Alcaldía de Manizales	**PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO** **GESTIÓN JURÍDICA** **INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
NÚMERO DEL CONTRATO:	**2402116**		
OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTAR EL SERVICIO DE APOYO A LA GESTIN 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 – hoy PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S.		
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
FECHA DE INICIO:	Febrero 03 de 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	Abril 30 de 2024

DATOS DEL INFORME			
MENSUAL:	**X**	**FINAL:**	
INFORME No:	**2**	**PERIODO DEL INFORME:**	Marzo 1 al 31 de 2024
VALOR DEL CONTRATO:	$12.927.200) DOCE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE (IVA INCLUIDO)	**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:**	Abril 03 de 2024
VALOR ADICIÓN (Si aplica):		**$6.463.600**	

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**		**NO**	**X**
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. 1.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** MARZO 05 2024 Paciente: María Camila Mejía Giraldo Edad: 29 años Documento: 1053835586 Diagnóstico: paciente la cual se encontraba caminando por la zona alta la cual es sorprendida por un canino, el cual la golpea bruscamente y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientada, con posible fractura de malévolo extremidad inferior derecha, se inmoviliza y se dan recomendaciones. Desiste del traslado en ambulancia. MARZO 10 2024 14:30 Paciente: juan diego pineda cano Edad:16 años Documento: 1097497483 Teléfono: 3113170763 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería refiriendo que se encontraba en la pista de de dow hill montando en su bicicleta el cual pierde el control de la misma y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado,con abrasiones varias en extremidad superior se valora en enfermería y se realiza curación se dan recomendaciones. MARZO 10 2024 15:10 Paciente: José Leonardo Londoño Cortez Edad: 38 años Documento: 75105936 Teléfono: 3113147546 Diagnóstico: paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta en la pista de dow hill el cual refiere que pierde el control de la misma y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, con abrasión en extremidad inferior derecha	Se adjunta registro fotográfico

	y herida abierta en rotula extremidad inferior dese afronta herida y se realiza curación. MARZO 16 2024 12:35 Paciente: juan esteban Díaz Edad: 15 años Documento: 1055755179 Teléfono: 3218258786 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería refiriendo que se encontraba montando en su bicicleta el cual pierde el control de la misma y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, con abrasiones varias en extremidad superior derecha e izquierda, herida abierta olecranon extremidad superior derecha, quemadura por fricción extremidad superior izquierda, se valora en enfermería se realiza curación, se afrontan heridas y se dan signos y síntomas de alarma, paciente sin más estigmas de trauma. MARZO 24 2024 14:35 Paciente: juan pablo Giraldo Barreto Edad: 20 años Documento:1002635617 Telefono:3053973946 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería en compañía de su familia los cuales refieren que el paciente sufre de ataques epilépticos y que al momento presenta síntomas de ausencia, a la valoración paciente con ausencia epiléptica se recuesta en camilla a los pocos segundos se evidencia crisis convulsiva con una duración de 20 segundos cada una, se toman signos vitales y se traslada en la ambulancia del ger hacia la clínica san Marcel en compañía de familiar. MARZO 28 2024 10:50 Paciente: Daniel Felipe Jiménez Holguín Edad: 27 años Documento: 1053850162 Telefono:3146324797	

	Diagnóstico: paciente el cual se acerca a la enfermería en compañía de familia manifestando que se encuentra mareado y con nauseas, luego de realizar deporte, a la valoración paciente saturando 70%con una frecuencia cardiaca de 60 glucometria de 100 y presión arterial de 150/60 mmhg se ingresa a enfermería y se le indica reposo con elevación de extremidades luego de 15 minutos se realiza nuevamente toma de signos vitales spo2 96% frecuencia cardiaca: 70 presión arterial: 99/80 mmhg manifiesta que siempre maneja presiones bajas ya que es deportista de alto rendimiento, paciente que no requiere traslado se le brindar recomendaciones.	
Obligación 02. Valorar, estabilizar y trasladar (cuando se requiera) a los pacientes a los centros de atención médica.	Bosque popular el prado MARZO 24 2024 14:35 Paciente: juan pablo Giraldo Barreto Edad: 20 años Documento:1002635617 Telefono:3053973946 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería en compañía de su familia´ los cuales refieren que el paciente sufre de ataques epilépticos y que al momento presenta síntomas de ausencia, a la valoración paciente con ausencia epiléptica se recuesta en camilla a los pocos segundos se evidencia crisis convulsiva con una duración de 20 segundos cada una, se toman signos vitales y se traslada en la ambulancia del ger hacia la clínica san Marcel en compañía de familiar. .	
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 el Prado	
Obligación 05 Prestar los servicios de primeros auxilios en los eventos programados por el Institu Cultura y Turismo, cuya duración sea de un día.		

Obligación 06 Prestar el servicio en el horario establecido, en los sitios, eventos y momentos que se requiera.		
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 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:

ANAMNESIS

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Última Comida)	A (Antecedentes Previos)
DIPIRONA medio de contraste	acido valproico hidroxicina fenobarbital mesalazina rivaroxaban atorvastatina pregabalina	cargas epilepticos	12h00	S

ESCALA DE [illegible]

ADULTO/NIÑO

	ANALGESIA	VERBAL	OBSERVACIÓN
6	Glasgow		
5	[illegible]	Orientado/Conversa	
4	Somnolencia	Palabras desorganizadas	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Palabras inadecuadas	Al Llamado
2	Extensión al Dolor	Sonidos Incomp.	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

RECIÉN NACIDO

	ANALGESIA	VERBAL	OBSERVACIÓN
6	Glasgow		
5	Localiza Dolor	Llanto/Irritable	
4	Retira al Dolor	Quejido	Espontáneo
3	Flexión al Dolor	Llora al Tacto	Al Llamado
2	Extensión al Dolor	Gemidos al Tacto	Al Dolor
1	Sin Respuesta	Sin Respuesta	Sin Respuesta

VALOR ESCALA: _____

TRATAMIENTO SUMINISTRADO

- (X) Inmovilización en Cánula Rígida + Tabla Espinal
- ( ) Inmovilización con Collarín Cervical
- ( ) Traslado a la Ambulancia en Silla de Ruedas
- ( ) Control de Hemorragia (Método Utilizado) _____
- ( ) Traslado a la Ambulancia
- ( ) Inmovilización de Miembros Inferiores Superiores ( ) Férulas ( ) Tracción
- ( ) Inmovilización Espinal
- ( ) Aspiración de Vía Aérea
- ( ) RCP 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

_____

GESTANTE

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

NEONATO

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

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

RECHAZO DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y DE TRANSPORTE

Mediante la presente, declaro que me niego a aceptar el tratamiento y traslado a un hospital y [illegible] que el médico o personal de la Ambulancia recomiende dicho tratamiento o traslado. Por el hecho, EXIMO a dicho personal de toda responsabilidad por no haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

NOMBRE PACIENTE JUAN PABLO GUERRERO BORRERO

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1002635617

NOMBRE TESTIGO BEATRIZ CASTAÑEDA

FIRMA Beatriz Castañeda DOC IDENTIDAD 24316832

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE EL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ FIRMA _____

Celular: 310 [illegible] 3541 E-mail: [illegible]@hotmail.com

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO
PERSONERIA JURIDICA 3613 DE 1994
NIT 830.053.123-1 - CAMARA DE COMBINACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (X) | OTROS

REPORTE APH No.

DIA - MES - AÑO 21-05-2021 | HORA DE SOLICITUD DEL SERVICIO 14:35 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin riasco salgado CARGO AUX enfermeria

DIRECCION DEL EVENTO Bosque popular el prado RURAL ( ) URBANO (X)

DATOS DEL PACIENTE

1er. APELLIDO Criado 2DO. APELLIDO barreto NOMBRES Juan pablo

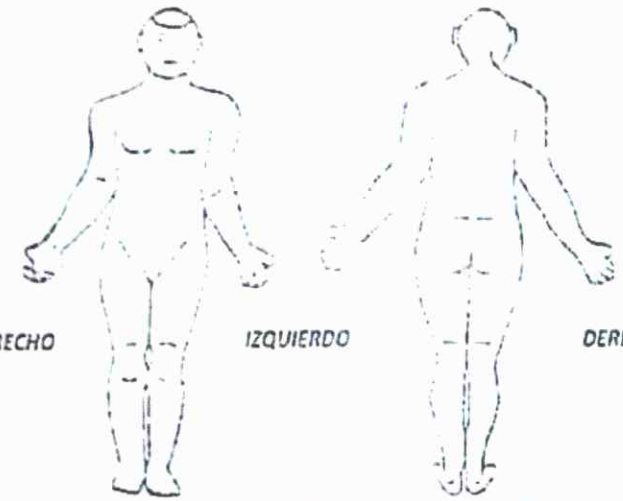
No. IDENTIDAD 1002635617 EDAD 20 años TELEFONO 3053973946

EN SOLICITO EL SERVICIO _____ 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	( ) Sincope	( ) Enfermedad General
( ) Accidente Casero	( ) Caida	( ) Lipotimia	( ) Intoxicación(Sustancia)
( ) Accidente Callejero	( ) Quemadura	(X) Crisis Convulsiva-Conversiva	( ) Gestante
( ) Accidente Laboral	( ) Mordedura-Picadura	( ) Crisis Cardiovascular	( ) Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

Paciente el cual ingresa al servicio de enfermeria en compañia de su familia los cuales refieren que el parente sufre de crisis convulsiva y que le iba a dar un episodio a paciente se recuesta en camilla y se presencia crisis convulsiva con una duración de 20seg cada una se traslada en la ambulancia del qet hacia la clinica san marel.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE - SIGNOS VITALES

FC 120	FV 19	T/A ___
SPO2 97%	T° ___	GLUCOMETRÍA ___

REFLEJOS	PUPILAS	PIEL
(X) REF. PLANTAR	( ) ISOCORIA	(X) NORMAL
(X) REF. FOTOMOTOR	( ) ANISOCORIA	( ) HUMEDA
(X) REF. CONSENSUAL	( ) MIOSIS	( ) RUBICUNDEZ
(X) REF. OCULAR	( ) MIDRIASIS	( ) CIANOSIS
	( ) REACTIVAS	(X) PALIDEZ

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	LI (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 ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

NOTA

DO

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 _____

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 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 Jose leonardo londoño

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 75103736

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

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 CARIBE
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO
PERSONERIA JURIDICA 3011 DE 1984
NIT 800.058 823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 10-03-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 1510 | HORA ARRIBO AL SITIO 1510

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Gabriela Blanco CARGO Auxiliar de enfermería

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ○ • URBANO ○

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Cantillo 2DO. APELLIDO Cortes NOMBRES Jose Leonardo

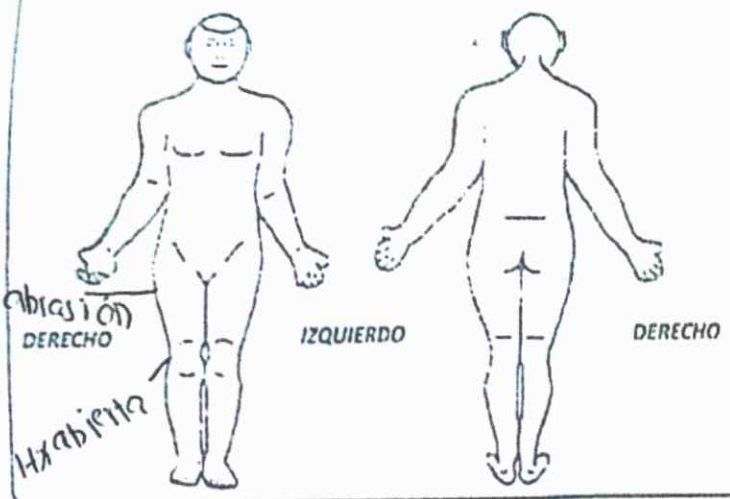
DOC. IDENTIDAD 7510597936 EDAD 38 TELÉFONO 3113147546

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO _____ 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	○ Sincope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	⊘ Caida	○ 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 pedaleando en su bicicleta en la pista de downhill el cual refiere que fue el control de la misma y cae a la valoración paciente consciente, alerta atento orientado con abrasión en extremidad inferior derecha y herida abierta en tercio extremidad inferior derecha se valora en enfermería, se curación herida y se realiza curación.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 70	FV 18	T/A 120/80
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

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	LI (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	1230	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 ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Oroferingea
- ◯ 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

_____

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 Juan Diego Piedra Cano

FIRMA X Juan Diego P DOC IDENTIDAD X 1094497483

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

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

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	LI (Última Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	1230	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 ◯ Ferulación ◯ Tracción
- ◯ Inmovilización Espinal
- ◯ Aspiración de Vía Aérea
- ◯ RCCP Hora Inicio Maniobra _____ Hora Suspensión Maniobra _____
- ◯ Ventilación Artificial

MANEJO DE VÍA AÉREA

- ◯ Barrido Manual
- ◯ Cánula Oroferingea
- ◯ 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

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 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 Juan Diego Piaeta Cano

FIRMA X Juan Diego P DOC IDENTIDAD X 1094497483

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

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.C.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3311 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 10-03-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO 14130 | HORA ARRIBO AL SITIO 14130

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Fabian franco salgado CARGO AUX enfermeria

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular pista dow hill RURAL ○ • URBANO ⊗

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO pineda 2DO. APELLIDO cano NOMBRES juan diego

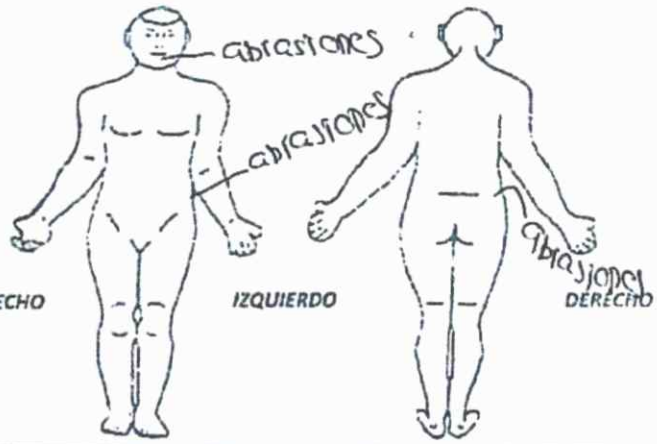
DOC. IDENTIDAD 1077497483 EDAD 16 TELÉFONO 3173170763

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO paciente 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 el cual ingresa al servicio de enfermeria refiriendo que se encontraba en la pista de dow hill montando bicicleta y cae. a la valoracion paciente lucido, alerta, orientado con abrasiones y cortes en extremidad superior se valora en enfermeria se realiza asepsia y se dan recomendaciones.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC	FV	T/A
SPO2	T°	GLUCOMETRÍA

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

ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	LI (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	12+30	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 ◯ 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 X Maria Camila Mejia Giald

FIRMA X _____ DOC IDENTIDAD X 1053835586

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

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 CAIDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.058.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO: 05 - 03 - 2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO: 15:00 | HORA ARRIBO AL SITIO: 15:10

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Isabella Lopez CARGO Aux enfermeria

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO BPP zonas verdes RURAL ○ • URBANO ●

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Mejia 2DO. APELLIDO Arraida NOMBRES Maria camila

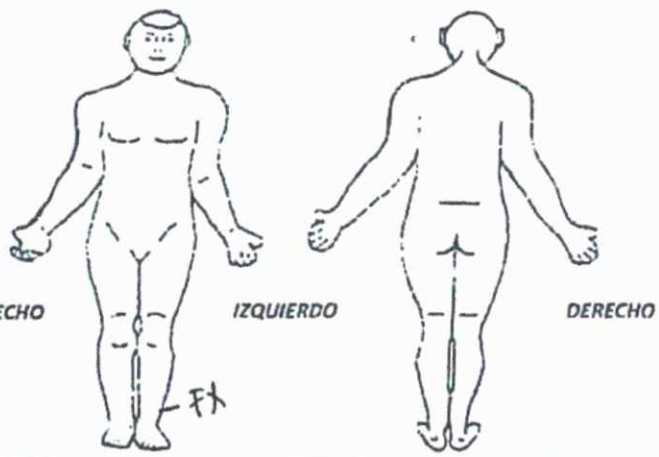
DOC. IDENTIDAD 1053833566 EDAD 29 TELÉFONO _____

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO vigilante 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	○ Sincope	○ Enfermedad General
○ Accidente Casero	○ Caida	○ 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 encontraba caminando por la zona alta, la cual es sorprendida por un canino el cual la agarra bruscamente y cae a la valoracion paciente consciente, alerta, orientado con posible FX de maleolo entre medial inferior derecho se - inmoviliza y se dan recomendaciones de consultar, la paciente desiste del traslado en ambulancia.

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



G.E.R.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.059.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 05-03-2024 | HORA DE SOLCITUD DE SERVICIO 15:00 | HORA ARRIBO AL SITIO 15:10

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Isabella Flores CARGO Auxiliar
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
DIRECCIÓN DEL EVENTO BPP zonas verdes RURAL ○ • URBANO X

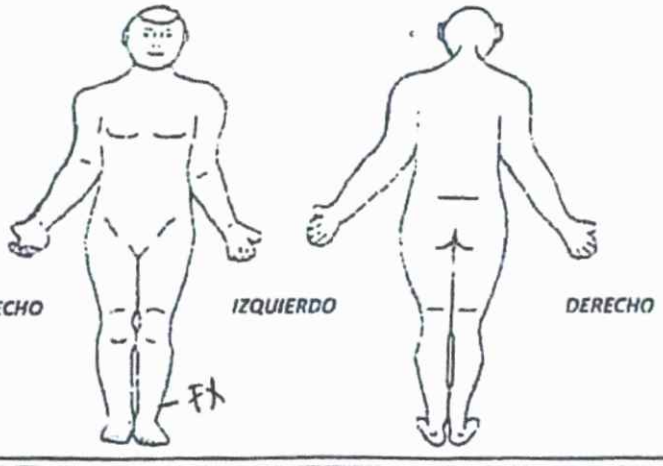
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Mejia 2DO. APELLIDO Arcila NOMBRES Maria camila
DOC. IDENTIDAD 1053831565 EDAD 29 TELÉFONO _____
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO usuario 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-Convers iva	○ Gestante
○ Accidente Laboral	○ Mordedura-Picadura	○ Crisis Cardiovascular	○ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual se encontraba caminando por la zona alta, la cual es sorprendida por un canino el cual la sopca bruscamente y cae a la valoración paciente consciente, alerta, orientado con posible FX de maleolo entre medial inferior derecho se - inmoviliza y se dan recomendaciones de consultar, la paciente desiste del traslado en ambulancia.

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








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


RESCATE







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