	INSTITUTO DE CULTURA Y TURISMO DE MANIZALES GESTIÓN JURÍDICA INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	Código PA-GJ-FO-29 Versión 1

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
NÚMERO DEL CONTRATO:	**2402116**		
OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTAR EL SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN DEL INSTITUTO DE CULTURA Y TURISMO COMO ORGANISMO DE SOCORRO PARA BRINDAR LOS PRIMEROS AUXILIOS PREHOSPITALARIOS A LAS PERSONAS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADAS EN SU VISITA A LOS ESCENARIOS TURISTICOS QUE INTEGRAN LA RED DE ECOPARQUES Y QUE ESTEN A CARGO DEL INSTITUTO, Y EN LOS EVENTOS A CARGO DE LA ENTIDAD CUYA DURACIÓN NO SUPERE UN DIA".		
CONTRATANTE:	INSTITUTO DE CULTURA Y TURISMO DE MANIZALES - PAULA LONDOÑO VALLEJO		
CONTRATISTA:	GRUPO ESPECIAL DE RESCATE GER JUAN PABLO JIMENEZ ARBELAEZ	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**	Nit #800058823 CC 10.276.432 Manizales
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Luz Adriana Bernal Arias	**CARGO:**	Secretaria S.G.
FECHA DE INICIO:	Febrero 6 de 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	Marzo 31 de 2024

DATOS DEL INFORME			
MENSUAL:		**FINAL:**	X
INFORME No:	**1**	**PERIODO DEL INFORME:**	Febrero 6 al 29 de 2024
VALOR DEL CONTRATO:	$12.927.200) DOCE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE (IVA INCLUIDO)	**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:**	Febrero 29 de 2024
VALOR ADICIÓN (Si aplica):		**N/A**	

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES GENERALES

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES	**MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE**	**N/A**	**NÚMERO DE PLANILLA:**	**N/A**
	Pago Aporte al Sistema de Salud:		**N/A**	
	Pago Aporte al Sistema de Pensiones:		**N/A**	
	Pago Aporte a la ARL:		**N/A**	

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES (Personas Jurídicas):	**SI**	**X**	**NO**	
FACTURA O CUENTA DE COBRO:	**SI**	**X**	**NO**	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

OBLIGACIÓN DEL CONTRATO	RESULTADO (Describir detalladamente el cumplimiento de cada obligación, sin limitarse a indicar "se cumplió")	SOPORTE DOCUMENTAL O DIGITAL (Si la obligación requiere ser soportada con evidencia, se debe describir)

OBLIGACIÓN 01. **Prestar el servicio de primeros auxilios a las personas que acuden al Bosque Popular el Prado, Ecoparque los Yarumos, y al Ecoparque Alcázares Arenillo que así lo requieran, de lunes a sábado inclusive domingos y festivos con 1 paramédico, y con ambulancia permanente los días domingos.**	Se presto a cabalidad el servicio de primeros auxilios oportuna y eficazmente a las personas que lo requirieron, el reporte de la enfermería Es el siguiente: **Bosque popular el prado** Febrero 03 2024 15:25 Paciente: María Rubiela Arcila quintero Edad: 65 años Documento: 34056459 Teléfono: 3008148601 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería en compañía de familiar el cual refiere que se encontraba jugando al puente está quebrado y se cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientada, con mareo y nauseas con contusión en región occipital se valora en enfermería y se recomienda consultar a la eps se retira en compañía de familiar, paciente sin más estigmas de trauma. **Bosque popular el prado** Febrero 11 2024 17:00 Paciente: Santiago Cardona molina Documento: 1053806478 Telefono:3104109682 Diagnóstico: paciente el cual se encontraba por la zona media jugando futbol y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, en posición sedente en piso con luxación en olecranon con evidente deformidad se inmoviliza con cristaFlex se da recomendación de ir a eps, signos vitales en parámetros normales sin más traumas evidentes se traslada en carro particular en compañía de un amigo. **Bosque popular el prado** Febrero 11 2024 17:00 Paciente: juan esteban Cardona Documento: 1053810515 Edad: 19 años Diagnóstico: paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta en la pista de dow hill el cual pierde el control y cae de la misma a la	Se adjunta registro fotográfico

	valoración paciente consciente, alerta, orientado, en posición con posible fractura de radio, extremidad superior izquierda, edema, crepitación, se valora en el lugar, se inmoviliza con crista flex y se dan recomendaciones se traslada en carro particular hacia su eps, paciente sin más estigmas de trauma. **Bosque popular el prado** Febrero 16 2024 08:38 Paciente: juan ángel franco Edad: 17 años Documento: 1441314420 Diagnóstico: paciente quien llega al puesto de enfermería en compañía de compañero de colegio quienes refieren estaban en una actividad escolar y le cae una piedra en el dedo, paciente consciente, alerta y orientado tercio distal de 3 dedo de extremidad superior derecha, con hematoma sub ungueal sin sangrado activo, se realiza limpieza se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar al servicio de urgencias. **Bosque popular el prado** piscina recreativa Febrero 18 2024 11:15 Paciente: juan José rivera Hernández Edad: 09 años Eps: salud total Diagnóstico: inmersión: paciente el cual se encuentra en bipedestación, alerta consciente, orientado en compañía de su familia los cuales afirman que el niño se encontraba nadando y en un descuido el niño se dirige hacia la parte más profunda de la piscina sufriendo allí inmersión por pocos segundos el niño es retirado de allí por el salvavidas, se valora en el lugar y se encuentra en buenas condiciones generales y se dan recomendaciones a su mamá y queda en compañía de ella paciente sin más estigmas de trauma. **Bosque popular el prado** Febrero 18 2024 13:36 Paciente: Luciana Arango Ocampo	

	Edad: 11 años Documento: 3147266519 Diagnóstico: paciente la cual se encontraba practicando bicicleta dentro del parque didáctico y cae al arribo paciente consciente, alerta, orientado, con posible fractura de olecranon extremidad superior derecha, edema, deformidad, crepitación, se valora en el lugar se inmoviliza con cartón y crista flex y se dan recomendaciones se traslada en carro particular hacia su eps paciente sin más estigmas de trauma. **Bosque popular el prado** Febrero 18 2024 15:35 Paciente: Ana lucia Gonzales de romero Edad: 80 años Documento: 24290478 Diagnóstico: paciente la cual se encontraba caminando con su mascota y tropieza cayendo desde su propia altura, al arribo paciente consciente, alerta, orientada con abrasión en labio superior, herida abierta labio inferior izquierdo, interna, abrasión pómulo extremidad superior derecha, se valora en el vehículo, se realiza curación, se recomienda consultar a su eps paciente sin más estigmas de trauma. **Bosque popular el prado** piscina recreativa Febrero 18 2024 Paciente: María Elizabeth Cardona Mosquera Edad: 10 años Eps: 1056129912 *Diagnóstico: paciente la cual refiere que* se encontraba nadando y se queda sin aire y con opresión en pecho, su familia manifiesta que los labios estaban cianóticos. Al arribo paciente consciente, alerta, orientado, con disnea, se valora en el sitio, se traslada hacia la enfermería y se toman signos vitales, se estabiliza y se dan recomendaciones a su papá. **Bosque popular el prado** Febrero 23 2024 12:00	

	Paciente: Melody Isabela López Henao Edad: 10 años Diagnóstico: paciente en compañía de coordinadora de colegio quienes entran a enfermería informando que se siente mal, al momento consciente, alerta, orientado, hiperventilada refiere sensación de parestesias en ambas extremidades superiores, se realiza toma de glucometria 135mg/dl ya que refiere haber perdido conocimiento por un poco de tiempo, paciente quien se estabiliza, se dan recomendaciones de hidratación ya que se encontraban haciendo esfuerzo físico intenso, paciente quien refiere sentirse bien, se retira en compañía de coordinadora. **Bosque popular el prado** Febrero 24 2024 10:30 Paciente: Ángel tomas Giraldo Villada Edad: 14 años Teléfono: 3001564818 Diagnóstico: caída de ciclista Paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta por la pista de dow hill, el cual refiere que en un salto por esquivar un árbol tropieza y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado en posición decúbito supino con trauma en cresta iliaca extremidad inferior izquierda, con movilidad reducida, se inmoviliza en el lugar en camilla tipo fel y se traslada en la ambulancia del ger hacia su eps paciente sin más estigmas de trauma evidentes.	
OBLIGACIÓN 02. **Valorar, estabilizar y trasladar (cuando se requiera) a los pacientes a los centros de atención médica.**	Bosque popular el prado Febrero 24 2024 10:30 Paciente: Ángel tomas Giraldo Villada Edad: 14 años Teléfono: 3001564818 Diagnóstico: caída de ciclista Paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta por la pista de dow hill, el cual refiere que en un salto por esquivar un árbol tropieza y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado en posición	

	de cúbito supino con trauma en cresta iliaca extremidad inferior izquierda, con movilidad reducida, se inmoviliza en el lugar en camilla tipo fel y se traslada en la ambulancia del ger hacia su eps paciente sin más estigmas de trauma evidentes.	
OBLIGACIÓN 03. **Contar con los equipos indispensables para la prestación del servicio de manera óptima: Botiquines, Camillas de lona, y Miller, Inmovilizadores, Collarines cervicales, Oxigeno portable, Tensiómetro, Fonendoscopio, ambulancia etc.**	Los equipos se encuentran disponibles en la sede de la enfermería dentro del Bosque Popular y en la ambulancia	
OBLIGACIÓN 04 **Prestar el servicio de manera itinerante y disponer de ambulancia desde la sede, en caso de ser requerido, para la valoración, estabilización y traslado de pacientes en caso de urgencia durante los siete días de la semana, en el Monumento a los Colonizadores.**	La ambulancia se encuentra estacionada de manera permanente en el Bosque popular a disposición donde sea requerida	
OBLIGACIÓN 05 **Prestar los servicios de primeros auxilios en los eventos programados por el Instituto de Cultura y Turismo, cuya duración sea de un día.**	No se requirio en el período	
OBLIGACIÓN 06 **Prestar el servicio en el horario establecido, en los sitios, eventos y momentos que se requiera.**	Siempre se presta el servicio contratado *de acuerdo con lo requerido por la* entidad	
OBLIGACIÓN 07 **Llevar un registro interno de las atenciones realizadas que no hayan generado afectaciones de consideración en la salud del paciente.**	Se lleva de Manera consecutiva los registros	Se adjunta registros
OBLIGACIÓN 08 **Realizar un registro de las diferentes acciones realizadas a los pacientes, en la prestación de los servicios de salud en general, y sin excepción en la atención prehospitalaria.**	Se lleva de Manera consecutiva los registros	Se adjuntan formatos
OBLIGACIÓN 09. **Entregar al Instituto de Cultura y Turismo los informes de la labor ejecutada, haciendo una descripción detallada de las actividades realizadas de acuerdo al objeto del contrato, y en el cual deberá anexar una copia del Formulario de atención prehospitalaria de los pacientes atendidos.**	Con la entrega del presente informe se cumple a cabalidad con esta obligación	

NOTA: Para contratos con presupuesto desagregado se deberá presentar balance financiero, donde se relacionen los gastos derivados de la ejecución del mismo.

REGISTRO FOTOGRÁFICO: A continuación, se anexa el registro fotográfico de las obligaciones desarrolladas, susceptibles de evidenciarse, describiendo a que obligación pertenece:

OBLIGACIÓN 1:




G.E.R.
AMBULANCIA
G.E.R.
CALDAS
M.4
T.A.B.








G.E.R.
CALDAS
G.E.R.
AMBULANCIA

OBLIGACION 7 Y 8

G.E.R.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO: 18-02-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO: 1336 | HORA ARRIBO AL SITIO:

CONDUCTOR AMBULANCIA: _____ PLACAS MOVIL: _____
PERSONAL DE ASISTENCIA: Katherine franco CARGO: AUX enfermeria
PERSONAL DE ASISTENCIA: _____ CARGO: _____
DIRECCIÓN DEL EVENTO: Bosque popular (parque didactico frente) RURAL ○ • URBANO ⊗

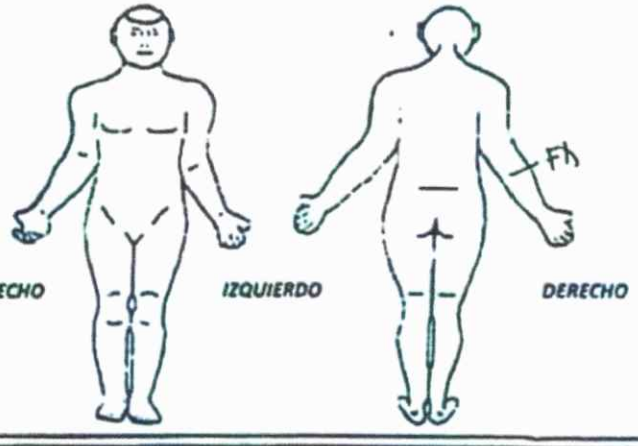
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO: arango 2DO. APELLIDO: ocampo NOMBRES: luciano
DOC. IDENTIDAD: — EDAD: 11 TELÉFONO: 3147266510
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO: Cuerpo bomberil QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO: _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	⊗ Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Conversiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	○ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual se encontrada montando bicicleta dentro del parque didactico y cae al arribo paciente consciente, alerta, orientado con posible fractura de olecranon epicondilo superior derecho, edema, deformidad, crepitacion se valora en el lugar se inmoviliza con carton y cristofix y se dan recomendaciones se traslada en carro particular hacia su eps, paciente sin mas signos de riesgo.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC: 70	FV: 18	T/A: 123/80
SPO2: 95%	T°: —	GLUCOMETRÍA: —

REFLEJOS	PUPILAS	PIEL
⊘ REF. PLANTAR	⊘ ISOCORIA	⊘ NORMAL
⊘ REF. FOTOMOTOR	○ ANISOCORIA	○ HUMEDA
⊘ REF. CONSENSUAL	○ MIOSIS	○ RUBICUNDEZ
⊘ REF. OCULAR	○ MIDRIASIS	○ CIANOSIS
	⊘ REACTIVAS	○ PALIDEZ

Powered by CamScanner

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
S	S	S	S	S

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA

15

15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Fenulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ R.C.C.P Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaríngea
- ◯ Cánula Nasofaríngea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laríngea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lt/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lt/min _____

NOTA

NO

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE
- ◯ MULTIGESTANTE
- ◯ ABORTO
- ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO
- ◯ NACIDO MUERTO
- ◯ PREMATURO
- ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomiendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO Alejandra Ocampo Gomez

FIRMA Alejandra Ocampo G DOC IDENTIDAD X 1053845098

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

Powered by CamScanner

G.R.U.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE URABÁ
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3713 DE 1984
NIT 800 055 833-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700107547

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | X POS

REPORTE APH No

DÍA - MES - AÑO 18-02-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 15:35 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Kathy Restrepo Salgado CARGO Auxiliar

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ○ • URBANO ●

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Gonzales 2DO. APELLIDO De Lemos NOMBRES Luis

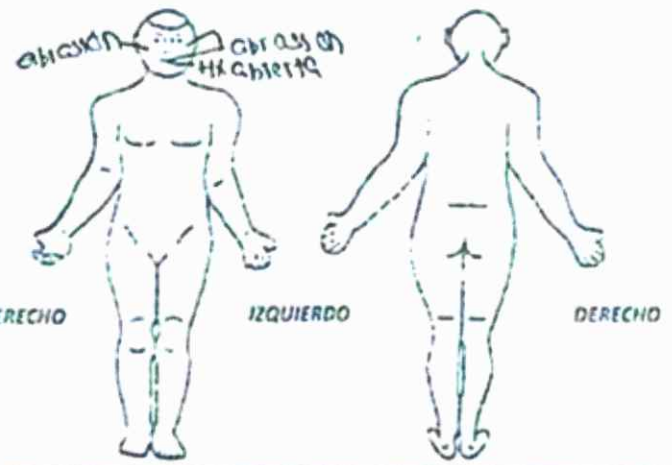
DOC. IDENTIDAD 24.20.478 EDAD 80 TELEFONO 315 5031597

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO Familia QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	● Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Convulsiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	○ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual se encontro caminando con la mascota y refiere caerda desde su propia altura al suelo paciente consciente alerta orientada con abrasion en labio superior, herida abierta labio inferior izquierdo interna, abrasión parpado derecho se valora paciente en su domicilio se realiza curación y se recomienda consultar paciente sin mas signos de trauma.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC	FV	T/A
SPO2	T°	GLUCOMETRÍA

REFLEJOS
- ⊘ REF. PLANTAR
- ⊘ REF. FOTOMOTOR
- ○ REF. CONSENSUAL
- ○ REF. OCULAR

PUPILAS
- ⊘ ISOCORIA
- ○ ANISOCORIA
- ○ MIOSIS
- ○ MIDRIASIS
- ⊘ REACTIVAS

PIEL
- ⊘ NORMAL
- ○ HUMEDA
- ○ RUBICUNDEZ
- ○ CIANOSIS
- ○ PALIDEZ

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	Ut (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	NO	NO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA

15

15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaringea
- ◯ Cánula Nasofaringea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laringea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R. Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lx/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lx/min _____

NOTA

NO

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE
- ◯ MULTIGESTANTE
- ◯ ABORTO
- ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO
- ◯ NACIDO MUERTO
- ◯ PREMATURO
- ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO X Jhon faber cardona C.

FIRMA X Jhon f.C.C. DOC IDENTIDAD X 1053774018

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

G.E.R.S.A.
GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE SALUD
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3013 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 18-02-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 15:35 | HORA ARRIBO AL SITIO 15:36

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherine Blanco CARGO Auxiliar de enfermería
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
DIRECCIÓN DEL EVENTO Barrio popular piscina recreativa RURAL ○ • URBANO ⊗

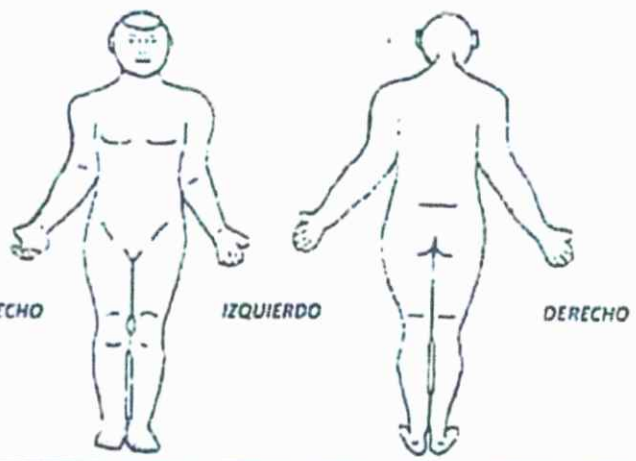
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO cardona 2DO. APELLIDO mosquera NOMBRES María elizabeth
DOC. IDENTIDAD 1056129917 EDAD 10 TELEFONO _____
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO salvavidas piscina QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO salvavidas

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

○ Accidente en Vehículo	○ Lesión con Arma Blanca	○ Aplastamiento	○ Crisis Respiratoria
○ Accidente en Motocicleta	○ Inmersión	○ Amputación	○ Intento Suicida
○ Peatón Atropellado	○ Proyectil de Arma de Fuego	○ Síncope	⊗ Enfermedad General
○ Accidente Casero	○ Caída	○ Lipotimia	○ Intoxicación(Sustancia)
○ Accidente Callejero	○ Quemadura	○ Crisis Convulsiva-Convensiva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	⊗ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual refiere que se encontraba nadando y se queda sin aire y con opresión en pecho su familia manifiesta que los labios estaban cianoticos al arribo paciente consciente, alerta, orientada con disnea, se ubicado en el sitio se traslada hacia la enfermería y se toman signos vitales se estabiliza y se dan recomendaciones a los papás

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 76	FV 18	T/A 123/80
SPO2 93%	T —	GLUCOMETRÍA —

REFLEJOS
⊘ REF. PLANTAR
⊘ REF. FOTOMOTOR
⊘ REF. CONSENSUAL
⊘ REF. OCULAR

PUPILAS
⊘ ISOCORIA
○ ANISOCORIA
○ MIOSIS
○ MIDRIASIS
⊘ REACTIVAS

PIEL
⊘ NORMAL
○ HUMEDA
○ RUBICUNDEZ
○ CIANOSIS
○ PALIDEZ

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
S	S	S	S	S

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE

VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontánea
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA: 15/15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- ◯ Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ◯ Inmovilización con Collarín Cervical
- ◯ Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ◯ Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ◯ Camina a La Ambulancia
- ◯ Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Orofaríngea
- ◯ Cánula Nasofaríngea
- ◯ Int. Endotraqueal
- ◯ Máscara Laríngea

SUMINISTRO DE OXIGENO

- ◯ Cánula Nasal Lt/min _____
- ◯ B.V.M. Lt/min _____
- ◯ B.V.M.R. Lt/min _____
- ◯ Venturi Lt/min _____
- ◯ Mascara simple Lx/min _____
- ◯ Mascara reservorio Lx/min _____

NOTA

100

GESTANTE

- ◯ PRIMIGESTANTE ◯ ABORTO
- ◯ MULTIGESTANTE ◯ SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO

- ◯ NACIDO VIVO ◯ HORA NACIMIENTO _____
- ◯ NACIDO MUERTO ◯ SEXO _____
- ◯ PREMATURO

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a sí mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

NOMBRE TESTIGO [illegible] _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1.20.331.782

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

G.E.R.
GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERIA JURÍDICA 2013 DE 1585
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (X) | OTROS

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO: 24-02-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO: 10:30 | HORA ARRIBO AL SITIO: 10:40

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA: Katherin Franco Salgado CARGO: Aux enfermería

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO _____ RURAL ( ) • URBANO (X)

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO: Giraldo | 2DO. APELLIDO: Collado | NOMBRES: Angel Jonas

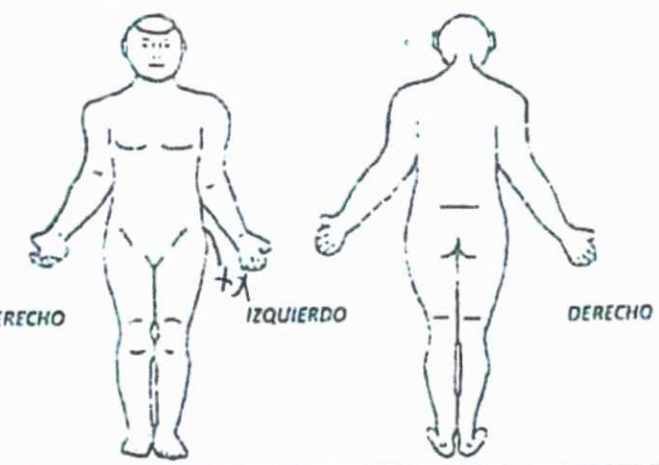
DOC. IDENTIDAD: — | EDAD: 14 | TELÉFONO: 3001564512

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO: Usuario | QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO: —

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

( ) Accidente en Vehiculo	( ) Lesión con Arma Blanca	( ) Aplastamiento	( ) Crisis Respiratoria
( ) Accidente en Motocicleta	( ) Inmersión	( ) Amputación	( ) Intento Suicida
( ) Peatón Atropellado	( ) Proyectil de Arma de Fuego	( ) Síncope	( ) Enfermedad General
( ) Accidente Casero	(X) Caída	( ) Lipotimia	( ) Intoxicación(Sustancia)
( ) Accidente Callejero	( ) Quemadura	( ) Crisis Convulsiva-Conversiva	( ) Gestante
( ) Accidente Laboral	( ) Mordedura-Picadura	( ) Crisis Cardiovascular	( ) Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta por la pista de downhill, el cual refiere que en un salto lo cogió un árbol traje z6 y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado en posición decubito supino con trauma en cresta iliaca izquierda, con movilidad reducida se inmoviliza en el lugar en camilla tipo fel y se traslada en la ambulancia del gcr hacia su eps paciente sin mas traumas aparentes

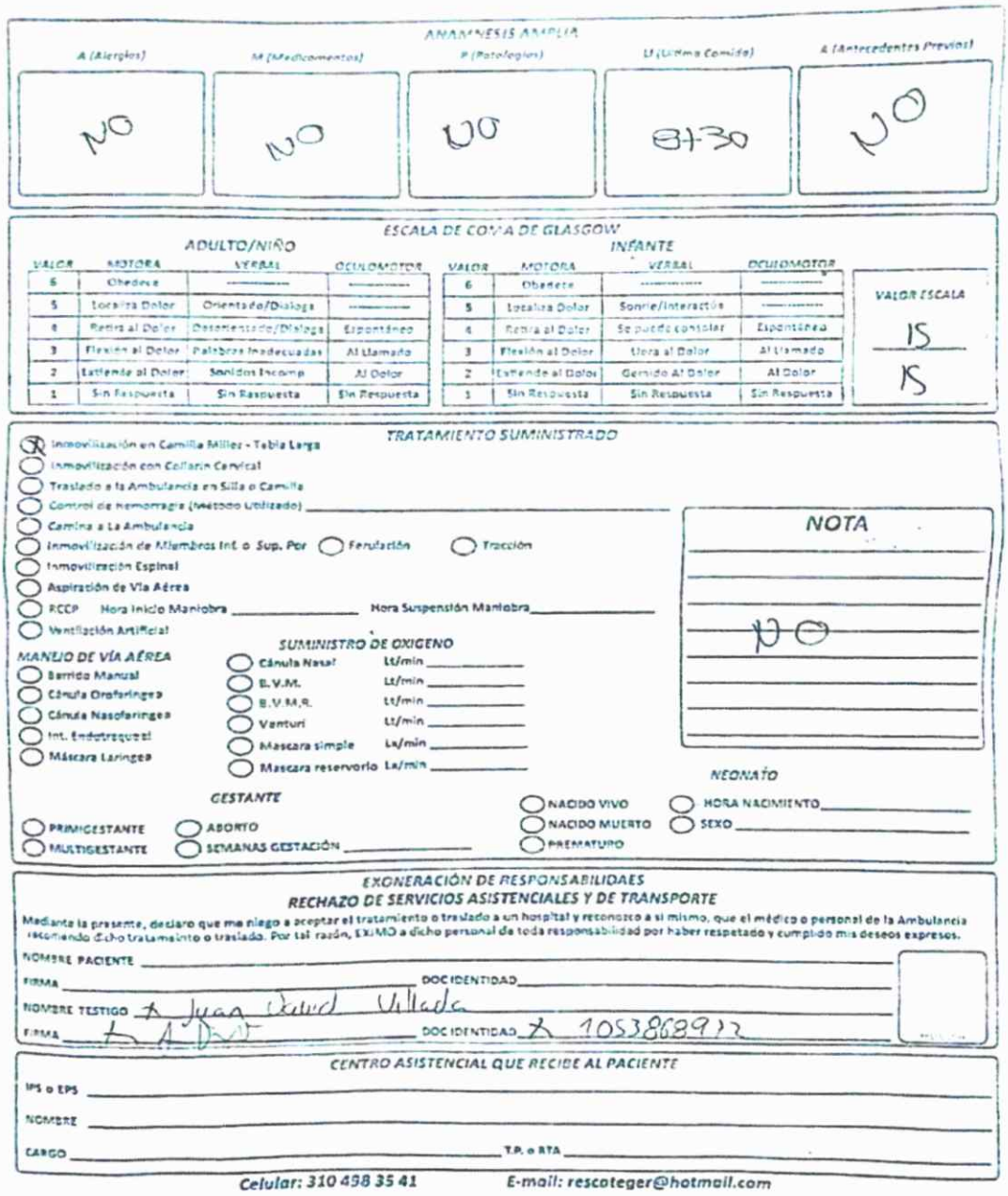
ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC: 75	FV: 18	T/A: 123/80
SPO2: 95%	T°: —	GLUCOMETRÍA: —

REFLEJOS
- (X) REF. PLANTAR
- ( ) REF. FOTOMOTOR
- ( ) REF. CONSENSUAL
- ( ) REF. OCULAR

PUPILAS
- (X) ISOCORIA
- ( ) ANISOCORIA
- ( ) MIOSIS
- ( ) MIDRIASIS
- (X) REACTIVAS

PIEL
- (X) NORMAL
- ( ) HUMEDA
- ( ) RUBICUNDEZ
- ( ) CIANOSIS
- ( ) PALIDEZ



ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	8:30	NO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO/NIÑO VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Orientado/Dialoga	----------
4	Retira al Dolor	Desorientado/Dialoga	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras Inadecuadas	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

INFANTE VALOR	MOTORA	VERBAL	OCULOMOTOR
6	Obedece	----------	----------
5	Localiza Dolor	Sonríe/Interactúa	----------
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontánea
3	Flexión al Dolor	Llora al Dolor	Al Llamado
2	Extiende al Dolor	Gemido Al Dolor	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA: 15 / 15

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- (X) Inmovilización en Camilla Miller - Tabla Larga
- ( ) Inmovilización con Collarín Cervical
- ( ) Traslado a la Ambulancia en Silla o Camilla
- ( ) Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ( ) Camina a La Ambulancia
- ( ) Inmovilización de Miembros Inf. o Sup. Por ( ) Fenulación ( ) Tracción
- ( ) Inmovilización Espinal
- ( ) Aspiración de Vía Aérea
- ( ) RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ( ) Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA
- ( ) Barrido Manual
- ( ) Cánula Orofaringea
- ( ) Cánula Nasofaringea
- ( ) Int. Endotraqueal
- ( ) Máscara Laringea

SUMINISTRO DE OXIGENO
- ( ) Cánula Nasal Lt/min _____
- ( ) B.V.M. Lt/min _____
- ( ) B.V.M.R. Lt/min _____
- ( ) Venturi Lt/min _____
- ( ) Mascara simple Lt/min _____
- ( ) Mascara reservorio Lt/min _____

NOTA: NO

GESTANTE
- ( ) PRIMIGESTANTE
- ( ) MULTIGESTANTE
- ( ) ABORTO
- ( ) SEMANAS GESTACIÓN _____

NEONATO
- ( ) NACIDO VIVO
- ( ) NACIDO MUERTO
- ( ) PREMATURO
- ( ) HORA NACIMIENTO _____
- ( ) SEXO _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAES
RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un hospital y reconozco a si mismo, que el médico o personal de la Ambulancia recomendo dicho tratamiento o traslado. Por tal razón, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE _____
FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____
NOMBRE TESTIGO Juan David Villada
FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1053868912

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____
NOMBRE _____
CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 458 35 41 E-mail: rescateger@hotmail.com

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	
NOMBRE CONTRATISTA:	GRUPO ESPECIAL DE RESCATE GER / JUAN PABLO JIMENEZ ARBELAEZ
FIRMA DEL SUPERVISOR:	
NOMBRE SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA BERNAL ARIAS