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:	19/04/2026	**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

Las actividades del guardián dan inicio con la formación de la reunión operativa a las 05:42 dada por la líder de ruta, donde se revisa elementos personales, como silbato, luces de la bicicleta y formatos para la atención de casos de salud; luego de eso el líder de ruta menciona las novedades a tener en cuenta para la jornada, esto con ayuda de los radio apoyos, que también se encargan de dar recomendaciones para las labores de las gerencias. El guardián se dirige a realizar los respectivos cerramientos para dar inicio a Ciclovía; una vez abierto, el guardián se encarga de dejar los cerramientos lo más estético posible, de ahí se encarga de marcar las fallas de la malla vial para evitar accidentes con los usuarios, aparte de verificar basuras sobre el corredor, al igual que la presencia de apoyos, esto con el fin de reportarlos más adelante. A lo largo de la jornada, el guardián realiza recorridos enérgicos para estar atento a solventar cualquier novedad que se pueda presentar y garantizar la seguridad a los usuarios; sobre las 14:00 horas el guardián realiza el movimiento del material de cerramiento para finalizar Ciclovía y así mismo, sus actividades sobre las 14:32 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° MÓVIL 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

GLUCOSA _____ mg/dL

SatO2 _____ %

TEMPERATURA CORPORAL _____ °C

/15

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.

