

REGISTRO DE LA GESTIÓN DERIVADA A LA RESPUESTA A EMERGENCIAS POR LA SGRED -SDS- UED-FT-067

Tener presente el Procedimiento SDS-UED-FT-014 y el Instructivo SDS-UED-INS-027 para tener más claridad en el diligenciamiento de la información

INFORMACIÓN DE QUIÉN REGISTRA

Consolide los datos de quién registra

1. NOMBRES Y APELLIDOS *

Registre en Mayúscula sostenida (CAROLINA DIAZ)

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ

CARACTERIZACIÓN DE LA EMERGENCIA NOTIFICADA A LA SGRED

2. NOMBRE DE LA EMERGENCIA *

Registre en mayúscula sostenida los datos correspondientes. Relacione el número de incidente CRUE o SIRE si el evento es notificado por Premier One o el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático (Ej. 002345-67 INCENDIO EN CUARTEL GENERAL)

CRU-00354463-25 ACCIDENTE DE TRANSITO

3. TIPOLOGÍA DE LA EMERGENCIA *

Conforme al Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático - NUSE 123

Incendio Vehicular

**4. INSTITUCIÓN O ENTIDAD QUE NOTIFICA/ACTIVA A LA SGRED ***

De acuerdo con los mecanismos definidos en la EIR o el procedimiento "SDS-UED-PR-014 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD A SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES"

NUSE (Premier One) - SDS/CRUE

**5. VÍA DE NOTIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA ***

De acuerdo con los mecanismos definidos en la EIR y el procedimiento "SDS-UED-PR-014 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD A SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES"

Médico Regulador

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO REGULADOR****6. NOMBRE DEL MÉDICO REGULADOR ***

Registre en mayúscula sostenida los datos correspondientes. Si hubo más de un médico regulador adjúntelo al primero (Ej. JOSE OCTAVIO LOPEZ, NEIL ANDREW BAIN)

DR. CARLOS PINTO

DATOS DE GEOLOCALIZACIÓN**7. LOCALIDAD ***

Puede usar la aplicación Lupap para obtener este dato

4. San Cristobal



8. DIRECCIÓN DE LA EMERGENCIA *

Escriba en mayúscula sostenida el dato tal cuál y como aparece en la convocatoria o activación por parte del CRUE. (Ej: KR 90 #19-82 SUR)

DIAGONAL 58 SUR TV 3

REGISTRO DE TIEMPOS PARA LA RESPUESTA

Consolide los datos de quién registra

9. NOTIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA (INCIDENTE) *

Fecha y hora (DD/MM/AAAA_HH:MM - 01/01/2024 00:00) en la que ingresa el evento la NUSE, SIRE - CITEL, SDGR-CC u otra en el marco del procedimiento "SDS-UED-PR-014 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD A SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES"

10/07/2025 06:47

10. ACTIVACIÓN DE LA SGRED A LA EMERGENCIA (INCIDENTE) *

Fecha y hora (DD/MM/AAAA_HH:MM - 01/01/2024 00:00), de acuerdo con el registro en plataformas tecnológicas o llegada de la notificación por los diferentes sistemas de información.

10/07/2025 07:00

11. ARRIBO DE LA SGRED AL LUGAR DE LA EMERGENCIA (INCIDENTE) *

*Si no se realizó desplazamiento, diligencie **NO APLICA**.* En caso contrario, diligencie Fecha y hora (DD/MM/AAAA_HH:MM - 01/01/2024 00:00), de acuerdo con el reporte de los delegados de la SGRED, así como el registro por el CRUE en el sistema de información Premier One.

10/07/2025 07:37

12. FINALIZACION DE LA EMERGENCIA (INCIDENTE) *

Fecha y hora (DD/MM/AAAA_HH:MM - 01/01/2024 00:00), de acuerdo con el criterio del Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres, Médico Regulador, SDGR-CC u otro en la competencia para la toma de decisión.

10/07/2025 08:14

APOYO EN LA GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Registre cuidadosamente

13. PACIENTES MUJERES ATENDIDAS *

Los evidenciados en el lugar de la emergencia

1

14. PACIENTES HOMBRES ATENDIDOS *

Los evidenciados en el lugar de la emergencia

0

15. PACIENTES MUJERES TRASLADADAS *

Los evidenciados en el lugar de la emergencia

1

16. PACIENTES HOMBRES TRASLADADOS *

Los evidenciados en el lugar de la emergencia

0

17. PACIENTES FALLECIDOS TOTALES *

Los evidenciados en el lugar de la emergencia

0

18. ¿HAY PACIENTES EN CONDICIÓN ESPECIAL? *

☐ SI

☒ NO

RECURSOS PREHOSPITALARIOS

Registre cuidadosamente

19. AMBULANCIAS BÁSICAS PRESENTES EN LA EMERGENCIA *

Ingrese en número entero la cantidad de ambulancias evidenciadas tanto públicas como privadas que estuvieron en la emergencia (Ej. 11)

2

20. AMBULANCIAS MEDICALIZADAS PRESENTES EN LA EMERGENCIA *

Ingrese en número entero la cantidad de ambulancias evidenciadas tanto públicas como privadas que estuvieron en la emergencia (Ej. 11)

0

21. OTROS VEHÍCULOS PRESENTES EN LA EMERGENCIA *

Ingrese el tipo de vehículo, así como la entidad a la que pertenece este recurso. Ej: Camioneta Rescate X03 - Bomberos o ME23 - Bomberos

VEHICULO COMANDO OJY014, MOTO POLICIA TRANSITO

INSTITUCIONES Y ENTIDADES PRESENTES EN LA EMERGENCIA

22. NOMBRE DE LA ENTIDAD O INSTITUCIÓN PRESENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA EMERGENCIA *

Escriba el nombre de manera clara y legible de forma ordenada. Ej: IDIGER, UAECOB, Defensa Civil, PONAL - MEBOG, etc.

SDS/SGRED

RESUMEN DE ACCIONES ADELANTADAS EN LA RESPUESTA A LA EMERGENCIA

Describa detalladamente las acciones que se realizaron por el equipo SGRED, haciendo énfasis en lo competente al sector salud y el servicio de respuesta de salud conforme al Marco de Actuación - Estrategia Distrital de Respuesta a Emergencias, Estrategia Institucional de Respuesta - EIR u otro.

23. DESCRIPCIÓN DE ACCIONES *

Debe incluir hora y fecha de las acciones. Ej: 20240909 - 15:30 Se notifica al médico regulador de la necesidad de una ambulancia adicional para la atención de otros pacientes referidos por los bomberos en la escena.

****Reporte* N° 1***

****Fecha* : 10/08/2025**

****Tipo de emergencia* : accidente vehicular**

****Hora de ingreso de la emergencia* : 06:47 AM**

****Hora de activación SGRED* 07:00**

****Hora de arribo a la emergencia* 07:37**

****Nombre de la emergencia:* 00354463-25 accidente de tránsito**

****Lugar de la emergencia* : Caí Danubio azul Diagonal 52 sur Tv 3**

****Condiciones de medio ambiente y de seguridad* : zona asegurada por la policía**

****Descripción de la situación y evolución:* Bus de SITP choca contra pared de vivienda a las 6:11am.**

Recursos en salud presentes:

Vehículo comando

Dos motos PONAL

Ambulancias básica # 2 código SDS 7350 empresa Fastimed. SDS 6762 empresa Medical

****Gestión de pacientes:* femenina 57 años trauma craneoencefalico leve, trauma cervical.**

****Descripción de las acciones realizadas por la SGRED:***

Se realiza verificación de recursos, en la zona, condiciones de lesionado único, articulación con médico regulador líder.

****Nombre y apellidos de quien realiza el reporte por parte de la SGRED*:**

Dra Maria Claudia Espejo

****Nombre del Conductor*:**

24. ESPACIO ADICIONAL PARA DESCRIPCIÓN DE ACCIONES

Debe incluir hora y fecha de las acciones. Ej: 20240909 - 15:30 Se notifica al médico regulador de la necesidad de una ambulancia adicional para la atención de otros pacientes referidos por los bomberos en la escena.

.

25. ESPACIO ADICIONAL PARA DESCRIPCIÓN DE ACCIONES

Debe incluir hora y fecha de las acciones. Ej: 20240909 - 15:30 Se notifica al médico regulador de la necesidad de una ambulancia adicional para la atención de otros pacientes referidos por los bomberos en la escena.

.

DELEGADOS DE LA SGRED PARA EL SEGUIMIENTO Y RESPUESTA A LA EMERGENCIA

De acuerdo con la asignación del Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

26. DELEGADO 1 *

MARIA CLAUDIA ESPEJO



27. DELEGADO 2

Selecciona la respuesta



28. OTROS

Registre el nombre y apellido en MAYÚSCULA. EJ: NICOLÁS CORREDOR

Escriba su respuesta



Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)