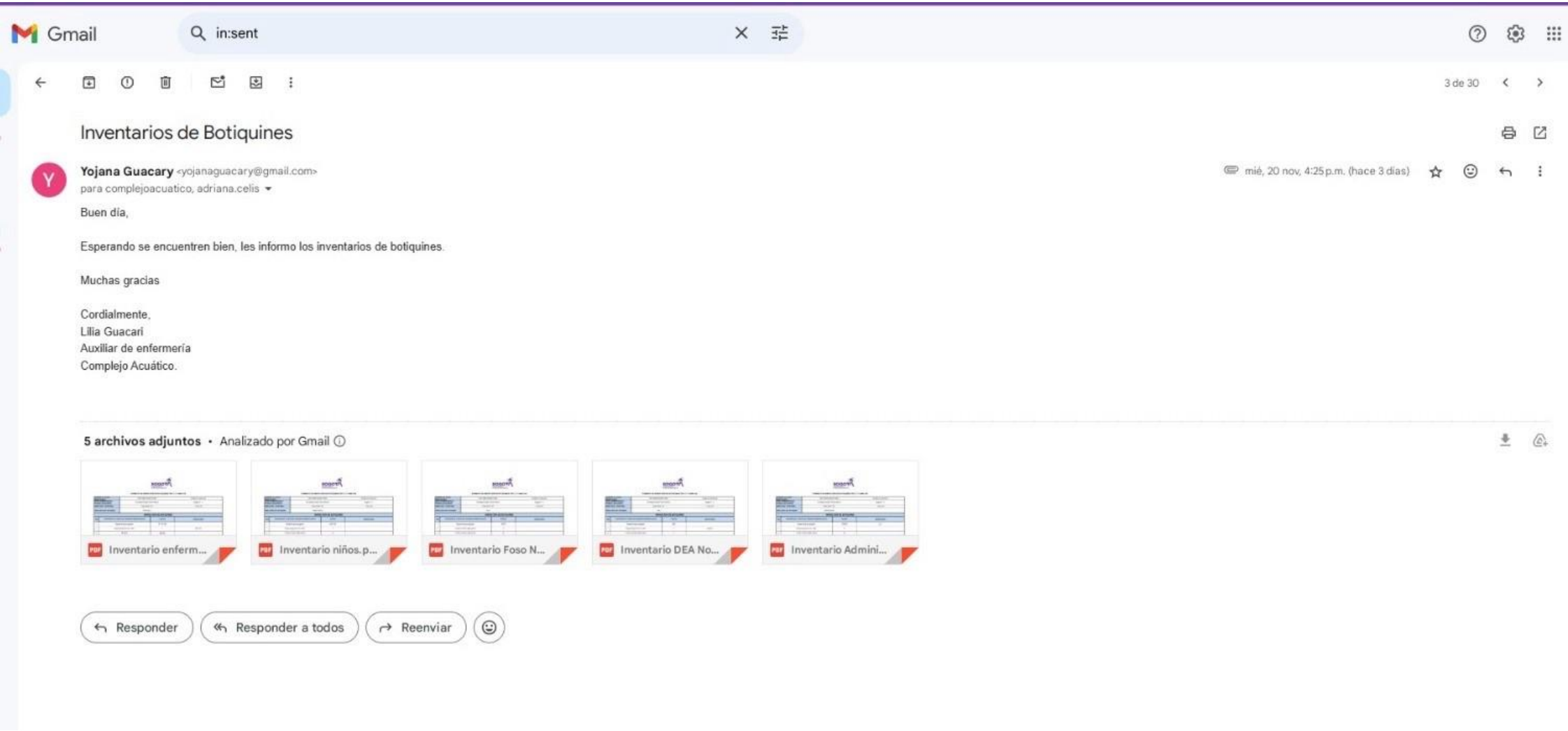
6 Extintores Entregados en Calidad de Préstamo

Nota: Cualquier perdida o daño de los extintores suministrados en calidad de prestamo por Induext Ltda., Será asumido por el cliente.

ALEX HERNANDEZ
Logística 1022907102

Cliente 1014272961

OBLIGACIÓN 4 Se realiza verificación mensual de los botiquines de cada área, y la respectiva notificación a Administrador de escenario y Jefe de enfermería por medio del correo.



NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Lilia Yojana Guacari Castro	Auxiliar de enfermeria
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	Bogotá D. C.
DIRECCIÓN - TELÉFONO	Calle 63 45 - 00	18-nov-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	Administración	

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Gasas limpias paquete	120X3	UD
2	Esparadrapo de tela rollo	3	
4	Venda elástica 6x5 yardas	9	
5	Venda elástica 3x5 yardas	4	
6	Venda elástica 4x5 yardas	5	
	Venda rigida 3x5	3	
	venda rigida 4x5	2	
8	Clorhexidina	1	
9	Guantes de manejo	2 CAJAS	AZUL
11	Alcohol antiséptico frasco 345 ml	1	
13	Linterna lapiz	1	ROJA / CON PILA
14	Curitas	54	
15	Collar Cervical adulto	1	
16	Collar Cervical niño	1	
19	Inmovilizador ó cabrestrillo (adulto)	2	
20	Solucion salina 100 ml	6	
	Solucion salina 500 ml	2	
21	Solucion salina 250 ml	3	
22	Gafas	1	
25	Felula maleable	2	
26	Sales de rehidratacion	20	
27	Parche ocular	5	
29	Micropore rollo	5	
30	Sabanas	1X18 UD	
33	Jeringas 10 cc	10	
34	Pilas AAA	1 PAR	
35	Termometro pistola morado	1	SIN PILA

INSPECCIÓN DE CAMILLA

FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO C Y CAMILLAS

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	
OBSERVACIONES:		
FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:	

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Lilia Yojana Guacari Castro	Auxiliar de enfermeria
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	Bogotá D. C.
DIRECCIÓN - TELÉFONO	Calle 63 45 - 00	18-nov-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	DEA	

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Gasas limpias paquete	5X3	
2	Esparadrapo de tela rollo	1	NUEVO
4	Venda elástica 5x5 yardas	1	
5	Venda elástica 4x5 yardas	3	
6	Venda rigido 4x5	1	
7	Mascarilla bolsillo RCP	2	
9	Guantes de manejo	10	PARES
12	Tijeras de trauma	1	
14	Curitas	14	
18	Inmovilizador ó cabrestrillo (niño)	1	
19	Inmovilizador ó cabrestrillo (adulto)	1	
20	Solucion salina 250 ml	1	
22	Manta termica	1	
25	Felula maleable	1	
26	Sales de rehidratacion	5	
29	Micropore rollo	1	EN USO
33	Jeringas 10 cc	2	
34	Baja lenguas	12 UD	
35	Vendaje triangular	1	

INSPECCIÓN DE CAMILLA

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	

OBSERVACIONES:

FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:	

FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO C Y CAMILLAS

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Lilia Yojana Guacari Castro	Auxiliar de enfermeria
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	Bogotá D. C.
DIRECCIÓN - TELÉFONO	Calle 63 45 - 00	18-nov-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	Foso	

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Gasas limpias paquete	10X3	
4	Venda elástica 5x5 yardas	5	
5	Venda elástica 4x5 yardas	2	
6	Venda elástica 3x5 yardas	2	
7	Mascarilla bolsillo RCP	1	
9	Guantes de manejo	10	
14	Curitas	10	
15	Collar Cervical adulto	1	
16	Collar Cervical niño	1	
17	Inmovilizador ó félula miembros superiores (adulto)	1	AZUL
20	Solucion salina 500 ml	1	
25	Felula maleable	3	
28	Guantes esteriles	2	
29	Micropore rollo	1	
33	Jeringas 10 cc	5	
36	Felula zimen (dedos)	2	

INSPECCIÓN DE CAMILLA		
DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	

OBSERVACIONES:		
FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:	

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Lilia Yojana Guacari Castro	Auxiliar de enfermeria
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	Bogotá D. C.

FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO C Y CAMILLAS

DIRECCIÓN - TELÉFONO	Calle 63 45 - 00	18-nov-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	Botiquin Niños	

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Gasas limpias paquete	4x3 UD	
2	Esparadrapo de tela rollo	1	
4	Venda elástica 5x5 yardas	2	
	venda rigida 4x5	2	
7	Mascarilla bolsillo RCP	1	
9	Guantes de manejo	10 PARES	
14	Curitas	15	
16	Collar Cervical niño	2	
17	Inmovilizador ó félula miembros superiores (adulto)	1	AZUL
18	Inmovilizador ó cabrestrillo (niño)	1	
19	Inmovilizador ó cabrestrillo (adulto)	1	
20	Solucion salina 100 ml	1	
	Compresas	2	
21	Solucion salina 250 ml	1	
22	manta termica	1	
23	Venda triangular	1	
25	Felula maleable	1	
26	Sales de rehidratacion	2	
29	Micropore rollo	1	
30	Baja lenguas	11 UD	
33	Jeringas 10 cc	16	

INSPECCIÓN DE CAMILLA

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	

OBSERVACIONES:

FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:	

FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO C Y CAMILLAS

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	Lilia Yojana Guacari Castro	Auxiliar de enfermeria
SEDE ADMNISTRATIVA / PARQUE /ESCENARIO	Complejo Acuatico Simon Bolivar	Bogotá D. C.
DIRECCIÓN - TELÉFONO	Calle 63 45 - 00	18-nov-24
UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN	Enfermeria	

INSPECCIÓN DE BOTIQUÍNES

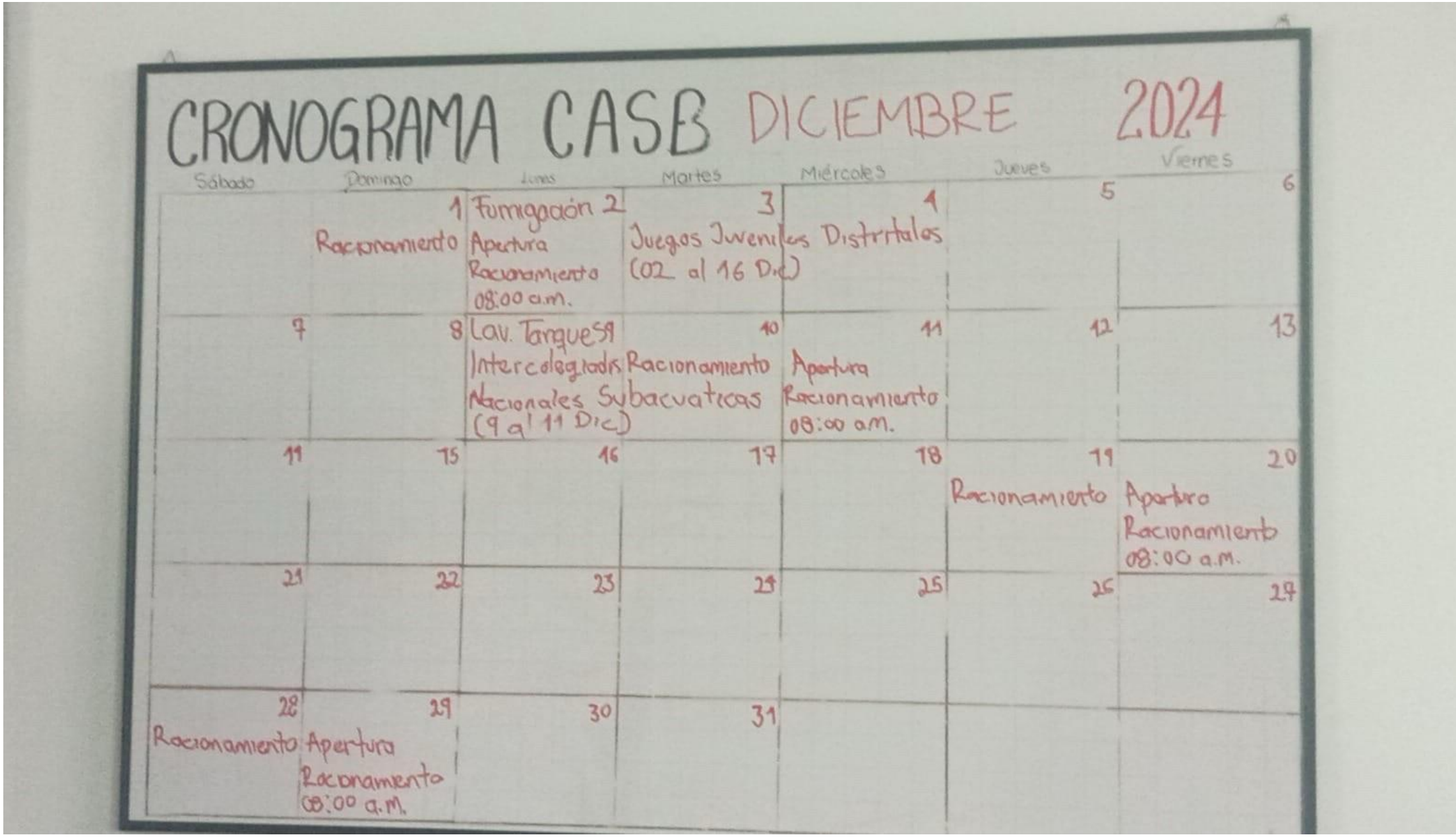
ITEM	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Gasas limpias paquete	5 X 3 UD	
2	Esparadrapo de tela rollo	1	EN USO
3	Hisopos	20 UD	
4	Venda elástica 6x5 yardas	2	
5	Venda elástica 3x5 yardas	2	
6	Venda rigida 3x5	2	
7	Mascarilla bolsillo RCP	4	
8	Clorhexidina	1	
9	Guantes de manejo	10	
10	Torniquete	1	
11	Alcohol antiséptico frasco 700 ml	1	EN USO
12	Tijeras de trauma	1	
13	Linterna mediana	1	
14	Curitas	15	
15	Collar Cervical adulto	1	
16	Collar Cervical niño	1	
17	Inmovilizador ó férula miembros superiores (adulto)	1	
18	Inmovilizador ó cabrestrillo (niño)	1	
19	Inmovilizador ó cabrestrillo (adulto)	1	
20	Solucion salina 500 ml	1	
21	Tensiómetro con fonendoscopio	1	
22	Manta termica	1	
23	Venda triangular	1	
24	Pulsucimetro	1	
25	Felula maleable	2	
26	Sales de rehidratacion	5	
27	Parche ocular	3	

28	Guantes esteriles	3	

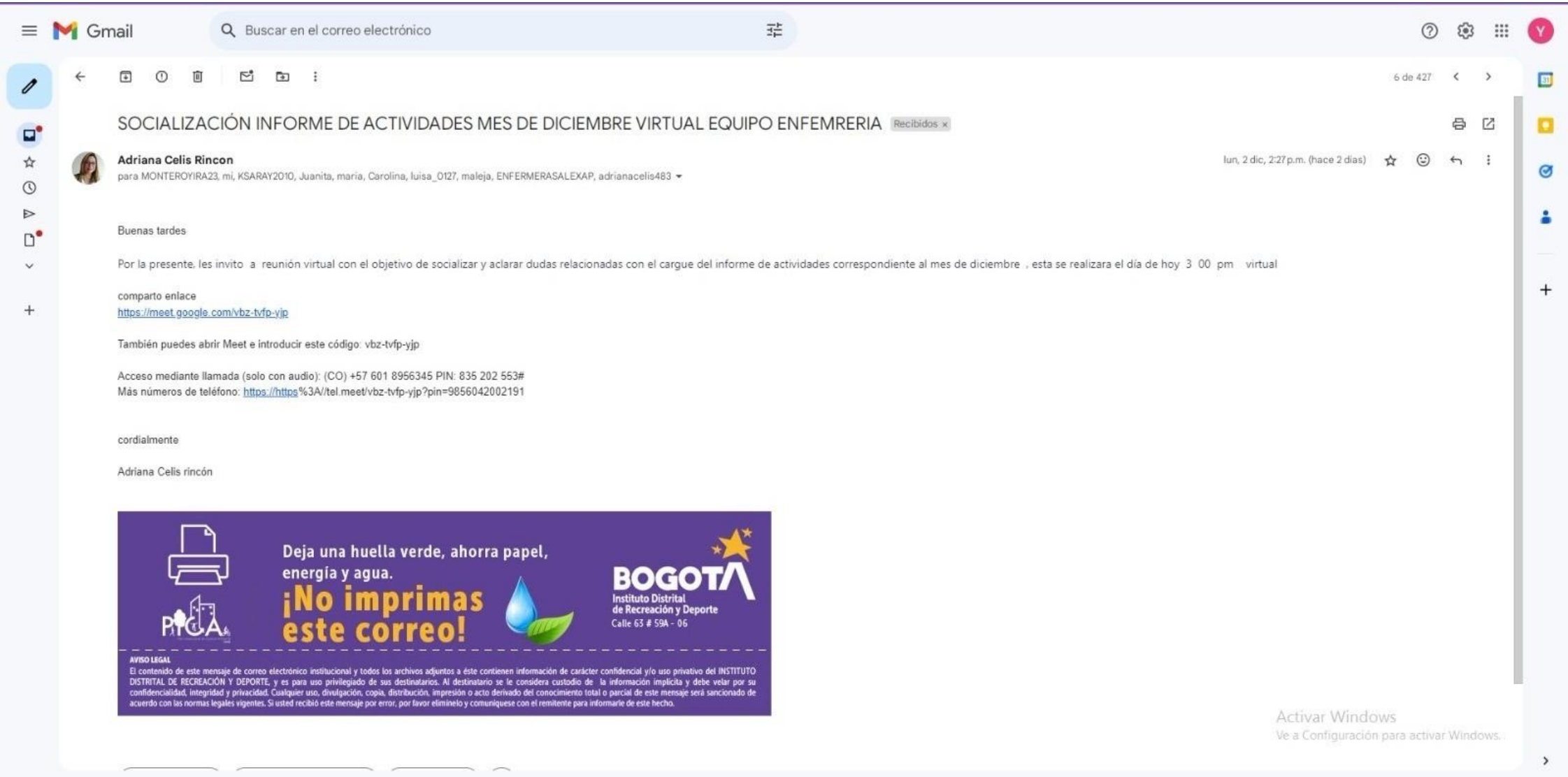
29	Micropore rollo	1	EN USO
30	Sabanas	2	
31	cuello ortopedico (adulto)	1	
32	Cuello ortopedico (niño)	1	
33	Jeringas 10 cc	5	
34	Guardian	1	EN USO
35	Gasas	1 X 20	EN USO
36	Felula zimen (dedos)	1	
INSPECCIÓN DE CAMILLA			
DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO		BUEN ESTADO	

OBSERVACIONES:		
FIRMA DE QUIEN CUSTODIA LOS ELEMENTOS:	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN:	

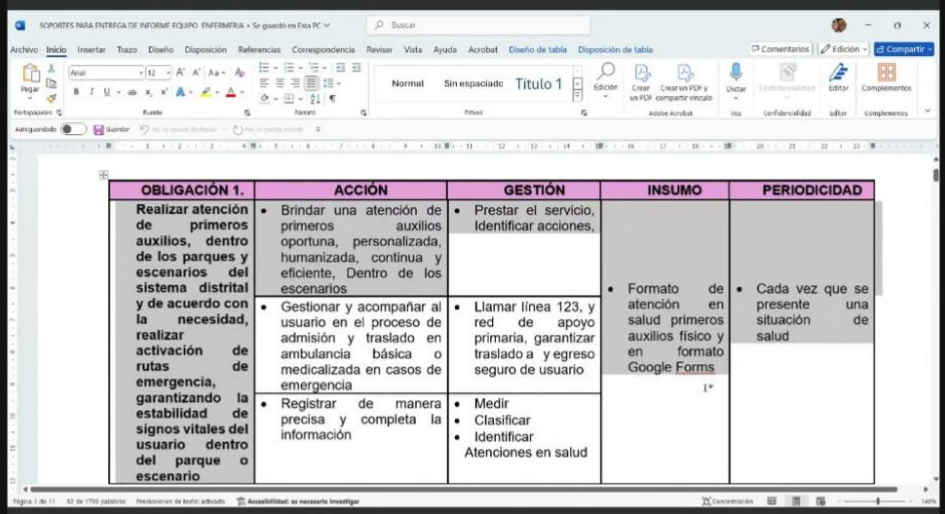
OBLIGACIÓN 5 Según cronograma dado por administrador de escenario, se realizara los acompañamientos en los eventos que se realicen durante el mes de Diciembre



OBLIGACION 7 Se asiste a capacitación previamente informada por Jefe de enfermería para socializar diferentes dudas sobre el cargue de informes.



Adriana Celis Rincon está mostrando...



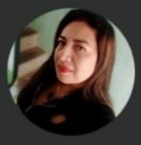
OBLIGACIÓN 1.	ACCIÓN	GESTIÓN	INSUMO	PERIODICIDAD
Realizar atención de primeros auxilios, dentro de los parques y escenarios del sistema distrital y de acuerdo con la necesidad, realizar activación de rutas de emergencia, garantizando la estabilidad de signos vitales del usuario dentro del parque o escenario	• Brindar una atención de primeros auxilios oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, Dentro de los escenarios	• Prestar el servicio, Identificar acciones,	• Formato de atención en salud primeros auxilios físico y en formato Google Forms	• Cada vez que se presente una situación de salud
	• Gestionar y acompañar al usuario en el proceso de admisión y traslado en ambulancia básica o medicalizada en casos de emergencia	• Llamar línea 123, y red de apoyo primaria, garantizar traslado a y egreso seguro de usuario		
	• Registrar de manera precisa y completa la información	• Medir • Clasificar • Identificar Atenciones en salud		



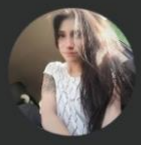
Adriana



Gloria



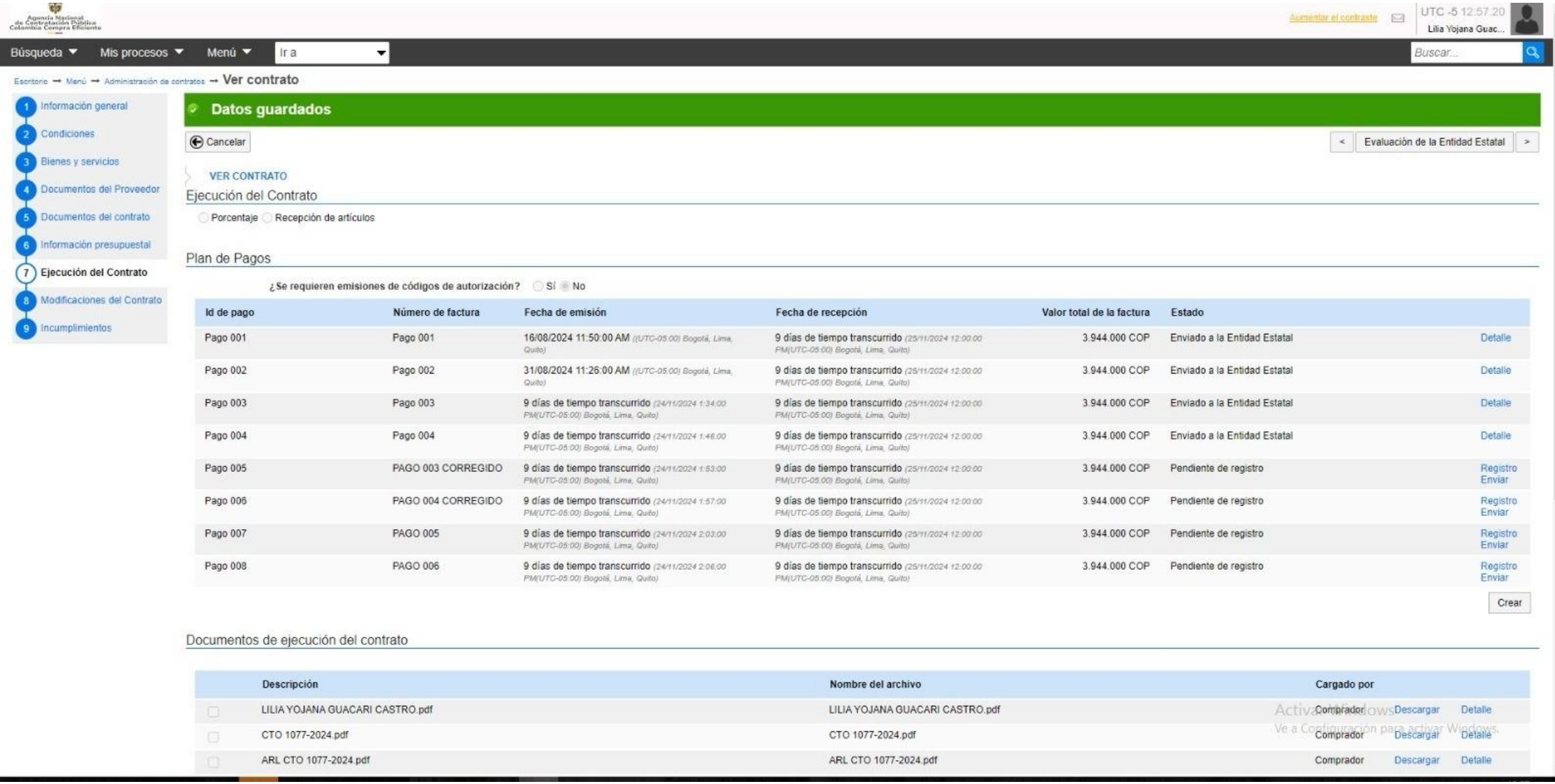
Tú



Fernanda

5 más

OBLIGACIÓN 9 Al obtener la firma por el supervisor en el informe se realiza cargue de este en la plataforma SECOP II



Pago 004	Pago 004	9 días de tiempo transcurrido *(24/11/2024 1:46:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(25/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.944.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	PAGO 003 CORREGIDO	9 días de tiempo transcurrido *(24/11/2024 1:53:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(25/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.944.000 COP	Pendiente de registro	Registro Enviar
Pago 006	PAGO 004 CORREGIDO	9 días de tiempo transcurrido *(24/11/2024 1:57:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(25/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.944.000 COP	Pendiente de registro	Registro Enviar
Pago 007	PAGO 005	9 días de tiempo transcurrido *(24/11/2024 2:03:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(25/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.944.000 COP	Pendiente de registro	Registro Enviar
Pago 008	PAGO 006	9 días de tiempo transcurrido *(24/11/2024 2:06:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(25/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.944.000 COP	Pendiente de registro	Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO.pdf	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO 1077-2024.pdf	CTO 1077-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL CTO 1077-2024.pdf	ARL CTO 1077-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de mayo cto 1077 de 2024.pdf	Informe de mayo cto 1077 de 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO CTO 1077 de 2024.pdf	INFORME JUNIO CTO 1077 de 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	IDRD-CTO-1077-2024 JULIO.pdf (Archivado)	IDRD-CTO-1077-2024 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	IDRD-CTO-1077-2024 AGOSTO.pdf (Archivado)	IDRD-CTO-1077-2024 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME SEPTIEMBRE CTO-1077-2024 (Archivado)	IDRD-CTO-1077-2024 (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME DE ACTIVIDADES MES OCTUBRE CTO-1077-2024.pdf (Archivado)	INFORME DE ACTIVIDADES MES OCTUBRE CTO-1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JULIO CTO 1077-2024.pdf	INFORME JULIO CTO 1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME AGOSTO CTO 1077-2024.pdf (Archivado)	INFORME AGOSTO CTO 1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1077-2024.pdf (Archivado)	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME AGOSTO CTO 1077-2024.pdf	INFORME AGOSTO CTO 1077-2024...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1077-2024.pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1077-2024...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME OCTUBRE 1077-2024.pdf	INFORME OCTUBRE 1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME NOVIEMBRE CTO 1077-2024.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO 1077-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados