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 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 – 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:**	Asistente administrativo
FECHA DE INICIO:	Febrero 03 de 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	Abril 30 de 2024

DATOS DEL INFORME			
MENSUAL:		**FINAL:**	X
INFORME No:	3	**PERIODO DEL INFORME:**	Abril de 2024
VALOR DEL CONTRATO:	$12.927.200) DOCE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE (IVA INCLUIDO)	**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:**	Mayo 02 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**	**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** Abril 06 2024 15:00 Paciente: José Arbeláez Edad: 54 años Documento: 30277286 Eps: nueva eps diagnóstico: paciente el cual se encontraba practicando en su bicicleta en la pista de dow hill, quien tropieza y cae de la misma, a la valoración paciente consciente,alerta, orientado, con trauma en malévolo extremidad inferior izquierda, abrasiones en varias extremidades superiores izquierdas, derecha. Se dan recomendaciones Abril 07 2024 13:00 14+20 Paciente: Emiliano lombana Documento: 1053793836 Edad: 36 años Eps: Coomeva Dirección: cr7b#12a Diagnóstico: paciente el cual se encontraba jugando futbol con su familia en las zonas verdes y	Se adjunta registro fotográfico

	cae, a la valoración paciente consciente, alerta orientado, con posible fractura de radio extremidad superior derecha, se inmoviliza y se recomienda consultar a su Eps el paciente desiste del traslado en ambulancia y firma exoneración de responsabilidades Abril 07 2024 11:40 Paciente: patricia Moncada Edad: 39 años *Documento*: 24332867 Diagnóstico: paciente la cual refiere que se encontraba dentro del parque didáctico montando en su bicicleta y pierde el control de la misma y cae, a lavaloración paciente consciente, alerta orientada, con abrasiones varias en extremidad inferior derecha e izquierda se realiza curación y se dan recomendaciones. Abril 12 2024 12:00 Paciente: Adriana aristizabal Edad: 34 años *Documento*: 1054857293 Dirección: san Cayetano Diagnóstico: paciente la cual se encontraba caminando con su familia y tropieza en un adoquín y cae a la valoración paciente consciente, alerta, orientada con esguince en malévolo extremidad inferior izquierda se valora en el sitio y	

	se dan recomendación paciente sin más estigmas de trauma. Abril 14 2024 10:00 Paciente: María Camila Sepúlveda Edad: 36 años Documento: 75104689 Eps: sura Diagnóstico: paciente quien ingresa al servicio de enfermería refiriendo que se siente mareado, y con nauseas se toman signos vitales los cuales son Presión arterial:100/60 mmhg Frecuencia cardiaca: 65 px´ Se estabiliza en enfermería y se dan recomendaciones. Abril 21 2024 16:00 Paciente: Lina María estrada Edad: 15 años Documento: 1053673890 Eps: salud total Dirección: barrio sinai Diagnóstico: paciente la cual se encontraba jugando vóley ball y sufre herida abierta en 3 falange extremidad inferior izquierda se valora en enfermería se realiza curación y se dan recomendaciones. Abril 26 2024 14:00 Paciente: Bibiana Ortiz	

	Edad: 12 años Dirección: villa hermosa Eps: sura Diagnóstico: paciente la cual refiere que se encontraba jugando en los juegos infantiles pasamanos y cae sobre su brazo izquierdo refiriendo mucho dolor a la valoración paciente consciente, alerta, orientada con posible fractura de cubito se inmoviliza con crista flex y se dan recomendaciones a su familia los cuales la trasladan en carro particular a la clínica san Marcel. Tratamiento: se valora en enfermería y se realiza curación Abril 27 2024 11:00 Paciente: Felipe paez Edad: 07 años Eps: salud total Diagnóstico: paciente el cual ingresa a la enfermería refiendo que se encontraba jugando en los juegos infantiles y cae del mismo a la valoración paciente consciente, alerta, orientado con trauma en rotula extremidad inferior izquierda se valora y se dan recomendaciones.	
OBLIGACIÓN 02. Valorar, estabilizar y trasladar (cuando se requiera) a los pacientes a los centros de atención médica.	Se cumplió con esta obligación cuando me fue requerido	
OBLIGACIÓN 03.	Los equipos se encuentran disponibles en la sede de la	

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.	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 p Instituto de Cultura y Turismo, 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 llevan 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:






G.E.R.
RESCATE


G.E.R.
RESCATE

OBLIGACION 7 Y 8

G.E.R.
GRUPO ESPECIALIZADO DE RESCATE CALLEJERO
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.059.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | ~~OTROS~~

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 06-04-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 15:00 | HORA ARRIBO AL SITIO —

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin franco salgado CARGO AUX enfermeria

DIRECCIÓN DEL EVENTO _____ RURAL ○ URBANO (X)

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Calderiez 2DO. APELLIDO _____ NOMBRES Jose

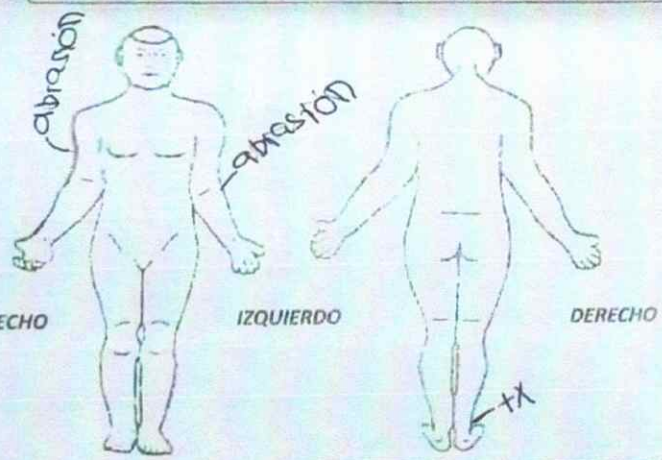
DOC. IDENTIDAD 30277286 EDAD 54 TELÉFONO —

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO comunidad 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	(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 en la pista de dow hill quien tropieta y cae de la misma, a la valoración paciente consciente, alerta orientado, con trauma en miembro extremidad inferior izquierda, abrasiones varias extremidad superior izquierda y derecha se valora en el sitio, se realiza curación y se dan recomendaciones.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 70	FV 16	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

G.E.R.

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.055.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 07-04-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 11+40 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin franco CARGO Aux enfermeria

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular el prado RURAL ◯ URBANO X

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO moncada 2DO. APELLIDO _____ NOMBRES patricia

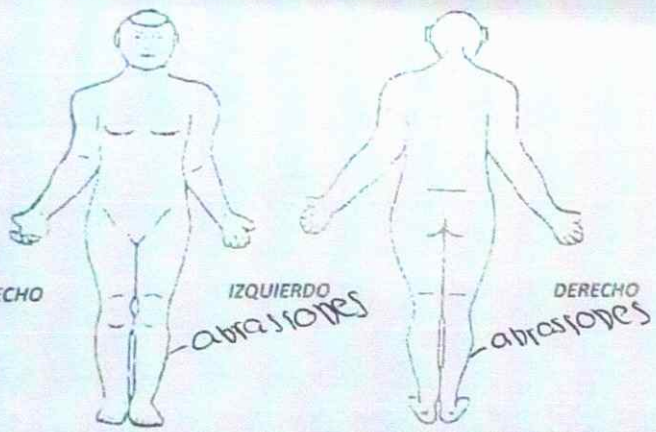
NOC. IDENTIDAD 24332867 EDAD 39 TELÉFONO _____

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	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 la cual refiere que se encontraba dentro del parque didactico montando en su bicicleta y pierde el control de la misma y cae, a la valoración paciente consciente alerta orientada con abrasiones varias en extremidad inferior derecha e izquierda se realiza curación y se dan recomendaciones.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 70	FV 18	T/A 120180
SPO2 95+	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 (Última Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	13h00	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	Espontaneo
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 ◯ 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.

HOMBRE PACIENTE Jose Alberto

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 30277286

HOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

HUELLA

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

HOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

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

G.C.R.

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1984
NIT 800.059.323-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 07-04-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 13:00 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin Ramos Salgado CARGO AUX ENFERMERIA

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular el Prado RURAL ○ URBANO X

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Lombana 2DO. APELLIDO _____ NOMBRES Emiliano

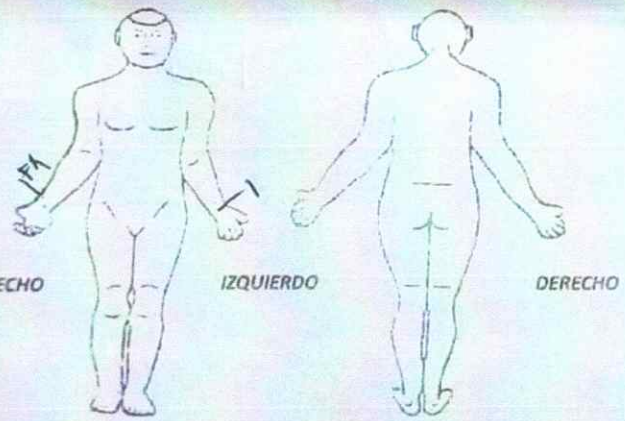
DOC. IDENTIDAD 1053773836 EDAD 36 TELÉFONO _____

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	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 jugando futbol con su familia en las zonas verdes y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado con posible fractura de radio extremidad superior derecha, se inmoviliza y se recomienda consultar a su eps. el paciente desiste del traslado en ambulancia y firma exoneración de responsabilidades.

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)	Ll (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	09+00	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	Sonrie/Interactúa	.....
4	Retira al Dolor	Se puede consolar	Espontaneo
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 Collarin 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 ◯ Ferulacion ◯ 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 Patricia Moncada

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 24332867

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

HUELLA

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

EPS o EPS _____

HOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

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

E.C.R.

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1934
NIT 800.055.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700103047

SOAT | TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO | OTROS X

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 12-04-2024 | HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 12400 | HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin franco salgado CARGO AUX enfermeria

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ○ URBANO X

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO aristizabal 2DO. APELLIDO _____ NOMBRES adriana

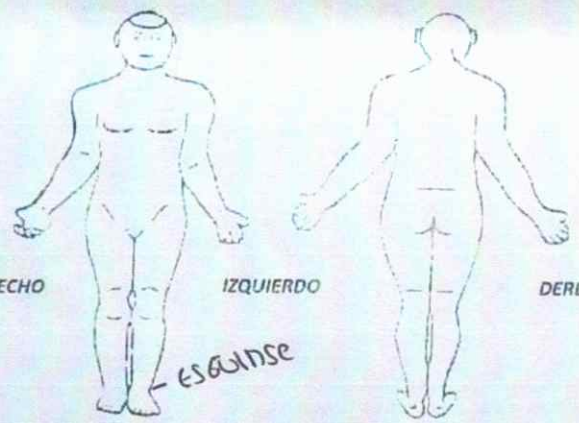
DOC. IDENTIDAD 1054852793 EDAD 34 TELÉFONO _____

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	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 la cual se encontra da caminando con su familia y tropieza en un adoquin y cae, a la valoracion paciente consci ente, alerta, orientado con esguinse en miembro inferior izqui erdo, se valora en el sitio y se dan recomenda ciones paciente sin mas estigmas de trauma.

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)	U (Ultima Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	12:00	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	Sonrie/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 Int. 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 Laríngea

SUMINISTRO DE OXIGENO

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

NOTA

NO

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 1053793836

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

HUELLA

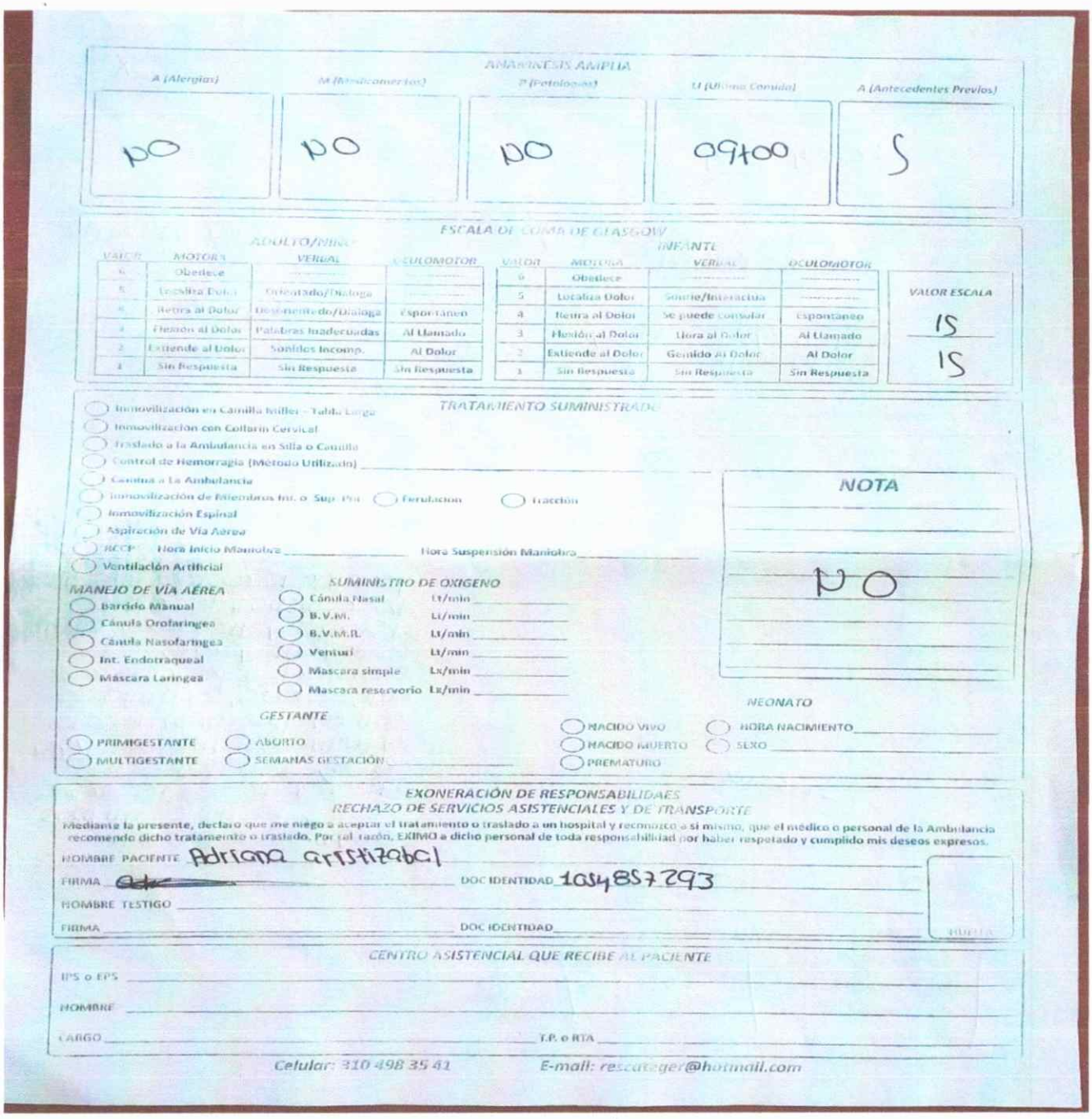
CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

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



ANAMNESIS AMPLIA

A (Alergias)	M (Medicamentos)	P (Patologías)	U (Última Comida)	A (Antecedentes Previos)
NO	NO	NO	09h00	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 ( ) Férulación ( ) 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

NO

GESTANTE

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

NEONATO

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

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES
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 Adriana Arbelaez

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD 1054857293

NOMBRE TESTIGO _____

FIRMA _____ DOC IDENTIDAD _____

HUELLA

CENTRO ASISTENCIAL QUE RECIBE AL PACIENTE

IPS o EPS _____

NOMBRE _____

CARGO _____ T.P. o RTA _____

Celular: 310 498 35 41 E-mail: rescategergmail.com

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

Recibido mayo 28/24 5:16 pm