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.
04
FECHA DEL INFORME
31-07-2024

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
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-07-01 - 2024-07-31
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 julio se presta y se realiza la atención primeros auxilios con participantes de diferentes grupos de escenario Complejo Acuático, las cuales se presta 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 realizan rondas diarias por el escenario complejo acuático velando que nuestros usuarios realicen un adecuado uso y aprovechamiento de los espacios. Y haciendo siempre acompañamiento en el ingreso de los usuarios y competidores en el área de la piscina, apoyando en las diferentes actividades 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 recorrido y reuniones para realizar la verificación mensual de vigilancia de los extintores y botiquines del escenario, para verificar que todos los equipos estén en regla para así poder proceder a cualquier emergencia que pueda suceder.
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 durante competencia de aletas, llevado a cabo los días 12,13,14 de julio en el complejo acuático, verificando su cumplimiento con los parámetros ya que es un evento que cuanta con una alta complejidad. Se revisan puntos de primeros auxilios verificando que 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 realizan rondas por todo el complejo acuático teniendo en cuenta los siguientes factores: La probabilidad de que se produzca el riesgo La gravedad de las consecuencias del riesgo El número de personas que podrían verse afectadas por el riesgo Se realiza acompañamiento durante la realización de tareas de mantenimiento buscando evitar que los trabajadores realicen actos inseguros durante la ejecución de sus actividades laborales y de esta manera evitar accidentes.
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 reunión de presentación de personal de salud y seguridad en el trabajo, y presentación de enfermeras
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 la administración sobre correos, peticiones, quejas o reclamos relacionados a el área de primeros auxilios en el mes de julio.
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
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato	

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 Archivo Anexo

4. ANEXOS

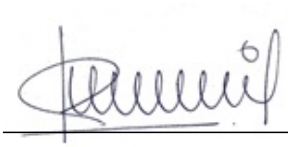
Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias 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 2024-08-05

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.

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

							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	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	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

BITACORA DE ACTIVIDADES PARQUE

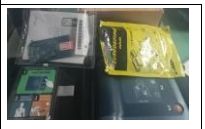
NOMBRE DEL PARQUE: COMPLEJO ACUATICO 12-1000

INFORME No: 3

FECHA: 30/07/2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No CONTRATO Y FECHA: 1077-2024

FECHA	FUNCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
Lunes 1 de julio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 2 de julio de 2024	Se realiza primeros auxilios por laceracion en pierna izquierda y torcedura en pie derecho a Cristian Estupiñan.	
Miercoles 3 de julio de 2024	Revision de DEAS, para cambio de parches vencidos.	
Jueves 4 de julio de 2024	Se realiza seguimiento y medidas de seguridad por arreglos de focos de pasillos del escenario.	

Viernes 5 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento articular y muscular para inicio de actividades al grupo paralimpico.	
Sabado 6 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento en foso.	
Domingo 7 de julio de 2024	Se realiza atencion de primeros auxilios a Alejandro Zapata de club azul profundo, por cansacion muscular y fatiga.	
Lunes 8 de julio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 9 de julio de 2024	Se asiste a reunion al IDRD, con lider y jefes de enfermeria.	
Miercoles 10 de julio de 2024	Se brinda capacitación al grupo de salva vidas de grupo de la mañana sobre toma de signos vitales y aclaracion de dudas.	
Jueves 11 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento al grupo azul profundo junto con el docente Gustavo en piscina semi olimpica.	
Viernes 12 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento a competencia de aletas, con grupo medico externo, se realiza atencion de primeros auxilios a Matias posada y Alba gonzales.	
Sabado 13 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento a competencia de aletas, con grupo medico externo, se realiza atencion de primeros auxilios a Martin Gomez por laceracion en dedos de pie en el acompañamiento de piscina para niños .	
Domingo 14 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento a competencia de aletas, con grupo medico externo y atencion de primeros auxilios y acompañamiento en piscina para niños.	

Lunes 15 de julio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**

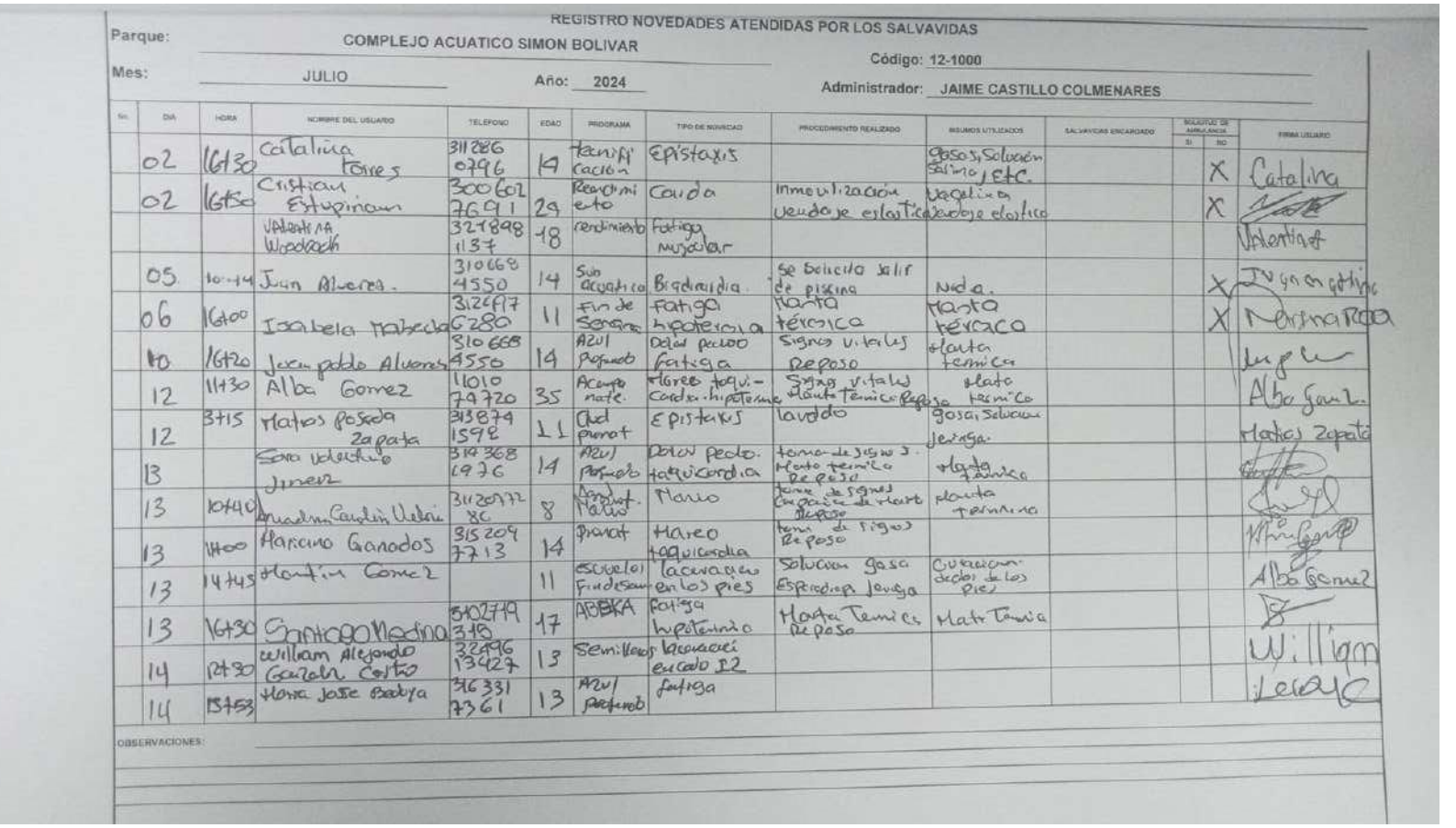
Martes 16 de julio de 2024	Visita de Jefe de enfermeria (Adriana Celis) en el escenario y se realiza atencion de primeros auxilios a Sandra Betancurt por laceracion en talon.	
Miercoles 17 de julio de 2024	Se realiza apertura en enfermeria Norte con implementos que se encuentran en el escenario, y atencion de primeros auxilios a Alejandra Beltran por raspadura en rodilla.	
Jueves 18 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en el entrenamiento.	
Viernes 19 de julio de 2024	Escenario cerrado por racionamiento de agua	**N/A**
Sabado 20 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento al grupo de escuela de fin de semana	
Domingo 21 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en clase de buceo con el docente Pedro perez grupo medusas.	
Lunes 22 de julio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 23 de julio de 2024	Se realiza formato de seguimiento de extintores.	**N/A**
Miercoles 24 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en entrenamiento de natación.	**N/A**
Jueves 25 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en calentamiento para ingreso a piscina a grupo de paraolimpicos.	**N/A**

Domingo 28 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento como auxiliar de primeros auxilios en piscina para niños.	**N/A**
Lunes 29 de julio de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
Martes 30 de julio 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**
Viernes 26 de julio de 2024	Se realiza acompañamiento en nado sincronizado.	**N/A**
Sabado 27 de julio 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

OBLIGACION1



REGISTRO NOVEDADES ATENDIDAS POR LOS SALVAVIDAS

Parque: COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR — Código: 12-1000

Mes: JULIO — Año: 2024 — Administrador: JAIME CASTILLO COLMENARES

No.	DIA	HORA	NOMBRE DEL USUARIO	TELEFONO	EDAD	PROGRAMA	TIPO DE NOVEDAD	PROCEDIMIENTO REALIZADO	INSUMOS UTILIZADOS	SALVAVIDAS ENCARGADO	SOLICITUD DE AMBULANCIA SI	SOLICITUD DE AMBULANCIA NO	FIRMA USUARIO
	02	16:30	Catalina Torres	311286 0796	19	Tecnificación	Epistaxis		Gasas, Solución Salina, etc.			X	Catalina
	02	16:50	Cristian Estupiñan	300602 7691	29	Reacondicionamiento	Caida	Inmovilización cuello de estatica	Vaselina cuello de elastico			X	
			Valentina Woodcock	324898 1137	18	rendimiento	Fatiga muscular						Valentina
	05	10:14	Juan Alvarez.	310668 4550	14	Sub acuatico	Bradicardia.	se solicita salir de piscina	Nada.			X	Juan Gutiérrez
	06	16:00	Isabela Habeych	312ff7 6280	11	Fin de Semana	Fatiga hipotermia	Manta térmica	Manta térmica			X	Marina Roa
	10	16:20	Juan pablo Alvarez	310668 4550	14	AZUL Profundo	Dolor pecho Fatiga	Signos vitales Reposo	Manta termica				Juan
	12	11:30	Alba Gomez	11010 79720	35	Acompañante.	Mareo taquicardia hipotermia	Signos vitales Manta Termica Reposo	Manta termica				Alba Gomez.
	12	3:15	Matias Posada Zapata	313879 1598	11	Club Parot	Epistaxis	Taponamiento	Gasas, Solucion Jeringa.				Matias Zapata
	13		Sara Valentina Jimenez	314368 6976	14	AZUL Profundo	Dolor pecho taquicardia	Toma de signos y. Manta termica Reposo	Manta termica				
	13	10:40	Anadelm Carolin Uribe	311207 72 8C	8	Aqua Natio.	Mareo	Toma de signos Compañia de mama Reposo	manta termica				
	13	11:00	Mariana Granados	315 209 7713	14	Piranat	Mareo taquicardia	Toma de Signos Reposo					
	13	14:45	Martina Gomez		11	Escuela Fundesan	Lacerasion en los pies	Solucion gasa Esparadrapo Jeringa	Curacion dedos de los pies				Alba Gomez
	13	16:30	Santiago Medina	3102719 319	17	ABBKA	Fatiga hipotermia	Manta Termica Reposo	Manta Termica				
	14	12:30	William Alejandro Garzon Cotto	324916 13427	13	Semilleros	Laceracion cuero I2						William
	14	15:53	Maria Jose Badoya	316331 7361	13	AZUL Profundo	fatiga						

OBSERVACIONES:

REGISTRO NOVEDADES ATENDIDAS POR LOS SALVAVIDAS

COMPLEJO ACUATICO SIMON BOLIVAR

IO **Año:** 2024 **Código:** 12-1000

Administrador: JAIME CASTILLO COLMENARES

E DEL USUARIO	TELEFONO	EDAD	PROGRAMA	TIPO DE NOVEDAD	PROCEDIMIENTO REALIZADO	INSUMOS UTILIZADOS	SALVAVIDAS ENCARGADO
Betacourt	310 854 57 11	13	AZUL Profundo	Herida en talon lacerada	limpieza cubrimiento	Gasas Micropore	
ra Beltran		36	LNB	Raspadura rodilla derecha	Limpieza curacion	Gasas, Cinta Solucion Salina	Sergio Paez
Rodriguez	300 725 9948	17	Semana Santa 2000	Epistaxis	limpieza	Gasas, Guantes Solucion salina	
Neutci		34	Pronat	inflamacion pie	Vendaje FISO	venda FISI	Incluso
Restrepo	314 390 38 22.	14	ALB	hipotension	Alimento hiper calo mas monto Tprincil	manti tami	Incluso

OBLIGACION 3

Si no maneja consecutivo coloque N.A.

BOGOTÁ

ACTA No. | COMITÉ/REUNIÓN:

DD	MM	AA
16	07	2024

LUGAR: Complejo Acuatico SB HORA DE INICIO: 2:00 pm HORA FIN:

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Adriana Celis Rincón	Coordinacion Enfermiz	Admon Escenarios y Parque
Lilia Yoana Guacon Castro	Auxiliar Enfermeria	complejo acuatico Simón Bolivar

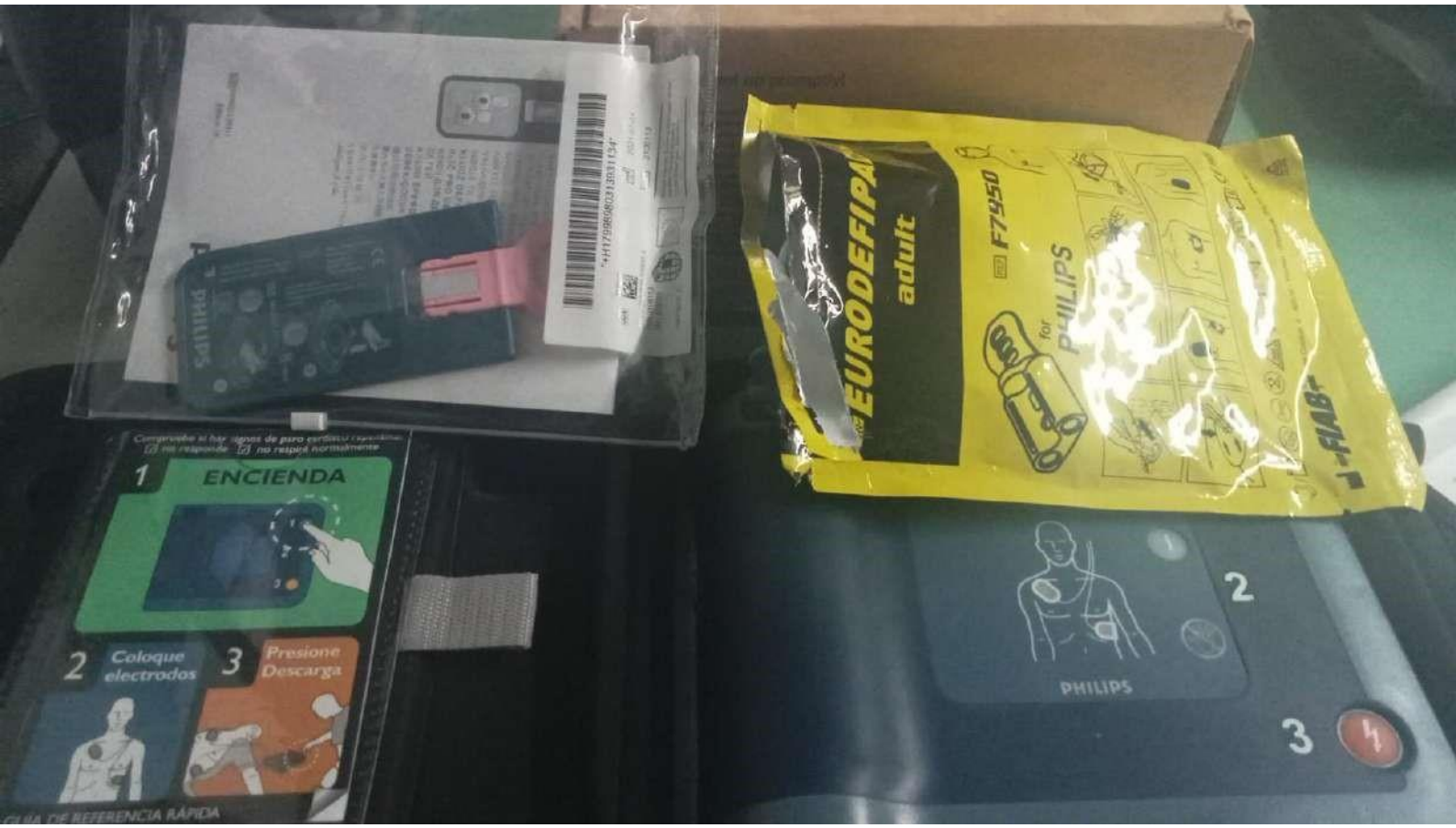
ORDEN DEL DIA

1. Horario Necesidad Parque
2. Revision Ruta Des, Primeros Aux.
3. Consultorios
4. Extintores
5. Ruta Evacuación
6. Revisión Botiquines, Señalización

TEMAS TRATADOS

1 Formato Extintores
2 Formato Dotacion primeros Auxilios
3 Formato Cadena Custodia de Des y Botiquines
4 Revisión Implentación Consultorio
5 Disposición de Desechos conexos Guardianes y ruta


BOTIQUÍN
PRIMEROS AUXILIOS

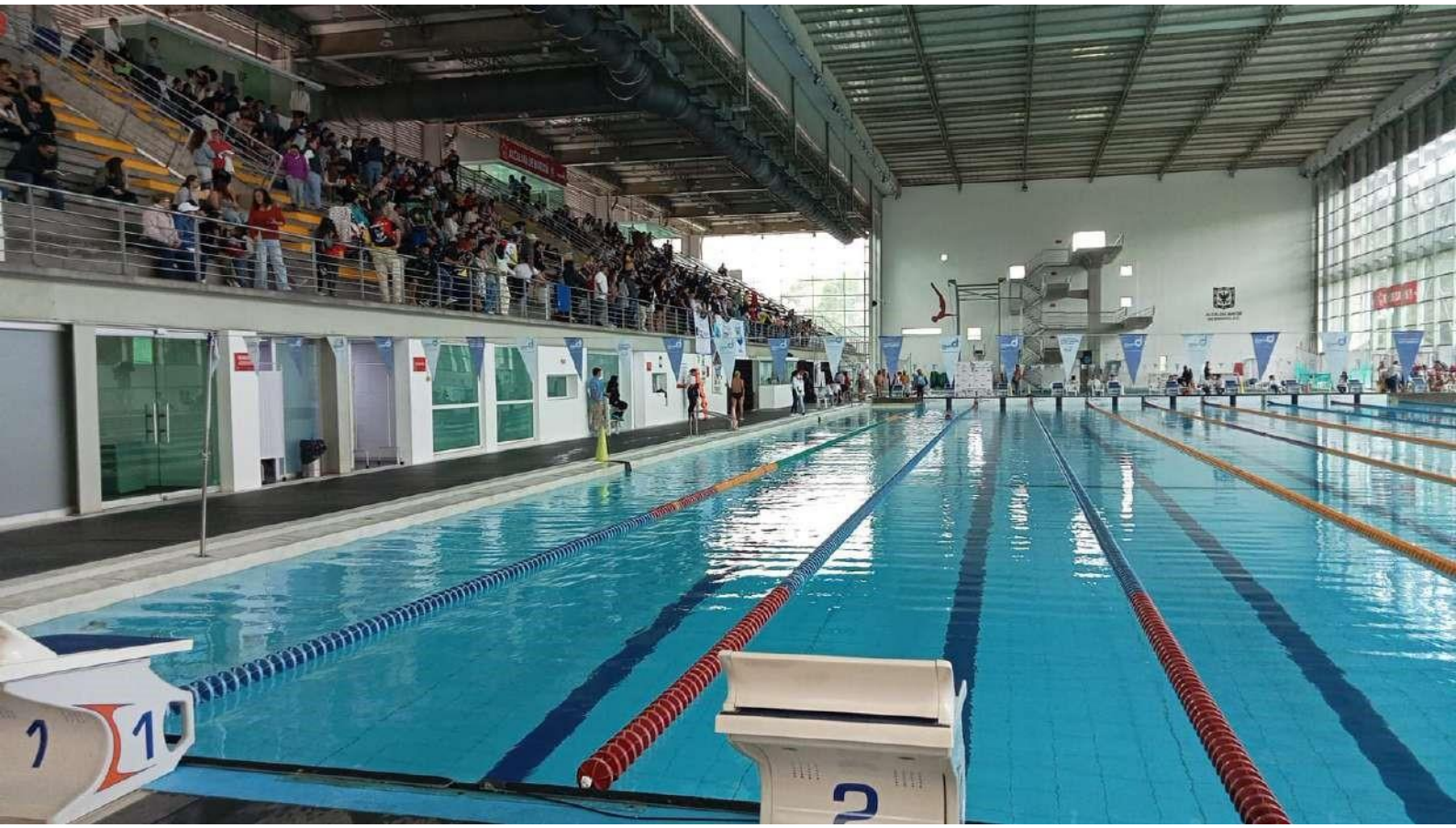

ENCIENDA
Coloque electrodos
Presione Descarga
EURODEFIPA
adult
F7950
for PHILIPS
PHILIPS


HEARTSTART
DEFIBRILLATOR
PHILIPS

OBLIGACION 4



OBLIGACION 5




BOTIQUÍN
APH
APH


JUEZ

OBLIGACION 7



OBLIGACION 9

