

 PROMOTORA EVENTOS & TURISMO	PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		Código FO-20
	FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES		Versión 1

INFORMACIÓN DEL CONTRATO				
NÚMERO DEL CONTRATO:	2409400			
OBJETO DEL CONTRATO:	“PRESTAR EL SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA PROMOTORA DE EVENTOS 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 DE LA PROMOTORA, Y EN LOS EVENTOS A CARGO DE LA ENTIDAD CUYA DURACIÓN NO SUPERE UN DIA”.			
CONTRATANTE:	PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S			
CONTRATISTA:	GRUPO ESPECIAL DE RESCATE GER JUAN PABLO JIMENEZ ARBELAEZ	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	Nit #800059823-1 CC 10.276.432 Manizales	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Luz Adriana Bernal Arias	CARGO:	Auxiliar Administrativo S.G	
FECHA DE INICIO:	Septiembre 18 de 2024	FECHA DE TERMINACIÓN:	Septiembre 15 de 2025	
DATOS DEL INFORME				
MENSUAL:	X	FINAL:		
INFORME No:	06	PERIODO DEL INFORME:	Del 01/03/2025 al 31/03/2025	
VALOR DEL CONTRATO:	\$80.694.813.00	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:	Abril 1 de 2025	
VALOR ADICIÓN (Si aplica):		\$14.360.000		
CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
OBLIGACIONES GENERALES				
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	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

Dirección:
 Av. Alberto Mendoza Hoyos,
 KM 2, vía al Magdalena.
 Manizales, Caldas.

Correo Electrónico
 contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co
 Código Postal: 17001
 Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:
 Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
 de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.
 Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



PROMOTORA
EVENTOS &
TURISMO

PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES

Código
FO-20

Versión 1

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 No. 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.	<p>Se prestó a cabalidad el servicio de primeros auxilios oportuna y eficazmente a las personas que lo requirieron, el reporte de la enfermería para el período es el siguiente:</p> <p>MARZO 10 2025 08:54 Paciente: Juan Pablo Dosel Bravo Edad: 29 años Documento: 105343381 Diagnóstico: paciente quien se encuentra realizando deporte en la piscina se siente mal al intentar salir ,presenta lipotimia con pérdida del conocimiento la trasladan en fell hasta camilla, a la valoración paciente consciente, orientado, signos vitales en rangos normales, recupera temperatura, manifiesta sentirse mejor y refiere no dormir bien por trabajo se dan recomendaciones firma formato y se retira por sus propios medios.</p> <p>MARZO 16 2025 13:00 Paciente: Gabriela Martínez Díaz Edad: 15 años Documento:1201463577 Teléfono: 3165791803 Diagnóstico: paciente menor de edad con antecedentes de asma la cual ingresa al servicio de enfermería en compañía de familiares quienes manifiestan que la paciente presenta dificultad para respirar, paciente consciente, alerta, orientado con dificultad respiratoria de moderado esfuerzo paciente desaturada 78%no se realiza esquema con salbutamol ya que no lo trae con ella, se administra oxigeno bajo cánula nasal a 4 litros por minuto alcanzando saturación máxima 95% se retira paciente estable en compañía de familiares firma formato de exoneración de</p>	<p>Se adjunta registro fotográfico</p>

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



PROMOTORA
EVENTOS &
TURISMO

PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES

Código
FO-20

Versión 1

Responsabilidades.

MARZO18 2025 09:15

Paciente: María consuelo castro Giraldo

Edad: 63 años

Documento: 30278742

Diagnóstico: paciente la cual ingresa al servicio de enfermería la cual refiere que se encontraba practicando en su bicicleta dentro del parque didáctico y en una curva pierde el control de su bicicleta al estar el piso mojado y cae, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, con herida abierta en labio inferior, abrasión rotula extremidad inferior izquierda, se realiza limpieza se dan recomendaciones,

paciente sin más estigmas de trauma, se recomienda consultar a su eps se traslada en carro particular firma formato de exoneración de responsabilidades.

MARZO19 2025 11:40

Paciente: Alejandro Rodríguez rincón

Edad: 19 años

Documento: 1070590251

Teléfono: 3174925165

Diagnóstico: paciente masculino el cual se encontraba jugando futbol, refiere que al ir por el balón es picado por avispas, a la valoración paciente consciente, alerta, orientado el cual presenta múltiples picaduras en extremidades superiores, extremidades inferiores con edema, eritema, cuello con eritema se valora en enfermería se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran en parámetros normales se dan signos y síntomas de alarma, paciente el cual se retira en compañía de sus amigos paciente sin criterio de traslado firma exoneración de responsabilidades.

MARZO 22 2025 11:00

Paciente: Santiago parra

Edad: 09 años

Documento: 1027296141

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



PROMOTORA
EVENTOS &
TURISMO

PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES

Código
FO-20

Versión 1

Diagnóstico: paciente masculino el cual refiere que se encontraba jugando en las zonas verdes con su familia el cual resbala y cae sobre su brazo extremidad superior izquierda a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, con dolor en olecranon extremidad superior izquierda, edema, no crepitación, movilidad disminuida no deformidad aparente, se inmoviliza con crista Flex y su familia lo traslada a centro asistencial en carro particular para valoración médica, paciente sin más estigmas de trauma firma formato exoneración de responsabilidades.

MARZO 22 2025 16:45

Paciente: Alan Stewart Olarte

Edad: 11 años

Teléfono: 31316903510

Diagnóstico: paciente menor de edad el cual se encuentra en el complejo acuático fuera de la piscina olímpica en compañía de profesores de natación los cuales refieren que el paciente sufre herida abierta en 5 falange dedo del pie extremidad inferior izquierda los cuales se encuentran realizando control de hemorragia a la valoración paciente consciente, alerta, orientado, pálido con herida abierta de aproximadamente 4 cm el paciente manifiesta que se cortó con una baldosa de la piscina mientras nadaba se cubre herida con apósito y se traslada en carro particular hacia la clínica san Marcel con póliza del complejo acuático paciente sin más estigmas de trauma.

MARZO 23 2025 13:50

Paciente: Samara Marín Álvarez

Edad: 07 años

Documento: 10592009759

Diagnóstico: paciente menor de edad la cual se encontraba jugando en los juegos infantiles (pasamanos) la mamá refiere que cae del mismo, a la valoración paciente consciente, alerta, orientada En posición de cubito supino con posible fractura de radio

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

 <p>PROMOTORA EVENTOS & TURISMO</p>	<p align="center">PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</p> <p align="center">FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES</p>	<p align="right">Código FO-20</p> <p align="right">Versión 1</p>
---	--	--

	<p>extremidad superior derecha con movilidad disminuida deformidad a La palpación se valora en el sitio, se inmoviliza y se traslada en la ambulancia del Ger a su eps.</p> <p>MARZO 23 2025 15:40 Paciente: Juan Sebastián Ramírez Henao Edad: 26 años Documento: 1088354534 Diagnóstico: paciente el cual ingresa al servicio de enfermería en compañía de su familia, los cuales refieren que el paciente presenta dificultad para respirar el cual tiene antecedentes de neumonía, la mamá refiere que le toma la saturación de oxígeno y se la encuentra baja 78% refiere que le realiza la dosis de rescate y no mejora paciente consciente, alerta, orientado, con comisura labial cianótica, con dificultad para respirar, de moderado esfuerzo se suministra oxígeno bajo cánula nasal a 4 litros por minuto alcanzando saturación máxima de 95% se retira paciente estable en compañía de familiares se dan recomendaciones y firman formato de exoneración</p> <p>MARZO 24 2025 11:25 Paciente: Martín Bermúdez Sosa Edad: 08 años Documento: 1053857033 Diagnóstico: paciente menor de edad el cual se encontraba jugando balón, tropieza y cae sobre brazo derecho a la valoración paciente pálido refiere dolor a nivel de humero parte distal y en codo con dificultad al movimiento, no crépitos, no deformidad, se realiza inmovilización con crista Flex se dan recomendaciones de llevar a la EPS a valoración médica y toma de RX la abuela acepta y manifiesta llevarlo por sus propios medios firma formato aph.</p>	
--	--	--

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



PROMOTORA
EVENTOS &
TURISMO

PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S
PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES

Código
FO-20

Versión 1

OBLIGACIÓN No. 2

Valorar, estabilizar y trasladar (cuando se requiera) a los pacientes a los centros de atención médica.

En el período se requirió el traslado en ambulancia de paciente que se relaciona:

MARZO 23 2025 13:50

Paciente: Samara Marín Álvarez

Edad: 07 años

Documento: 10592009759

Diagnóstico: paciente menor de edad la cual se encontraba jugando en los juegos infantiles (pasamanos) la mamá refiere que cae del mismo, a la valoración paciente consciente, alerta, orientada En posición de cubito supino con posible fractura de radio extremidad superior derecha con movilidad disminuida deformidad a La palpación se valora en el sitio, se inmoviliza y se traslada en la ambulancia del Ger a su eps.

OBLIGACIÓN No. 3

Contar con los equipos indispensables para la prestación del servicio de manera óptima: Botiquines, Camillas de lona, y Miller, Inmovilizadores, Collarines cervicales, Oxígeno portable, Tensiómetro, Fonendoscopio, ambulancia etc.

Siempre cuento con los equipos necesarios para la prestación del servicio de primeros auxilios y ambulancia en caso de ser requerido, en todos los sitios y eventos indicados en el contrato

OBLIGACIÓN No. 4

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 disponible todos los días de la semana y los domingos de manera permanente.

Se adjunta evidencia
fotográfica

OBLIGACIÓN No. 5

Prestar los servicios de primeros auxilios en los eventos programados por la Promotora

Para el período se requirió el servicio en evento de la Promotora, así:

Se prestó el servicio en el Parque de la

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

 PROMOTORA EVENTOS & TURISMO	PROMOTORA DE EVENTOS Y TURISMO S.A.S PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	Código FO-20 Versión 1
---	--	------------------------------

de Eventos y Turismo, cuya duración sea de un día.	Mujer, el día 22 de marzo de 1.00 pm a 8.00pm con motivo del PRIMER ENCUENTRO DE MUJERES EN LA SALSA Y EMPREDEDORAS	
OBLIGACIÓN No. 6 Prestar el servicio en el horario establecido, en los sitios, eventos y momentos que se requiera	Siempre cumpla con la prestación de los servicios en los sitios, horarios y eventos que me fueron indicados por la entidad	
OBLIGACIÓN No. 7 Llevar un registro interno de las atenciones realizadas que no hayan generado afectaciones de consideración en la salud del paciente.	Los registros se llevan de manera consecutiva	
OBLIGACIÓN No. 8 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.	El registro se diligencia con los datos suministrados por el paciente y el diagnóstico y tratamiento sugerido por el paramédico de manera constante (Se adjuntan)	
OBLIGACIÓN No. 9 Entregar a la Promotora de Eventos 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.	Se hace entrega de informe del sexto período de ejecución del contrato	Se adjunta evidencia fotográfica
OBLIGACIÓN No. 10 Las demás inherentes al objeto contractual, así como las necesarias para su correcto desarrollo	Siempre estoy atento a cualquier indicación que se me hiciera por parte de la entidad a través de la supervisión	

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

Obligaciones 1 y 2

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co
Código Postal: 17001
Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.
Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

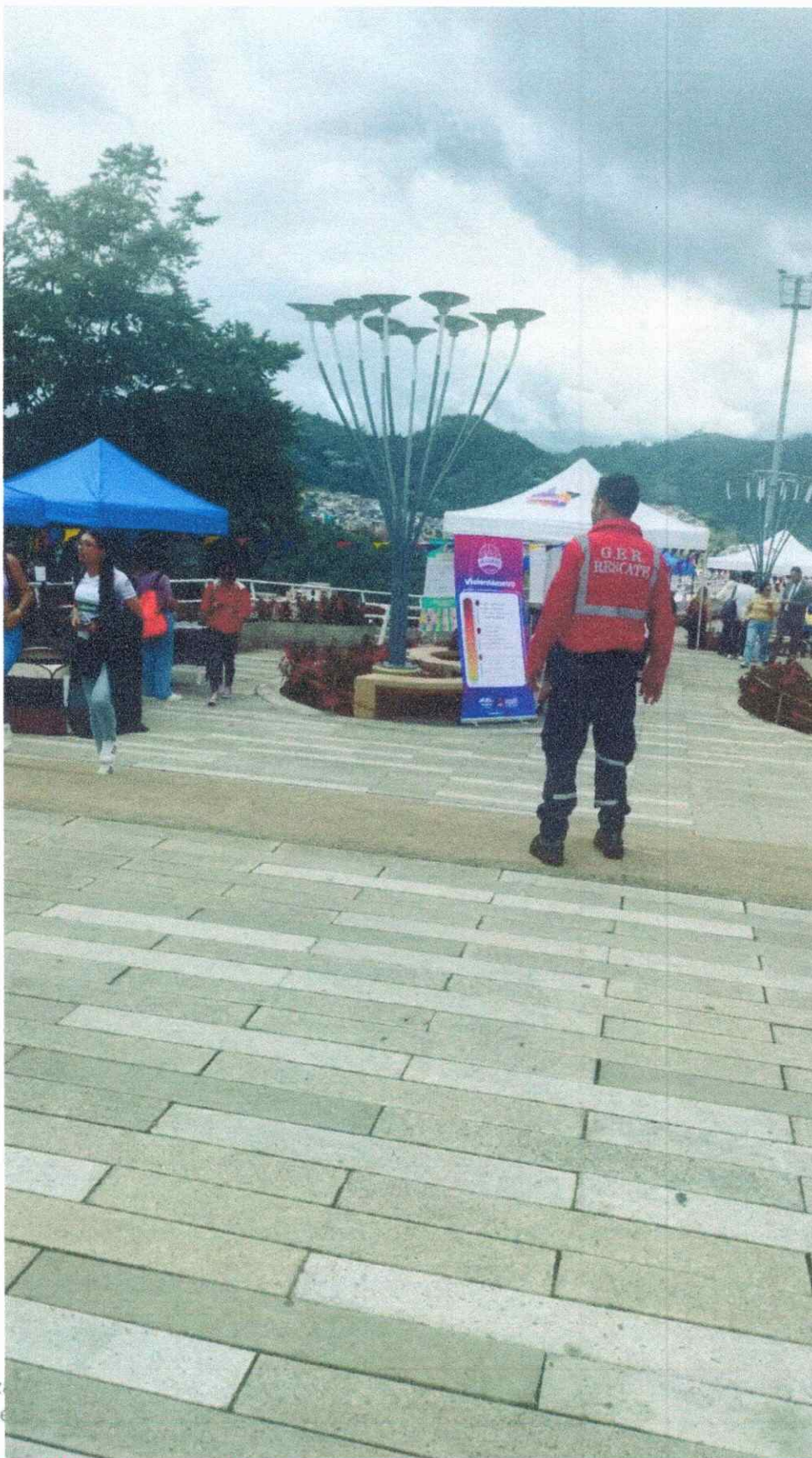
Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



Dirección:

Av. Alberto Mendoz
KM 2, vía al Magdale
Manizales, Caldas.

Edición:

7:30 a.m. a 12:00 m y
30 p.m.
m. a 3:30 p.m.



Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



G.E.R.

GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO

PERSONERÍA JURÍDICA 3011 DE 1994

NIT 800.059.823-1 • CÓDIGO HABILITACIÓN No. 1700101047

SOAT

TRASLADO
ASISTENCIAL
BÁSICO

OTROS

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 02-03-2023

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

12:00

HORA ARRIBO
AL SITIO

—

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin Franco Salgado CARGO Act. enfermería
DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ☐ URBANO ☒

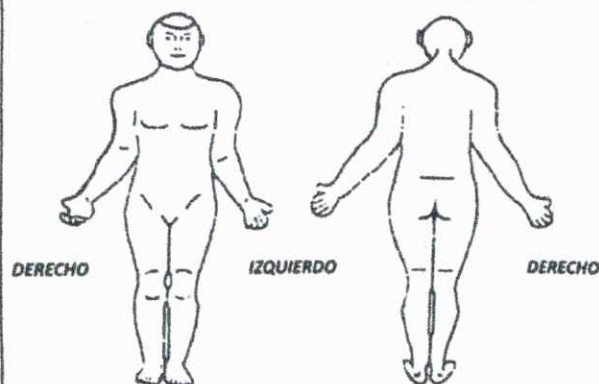
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO GOMEZ 2DO. APELLIDO PARA NOMBRES Emily
DOC. IDENTIDAD 1054885135 EDAD 09 TELÉFONO 3008950251
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO _____ 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 Suicidio |
| ☐ Peatón Atropellado | ☐ Proyecto de Arma de Fuego | ☒ Síncope | ☐ Enfermedad General |
| ☐ Accidente Casero | ☐ Caída | ☐ Hipotensión | ☐ Intoxicación (Sustancia) |
| ☐ Accidente Callejero | ☐ Quemadura | ☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva | ☐ Gestante |
| ☐ Accidente Laboral | ☐ Mordedura-Picadura | ☐ Crisis Cardiovascular | ☐ Otro |

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente menor de edad
la cual ingresa al servicio
de enfermería en brazos
de su padre el cual refiere
que la paciente se encontraba
comiendo y sufrió mareo
visión borrosa, a la cual
llegó paciente consciente
alerta, orientada de persona
disorientada, paciente la
cual se encontraba rebotando
de mucho calor y poca hidratación
sabe de calor
se trasladó en ambulancia
y se tomaron signos vitales
paciente la cual se refiere
en compañía de sus padres
sin historia de traslado
fueron etoposición de
responsabilidades

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC <u>75</u>	FV <u>19</u>	T/A <u>120/70</u>
SP02 <u>95%</u>	T° _____	GLUCOMETRÍA <u>80</u>

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



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

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 05-03-2025

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

14:55

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____

PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____

CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Batthelip Franco Salgado

CARGO aux enfermero

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque papaya el Prado

RURAL ☐ URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Tejada

2DO. APELLIDO Sanchez

NOMBRES Shan Edier

DOC. IDENTIDAD 1193218451

EDAD 32

TELÉFONO _____

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO _____

QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

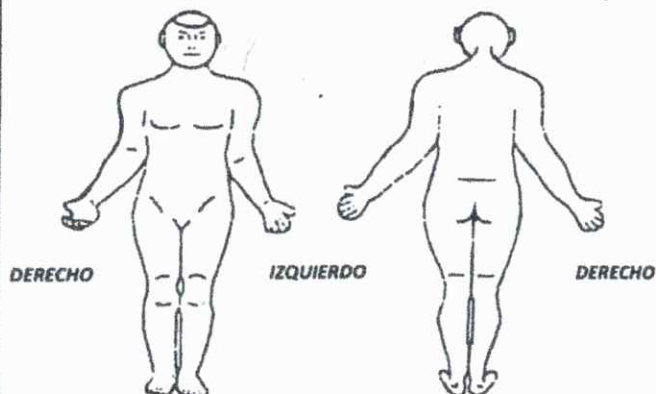
- ☐ Accidente en Vehículo
☐ Accidente en Motocicleta
☐ Peatón Atropellado
☐ Accidente Casero
☐ Accidente Callejero
☐ Accidente Laboral

- ☐ Lesión con Arma Blanca
☐ Inmersión
☐ Proyectoil de Arma de Fuego
☐ Caída
☐ Quemadura
☐ Mordedura-Picadura

- ☐ Aplastamiento
☐ Amputación
☐ Síncope
☐ Lipotimia
☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva
☐ Crisis Cardiovascular

- ☐ Crisis Respiratoria
☐ Intento Suicidio
☒ Enfermedad General
☐ Intoxicación(Sustancia)
☐ Gestante
☐ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente masculino el mal
Es traído a la enfermería
por compañeros de emag
paciente con antecedentes de
esquizofrenia no es pacifica da
quien no ha tomado sus medica
mentos por la disponibilidad
en la farmacia de su país hoy refi
ere estaba haciendo copernio
de emag y siente sensación de
taquicardia por lo cual solici
ta un calmante al momento pa
ciente orientado sin alteraciones
comportamentales signos vitales
en rangos de normalidad sin crite
rio de traslado a enfermería se
realiza conexión telefónica con su
madre a quien se solicita llevar al
paciente a IPS para valoración por se
especialista en psiquiatría ya que el
medicamento que no le entregan es difícil
de conseguir paciente se refiere con su mamá

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 90

FV 20

T/A 130/70

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



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

~~OTRO~~

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 10-03-25

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

08:54

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA

PLACAS MOVIL

PERSONAL DE ASISTENCIA

Pada Gutierrez

CARGO

Av. Engarment

PERSONAL DE ASISTENCIA

CARGO

DIRECCIÓN DEL EVENTO

BPP

RURAL

URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Doncel

2DO. APELLIDO Bravo

NOMBRES Jon Pablo

DOC. IDENTIDAD 1053843381

EDAD 29

TELÉFONO 3150316333

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO Instructor

QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

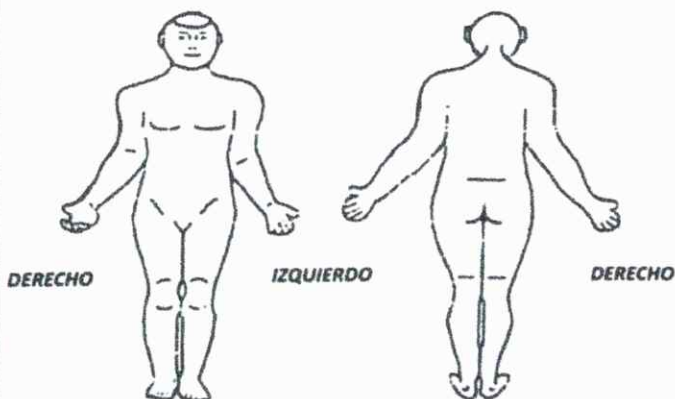
- ☐ Accidente en Vehículo
☐ Accidente en Motocicleta
☐ Peatón Atropellado
☐ Accidente Casero
☐ Accidente Callejero
☐ Accidente Laboral

- ☐ Lesión con Arma Blanca
☐ Inmersión
☐ Proyecto de Arma de Fuego
☐ Calda
☐ Quemadura
☐ Mordedura-Picadura

- ☐ Aplastamiento
☐ Amputación
☐ Síncope
☒ Lipotimia
☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva
☐ Crisis Cardiovascular

- ☐ Crisis Respiratoria
☐ Intento Suicida
☐ Enfermedad General
☐ Intoxicación(Sustancia)
☐ Gestante
☐ Otro

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

Paciente quien se encontraba
realizando de parte en la
piscina se siente mal
al intentar salir de esta
se desmaya con amnesia
del evento, al arribar al
en camilla, palido, consciente,
con temblores esencial en cuerpo
orientado, refiere no acordar
como lo sacaron hasta la camilla
se toman sus signos vitales
normales, paciente se recupera
recuperando temperatura
según se siente bien
se siente, indica que se
retira por sus propios
medios y estado físico
bueno de recuperación.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 89

FV 30

T/A 120/90

SPO2 96

T° 36.37

GLUCOMETRÍA

REFLEJOS

- ☐ REF. PLANTAR
☐ REF. FOTOMOTOR
☐ REF. CONSENSUAL
☐ REF. OCULAR

PUPILAS

- ☐ ISOCORIA
☐ ANISOCORIA
☐ MIOSIS
☐ MIDRIASIS
☐ REACTIVAS

PIEL

- ☐ NORMAL
☐ HUMEDA
☐ RUBICUNDEZ
☐ CIANOSIS
☐ PALIDEZ

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



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 ☒

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 16-03-2025

HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 13:00

HORA ARRIBO AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA PLACAS MOVIL
PERSONAL DE ASISTENCIA CARGO
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherine Franco Salgado CARGO RA Enfermera
DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ☐ URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE
1ER. APELLIDO Martinez 2DO. APELLIDO Diaz NOMBRES Gabriela
DOC. IDENTIDAD 1201463527 EDAD 15 TELÉFONO 316 579 8303
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO 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 | ☐ Proyecto 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 <input type="text"/> |

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

DERECHO IZQUIERDO

DERECHO IZQUIERDO

DESCRIBA SUS HALLAZGOS
 paciente menor de edad
 con antecedentes de
 asma la cual ingresa
 al servicio de enfermería
 en compañía de famili-
 ares quienes manifiestan
 que tienen dificultad
 para respirar, paciente
 consciente alerta, orientado
 con dificultad respirato-
 ria de moderada a grave
 paciente desaturado
 78%. pose hallazgo esguera
 con salbutamol ya que
 no lo tiene se administra
 02 bajo capuch nasal
 a 4 l/min al alcanzando
 saturación máxima de
 95%. se retira paciente
 a table en compañía de
 familiares.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC <u>90</u>	FV <u>20</u>	T/A <input type="text"/>
SPO2 <u>78%</u>	T° <input type="text"/>	GLUCOMETRÍA <input type="text"/>

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co
Código Postal: 17001
Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.
Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



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

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO

18-03-2025

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

09HS

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____

PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____

CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin Flom Salgado

CARGO PUK enfermera

DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular

RURAL ☐ URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO CASTO

2DO. APELLIDO Giraldo

NOMBRES Maria consuelo

DOC. IDENTIDAD 30218742

EDAD 63

TELÉFONO 3103875466

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO paciente

QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

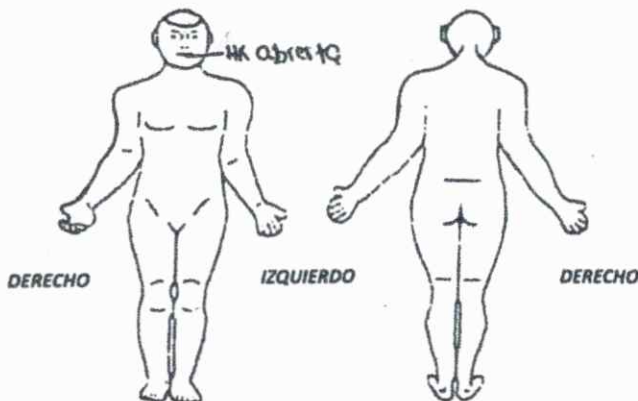
- ☐ Accidente en Vehículo
☐ Accidente en Motocicleta
☐ Peatón Atrópelado
☐ Accidente Casero
☐ Accidente Callejero
☐ Accidente Laboral

- ☐ Lesión con Arma Blanca
☐ Inmersión
☐ Proyectil de Arma de Fuego
☒ Caída
☐ Quemadura
☐ Mordedura-Picadura

- ☐ Aplastamiento
☐ Amputación
☐ Síncope
☐ Lipotimia
☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva
☐ Crisis Cardiovascular

- ☐ Crisis Respiratoria
☐ Intento Suicida
☐ Enfermedad General
☐ Intoxicación(Sustancia)
☐ Gestante
☐ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente la cual ingresa al servicio de enfermería refiriendo que se encontraba practicando en su bicicleta dentro del parque de la casa y en una curva pierde el control de su bicicleta al estar el piso mojado y cae a la ubicación paciente consciente, alerta, orientada, con herida abierta en labio inferior, abrasión rotula, extrusión inferna izquierda se realiza un feto se dan recomendaciones paciente sin más estigmas de trauma se recomiendo consultal a su eps se llevada en carro particular

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co
Código Postal: 17001
Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.
Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



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

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 19-03-2025

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO 11:40

HORA ARRIBO
AL SITIO _____

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherine Franco Salgado CARGO Enfermera
DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular RURAL ☐ URBANO ☒

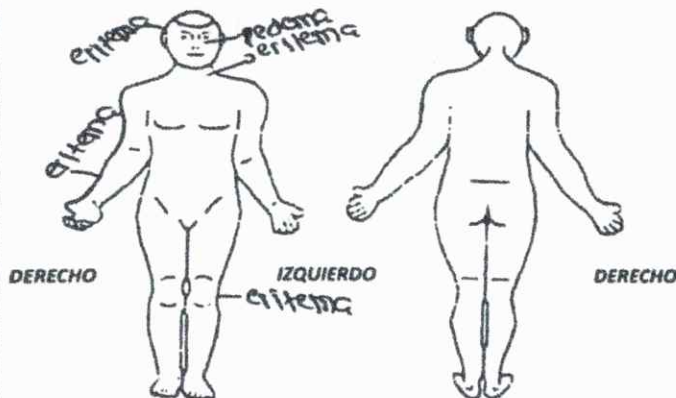
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Rodriguez 2DO. APELLIDO Lincon NOMBRES Alexandro
DOC. IDENTIDAD 1020590251 EDAD 19 TELÉFONO 3124975165
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO _____ 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 | ☐ Proyecto de Arma de Fuego | ☐ Síncope | ☐ Enfermedad General |
| ☐ Accidente Casero | ☐ Calda | ☐ 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 masculino el cual se encontraba sugando teta y refiere que al ir por el baño es picado por avispa, paciente consciente, alerta, orientado, presenta múltiples picaduras en extremidades superiores extremidades inferiores por todo superior e inferior con edema, eritema, urticaria con eritema, se labora en enfermería se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran en parámetros normales se dan signos y síntomas de alarma paciente se retira en compañía de sus amigos paciente ya criterio de traslado a UICM Bogotá.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 73 FV 18 T/A 123/80

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



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 ☒

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 22-03-2025

HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 14+13

HORA ARRIBO AL SITIO 14+16

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherin Flaminio Salgado CARGO POA enfermería
DIRECCIÓN DEL EVENTO Bosque popular complejo deportivo piscinas comunitarias RURAL ☐ URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE
1ER. APELLIDO Olarte 2DO. APELLIDO _____ NOMBRES Alfonso ST IWAR
DOC. IDENTIDAD _____ EDAD 11 TELÉFONO 3176003510
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO Secretaría de Salud QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO Felipe - Marquetel profesor

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

☐ Accidente en Vehículo	☐ Lesión con Arma Blanca	☐ Aplastamiento	☐ Crisis Respiratoria
☐ Accidente en Motocicleta	☐ Inmersión	☐ Amputación	☐ Intento Suicida
☐ Peatón Atrópellado	☐ 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 <u>Herida abierta</u>

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

DESCRIBA SUS HALLAZGOS
paciente menor de edad el cual se encuentra en el complejo deportivo de la piscina olímpica en compañía de profesores de natación los cuales refieren al paciente se le herida abierta en su pierna derecha de la extremidad inferior izquierda los cuales se encuentran realizando control de hemorragia a la valoración paciente consciente alerta orientado a su entorno en herida abierta de aproximadamente 4 cm se ve herida con pusito se trasladó en carro particular hasta la clínica con el paciente en posición del complejo deportivo sin más 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



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
------	-----------------------------	-------

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO 22-03-2025

HORA DE SOLICITUD DE SERVICIO 11:00

HORA ARRIBO AL SITIO _____

CONDUCTOR AMBULANCIA _____	PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA _____	CARGO _____
PERSONAL DE ASISTENCIA <u>Katherine Franco Salgado</u>	CARGO <u>Act. enfermería</u>
DIRECCIÓN DEL EVENTO <u>Bosque popular el Prado</u>	RURAL ☐ URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE			
1ER. APELLIDO <u>PASTA</u>	2DO. APELLIDO _____	NOMBRES <u>Santiago</u>	
DOC. IDENTIDAD <u>1022796141</u>	EDAD <u>09</u>	TELÉFONO _____	
QUIEN SOLICITÓ EL SERVICIO <u>Familia paciente</u>	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	☐ Proyectoil de Arma de Fuego	☐ Síncope	☐ Enfermedad General
☐ Accidente Casero	☒ Caída	☐ Hipotermia	☐ Intoxicación (Sustancia)
☐ Accidente Callejero	☐ Quemadura	☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva	☐ Gestante
☐ Accidente Laboral	☐ Mordedura-Picadura	☐ Crisis Cardiovascular	☐ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN		DESCRIBA SUS HALLAZGOS
<p>DERECHO IZQUIERDO</p>	<p>DERECHO</p>	

paciente masculino el cual refiere que se encontraba jugando en las zonas verdes con su familia el cual resalta y refiere sobre su brazo de extremidad superior izquierda, a la vez paciente con dolor en la extremidad superior izquierda, edema, no respiración, manifestación disminuida, no deformidad aparente, se manifiesta con crisis focal y su familia lo trasladó a centro asistencial en carro particular para valoración médica por parte sin más estímulos 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



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

REPORTE APH No. _____

DÍA - MES - AÑO

23-03-2023

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

13:50

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____

PLACAS MOVIL _____

PERSONAL DE ASISTENCIA _____

CARGO _____

PERSONAL DE ASISTENCIA FABIAN FLORES SOLORZA

CARGO EL ENFERMERO

DIRECCIÓN DEL EVENTO Busque popular el video juegos infantiles

RURAL ☐

URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO MARIN

2DO. APELLIDO QUILTE

NOMBRES SPINER

DOC. IDENTIDAD 1059209789

EDAD 07

TELÉFONO _____

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO MANA

QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO _____

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

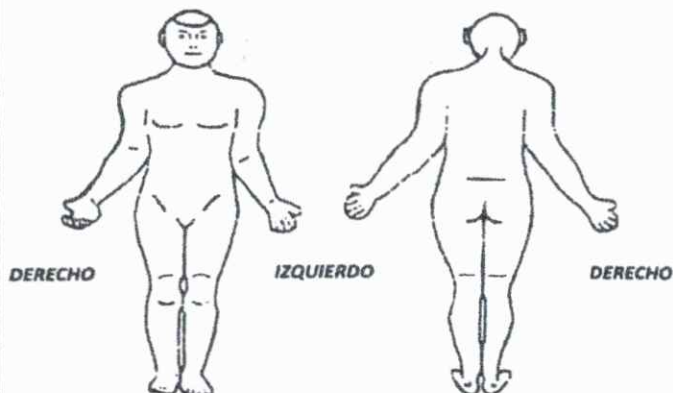
- ☐ Accidente en Vehículo
☐ Accidente en Motocicleta
☐ Peatón Atrópellado
☐ Accidente Casero
☐ Accidente Callejero
☐ Accidente Laboral

- ☐ Lesión con Arma Blanca
☐ Inmersión
☐ Proyecto de Arma de Fuego
☒ Caída
☐ Quemadura
☐ Mordedura-Picadura

- ☐ Aplastamiento
☐ Amputación
☐ Síncope
☐ Lipotimia
☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva
☐ Crisis Cardiovascular

- ☐ Crisis Respiratoria
☐ Intento Suicida
☐ Enfermedad General
☐ Intoxicación(Sustancia)
☐ Gestante
☐ Otro _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

paciente menor de edad
la cual se encontraba
jugando en los juegos inter-
nales (pasamanos) la
mamá refiere que cae del
mismo a la coloración
paciente consciente alerta
orientada en posición
decubito supino con
posible fractura de
manifiesto disminuida
edema, se cubre en el
sitio, se inmoviliza y
se trasladó hacia su
EPS en la ambulancia
del ser. paciente sin más
estigmas 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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



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. 1700201047

SOAT

TRASLADO
ASISTENCIAL
BÁSICO

Otros

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 23-03-2023

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

15:40

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA _____ PLACAS MOVIL _____
PERSONAL DE ASISTENCIA _____ CARGO _____
PERSONAL DE ASISTENCIA Katherine Franco Salgado CARGO ACU enfermería
DIRECCIÓN DEL EVENTO Balser papaya RURAL ☐ URBANO ☒

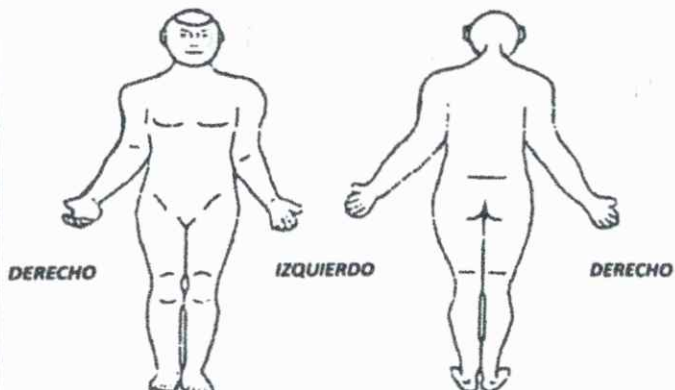
DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO RAMIREZ 2DO. APELLIDO henao NOMBRES juan rodrigo
DOC. IDENTIDAD 1088354534 EDAD 76 TELÉFONO _____
QUIEN SOLICITO EL SERVICIO administración 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 | ☐ Proyectoil 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 el cual ingresa al
servicio de enfermería
refiriendo su mamá
que tiene dificultad
para respirar con que
redes de pulmones
la mamá refiere que al
tomarle la saturación
con el oxímetro se la
encuentra baja mostrando
28.1. la cual se realiza la
dosis de letróide y po mego
la paciente aparece alerta
orientada con consue
labial cianótica con dificultad
para respirar se mama refiere
que se agita a los 10 min se
administra oz baso oxigeno nasal
a 4 lts. al momento saturación
máxima del 96.7 se refiere
paciente este con su mamá

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC <u>90</u>	FV <u>70</u>	T/A <u>12/80</u>
SPO2 <u>98</u>	T° _____	GLUCOMETRÍA _____

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co
Código Postal: 17001
Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.
Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

FORMATO INFORME DETALLADO DE CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DE
ACTIVIDADES



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

REPORTE APH No.

DÍA - MES - AÑO 24 - 03 - 2025

HORA DE SOLICITUD
DE SERVICIO

11 + 25

HORA ARRIBO
AL SITIO

CONDUCTOR AMBULANCIA

PLACAS MOVIL

PERSONAL DE ASISTENCIA

Paola Gutierrez

CARGO

AX: Enfermera

PERSONAL DE ASISTENCIA

CARGO

DIRECCIÓN DEL EVENTO

BPP

RURAL

URBANO ☒

DATOS DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO

Bermudez

2DO. APELLIDO

Baño

NOMBRES

Martin

DOC. IDENTIDAD

1253867033

EDAD

8 años

TELÉFONO

3128215208

QUIEN SOLICITO EL SERVICIO

QUIEN INICIO CUIDADOS ANTES DEL ARRIBO

MECANISMO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA

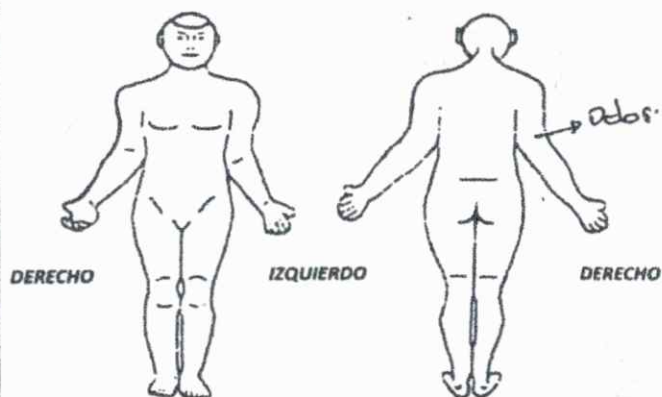
- ☐ Accidente en Vehículo
☐ Accidente en Motocicleta
☐ Peatón Atropellado
☐ Accidente Casero
☐ Accidente Callejero
☐ Accidente Laboral

- ☐ Lesión con Arma Blanca
☐ Inmersión
☐ Proyecto de Arma de Fuego
☒ Caída
☐ Quemadura
☐ Mordedura-Picadura

- ☐ Aplastamiento
☐ Amputación
☐ Síncope
☐ Lipotimia
☐ Crisis Convulsiva-Convulsiva
☐ Crisis Cardiovascular

- ☐ Crisis Respiratoria
☐ Intento Suicida
☐ Enfermedad General
☐ Intoxicación(Sustancia)
☐ Gestante
☐ Otro

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIBA SUS HALLAZGOS

Re menor de edad que se encontraba jugando balón, tropezó y se cayó sobre la cabeza al derecho a la valoración, paciente grito, resaca de la cabeza, humero parte distal y en codo, con molestias diurnas, no crepitas, no deformidad, se realiza inmovilización con cinta flex y se da recomendación de ir a EPS para tomarse Rx la cabeza, firma formato de autorización y manifiesto de acuerdo por sus propios medios. Se retiró.

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE • SIGNOS VITALES

FC 96 R'

FV 25 R'

T/A

SPO2 100%

T°

GLUCOMETRÍA

REFLEJOS

- ☐ REF. PLANTAR
☐ REF. FOTOMOTOR
☐ REF. CONSENSUAL
☐ REF. OCULAR

PUPILAS

- ☒ ISOCORIA
☐ ANISOCORIA
☐ MIOSIS
☐ MIDRIASIS
☒ REACTIVAS

PIEL

- ☒ NORMAL
☐ HUMEDA
☐ RUBICUNDEZ
☐ CIANOSIS
☒ PALIDEZ

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

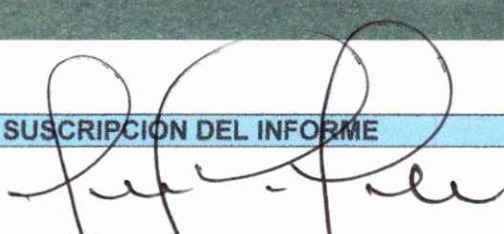
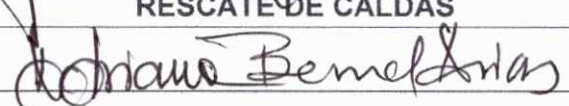
Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.



SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

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

Dirección:

Av. Alberto Mendoza Hoyos,
KM 2, vía al Magdalena.
Manizales, Caldas.

Correo Electrónico

contacto@promotoraeventosyturismo.gov.co

Código Postal: 17001

Celular: 300 692 2062

Horario de Atención:

Lunes a jueves de 7:30 a.m. a 12:00 m y
de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.

Viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m.

CERTIFICADO DE PAGO PARAFISCALES

Con fundamento en inciso tercero del artículo 50, de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, y sus normas reglamentarias y en mi calidad de Contador de GRUPO ESPECIAL DE RESCATE DE CALDAS GER, con NIT800.059.823-1: organizaciones sin ánimo de lucro, me permito

CERTIFICAR:

Que la entidad se encuentra a Paz y Salvo por los conceptos señalados en el Art. 50, de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002; es decir la Seguridad Social Integral (Salud; Pensión y ARL) y Parafiscales en los últimos seis meses.

Para constancia se firma a los tres (3) días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,



JUAN PABLO JIMENEZ ARBELAEZ
Representante Legal
C.C 10.276.432



ANDRES FELIPE HERNANDEZ SALAZAR
Contador Público
TP124860-T
C.C. 75.677.523

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

A 2 8 2 3 6 A 6 9 9 7 3 B 8 8 2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANDRES FELIPE HERNANDEZ SALAZAR** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 75077523 de MANIZALES (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 124860-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 30 días del mes de Enero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado