INFORME OPERATIVO - GUARDIANES DE LA CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZÁLEZ	**NOMBRES GUARDIÁN:**	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	CALLE 26 ENTRE CARRERA 60 Y CARRERA 7	**C.C.**	1000522743	**CPS / AÑO:**	0063/2025
FECHA:	2/04/2026	**TRAMO y/o INDICATIVO:**	APOYO 1 CENTRO 4	**CORREDOR :**	CENTRO 4 - CALLE 26 ORIENTAL

PROGRAMA: TRAMO [X] EGC [ ] CCCCB [ ] APH [ ] EP [ ] SSEO [ ] EVE [ ] INFR [ ] OPER [ ] CUALF [ ] ATN [ ] AD Y AP [ ] EST MED [ ] OTRO [ ]

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

La jornada da inicio a las 05:40 horas con la reunión operativa dada por el líder de ruta Manuel Porras, en donde se revisan elementos para la jornada como formatos de atención prehospitalaria y solución salina para la atención de casos de salud, de ahí se dan las distintas novedades a tener en cuenta para el día, a su vez, los radio apoyos dan sus novedades igual para el apoyo de las distintas gerencias; se hace una sesión de movimientos multiarticulares para y de ahí el guardián procede a ir a apoyar la apertura de ciclovía desde la calle 26 entre avenida Américas y carrera 19, una vez esté todo listo, el guardián inicia sus recorridos a lo largo del corredor, verificando la calidad de los demás cerramientos y apoyando a compañeros guardianes según lo vea necesario, a su vez está pendiente de los respetivos reportes de los demás guardianes sobre presencia de basuras, apoyos de policía y apoyos de movilidad sobre el corredor para dar la trazabilidad de estos por el radio a la central de comunicaciones. El guardián sobre las 13:45 horas se encarga de movilizar el material de regulación de usuarios ubicado en el deprimido de la calle 26 por avenida américas en el costado oriental, para luego a las 14:00 horas mover material cercano de cerramiento, así, dando fin a la jornada a las 14:35 horas sin novedad.

2. CASOS DE SALUD ATENDIDOS

HORA INICIO:	**LUGAR:**			**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**		**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**				**GÉNERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**	**AFECTADO:***	**CAUSA:****	**ACCIÓN FINAL:*****	**ACTOR VIAL 1:******	**ACTOR VIAL 2:******
POSIBLE DIAGNÓSTICO:						
NOMBRE DEL IMPLICADO:		**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN IMPLICADO:**		**TELÉFONO IMPLICADO:**		**FIRMA IMPLICADO:**
CINEMÁTICA:						
OBSERVACIONES:						

HORA INICIO:	**LUGAR:**			**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**		**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**				**GÉNERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**	**AFECTADO:***	**CAUSA:****	**ACCIÓN FINAL:*****	**ACTOR VIAL 1:******	**ACTOR VIAL 2:******
POSIBLE DIAGNÓSTICO:						
NOMBRE DEL IMPLICADO:		**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN IMPLICADO:**		**TELÉFONO IMPLICADO:**		**FIRMA IMPLICADO:**
CINEMÁTICA:						
OBSERVACIONES:						

HORA INICIO:	**LUGAR:**			**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**		**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**				**GÉNERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**	**AFECTADO:***	**CAUSA:****	**ACCIÓN FINAL:*****	**ACTOR VIAL 1:******	**ACTOR VIAL 2:******
POSIBLE DIAGNÓSTICO:						
NOMBRE DEL IMPLICADO:		**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN IMPLICADO:**		**TELÉFONO IMPLICADO:**		**FIRMA IMPLICADO:**
CINEMÁTICA:						
OBSERVACIONES:						

HORA INICIO:	**LUGAR:**			**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**		**EDAD:**
HORA FINAL:	**RUTA:**	**NOMBRE:**				**GÉNERO:**
EPS:	**TELÉFONO:**	**AFECTADO:***	**CAUSA:****	**ACCIÓN FINAL:*****	**ACTOR VIAL 1:******	**ACTOR VIAL 2:******
POSIBLE DIAGNÓSTICO:						
NOMBRE DEL IMPLICADO:		**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN IMPLICADO:**		**TELÉFONO IMPLICADO:**		**FIRMA IMPLICADO:**
CINEMATICA:						
OBSERVACIONES:						

***Afectado: US:** Usuario, **SS:** Servidor Social, **G:** Guardián, **PC:** Personal de Ciclovía (Líderes de ruta, coordinación y vendedores), **EX:** Externo (Casos fuera de la calzada de Ciclovía), **INT:** Interinstitucional (Casos a unidades de apoyo (Ponal, Guía de movilidad, etc.)

****Causa**: **CH:** Choque, **V:** Velocidad, **A:** Agresión, **E:** Enfermedad, **AT:** Accidente de Tránsito, **AB:** Atropellado por Bicicleta, **FM:** Falla Mecánica, **Vía:** Estado de la Vía, **FC:** Factores Climáticos, **P:** Puente, **PB:** Varias Personas en Bicicleta, **UV:** Uso Inadecuado de Vías, **MA:** Mordedura de Animal, **MB:** Mal Manejo de Bicicleta, **IE:** Intoxicación Exógena, **Otra:** (especificar cual).

*****Acción Final: G:** Atendido por el Guardián, **A:** Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Trasladó), **R:** Atendido por Patrulla de Reacción, **TP:** Traslado particular.

******Actor vial (Solo si es CH, AT, AB según la causa, de resto N/A): P:** Peatón, **C:** Ciclista, **Pt:** Patinador, **Pa:** Patineta, **M:** Motociclista, **CA:** Conductor automotriz

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GÉNERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	CAUSA*	ACCIÓN FINAL**

***Causa: PV:** Pierde de vista, **PE:** No llegada al punto de encuentro, **S:** Separación ****Acción Final**: **A:** Devolverlo al Acudiente, **C:** Llevarlo a la Casa, **POL**: Entregarlo a la Policía

4. CONTEO DE TRAYECTOS

DIRECCIÓN	SENTIDO		BICICLETAS	PATINES	CAMINANDO	OTROS	MUJERES	HOMBRES
	Nor-Sur [ ]	Ori-Occ [ ]						
	Sur-Nor [ ]	Occ-Ori [ ]						

CLIMA:	FRÍO [ ]	SOLEADO [ ]	LLUVIA [ ]	OPACO [ ]	ANIMALES DE COMPAÑÍA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑÍA DE RAZAS NO PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑÍA

OBSERVACIONES:

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	LUGAR	HORA INICIAL	HORA FINAL	OBSERVACIONES

BOGOTÁ Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES DE LA CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACIONES

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

Tipo de unidad: 551 :Grúa ,**552 :** Ambulancia, **553:** Policía de vigilancia, **554:** Policía de tránsito, **557:** Bomberos, **OTRA** (Especifique cual)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GÉNERO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

E ☐ LA ☐ AC ☐ AT ☐

SIGNOS VITALES

FRECUENCIA CARDIACA _____ P/m
FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ V/m
PRESIÓN ARTERIAL _____ mm HG
GLASGOW _____ /15
GLUCOSA _____ mg/dL
SatO2 _____ %
TEMPERATURA CORPORAL _____ °C

ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Emocional: ☐ Toma de Signos Vitales: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐
Control de Hemorragia: ☐ Inmovilización Cervical: ☐ Inmovilización: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o Guardián)

DATOS ACOMPAÑANTE

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO

TRASLADO

No. MÓVIL	HOSPITAL O CLÍNICA

ESTADO FINAL PACIENTE

VIVO	MUERTO

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA

RESPONSABLE DEL TRASLADO

NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA / SELLO

OBSERVACIONES:

Motivo Atención: **E:** Enfermedad General, **LA:** Lesión por Agresión, **AC:** Accidente Común, **AT:** Accidente de Transito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad de los ítems 2 a 9. Se cuenta con un radio Motorola APX 1000 de placa 41215 y bicicleta institucional de placa 53126, ambas se resguardas en la diagonal 15A #99A-30 Interior 4 - apartamento 403 en perfectas condiciones.

