Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

NIT. 800169265

GETSEMANI CLL. DEL GUERRERO N 29 -64

Teléfono: 6566803 Fax: 6566803 Email: general@etcartagena.org

CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

Fecha de Corte: 2023/09/06 Hora de Impresión: 12:57 p. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000013033 **Fecha : 2023/09/01**

Unidad de Negocio: Local

Proveedor : 900927441

Nombre : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. **Tasa de Cambio:** 0.0000

Por Concepto: CANC. FACT. No. 806547

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA 806547 2023/08/31	21,541,467.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 01092023 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	21,541,467.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	22,640,909.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	22,640,909.00
Totales			**44,182,376.00**	**44,182,376.00**

Elaboró: LIZZETH Revisó: _____ Aprobó: _____

Recibí conforme: _____
C.C.#

BBVA

REPORTE DE PAGO

Generador de pagos Plan B

Fecha:	1/09/2023
Cuenta Emisora:	A
Importe Total:	$21,541,467.00
No Ordenes:	1

Identificación	Beneficiario	Importe	Fp	Banco	Tc	NoCuenta	Fecha Limite AAAA	MM	DD	Concepto1	E-mail
900927441	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU S	$21,541,467.00	1	0001	01	096164629	0000	00	00	FAC 806547	

Escuela Taller
Cartagena de Indias
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

O R D E N D E P A G O

ESTADO : APROBADO

SECCION PRINCIPAL :

UNIDAD EJECUTORA :

Consecutivo OPP: 17,814

Vigencia : 2023

Número : 39-0000010547

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2023/08/31
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT# 806547 Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de ambulancia
Entradas : 24-0000010354

Entrada 24 - 0000010354. Factura 806547

Rubro	Recurso	Tipo	Valor
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	22,640,909.00

VALOR TOTAL DE ORDEN DE PAGO:	22,640,909.00

Movimiento Contable de Conceptos Adicionales

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA 806547	0.00	905,636.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS FA 806547	0.00	193,806.00
Total		**0.00**	**1,099,442.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS:	-1,099,442.00

VALOR NETO A PAGAR: 21,541,467.00

Son : VEINTIUN MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON 0/100

Central de Cuentas

Contabilidad

Administrativo y Financiero

RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO
Ordenador del Gasto

IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD SAS
NIT 900.927.441-9
CRA 42H #84B - 93
Tel: (57) 3052999444
Barranquilla - Colombia
gerenciamadss@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. MAD 806547

Señores	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS		
NIT	800.169.265-3	**Teléfono**	(605) 0000000 - Ext. 000
Dirección	BRR GETSEMANI DEL GUERRERO 29-64	**Ciudad**	Cartagena - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/08/2023, 12:06
Expedición	29/08/2023, 12:06
Vencimiento	28/10/2023

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	M004	ACOMPAÑAMIENTO DE AMBULANCIA BASICA	1.00	22,640,909.00	22,640,909.00

Total items: 1

Total Bruto	22,640,909.00
Total a Pagar	22,640,909.00

Valor en Letras: Veintidós millones seiscientos cuarenta mil novecientos nueve pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-10-28 por $ 22,640,909.00

Observaciones: Se hace acompañamiento de ambulancia básica de lunes a domingo incluyendo días festivos, servicio del mes de AGOSTO 2023
bajo el contrato MC-012-2023

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764048894904 aprobado en 20230511 prefijo MAD desde el número 802184 al 2000000 Vigencia: 12 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa 7X1000
CUFE: 53e1c8004463887405c3fe5e17efaaa2dac76dc3ca680b1b5e329ae349fae9da798ac45f55fc24645814b18c648924e2

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

FORTIFICACIONES
CARTAGENA DE INDIAS

Escuela Taller
Cartagena de Indias

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN

CONTRATISTA	I.P.S MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA I.P.S MADSS
FECHA DEL CONTRATO	26 de Julio del 2023
N° DEL CONTRATO	MC-012-2023
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicio
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de Servicio permanente de transporte Asistencial Básico de ambulancia básica en sitio para la atención de visitantes, contratistas y funcionarios del Castillo San Felipe de Barajas en virtud del contrato interadministrativo de comodato No. 2907 de 17 de octubre de 2017, suscrito entre el Ministerio de Cultura y la Escuela Taller Cartagena de Indias.
VALOR INICIAL DEL CONTRTAO	Veintidós Millones Seiscientos Cuarenta Mil Novecientos Nueve pesos, ($22.640.909).
VALOR FINAL DEL CONTRATO	Treinta Y Tres Millones Novecientos Sesenta Y Un Mil Trescientos Sesenta y Tres ($ 33.961.363)
OTRO SI	Numero 1
VALOR DEL OTRO SI	Once millones trescientos veinte mil cuatrocientos cincuenta y cuatro ($11.320.454)
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica
FECHA DE INICIO	30 de julio del 2023
DESEMBOLSO A PAGAR	Factura No MAD-806547

CERTIFICADOS	NUMERO	DIRECCION O DEPENDENCIA	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	219	Administrativa	01/06/2023	150.333.333
REGISTRO	471	Administrativa	26/07/2023	22.640.909
REGISTRO	515	Administrativa	29/08/2023	11.320.454

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito **RAFAEL CUESTA CASTRO**, Supervisor del Contrato No. MC-012-2023

CERTIFICA

Que I.P.S MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA I.P.S MADSS. identificado con NIT. 900.927.441-9 cumplió a satisfacción con las obligaciones contraídas en el **Contrato de Prestación de Servicios No. MC-012-2023,** complementado con la siguiente información.

Sistema General en Seguridad Social: Se aportó la constancia que el contratista acreditó los requisitos previstos en el Art. 23 de la ley 1150 de 2007 así:

Personas Naturales: Salud, Pensión y ARL.

Personas jurídicas: Sistema de seguridad integral, SENA, ICBF y Cajas de compensación familiar.

OBSERVACIONES:

La presente certificación se expide para el cobro del servicio prestado según factura No MAD-806547 correspondiente a la suma de **Veintidós Millones Seiscientos Cuarenta Mil Novecientos Nueve Pesos, ($22.640.909).**

Atentamente,

SUPERVISOR DEL CONTRATO
Escuela Taller Cartagena de Indias

VoBo.

IPS MEDICINA AMBULATORIA Y DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S-MADSS

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIAS

Durante el periodo del 30 de Julio al 29 de agosto de 2023 la ambulancia Básicas, estuvieron dispuestas al llamado y al cumpliendo del objetivo del contrato "Prestación de servicios permanente de transporte Asistencial Básico en sitio (Ambulancia TAB) bajo la modalidad de Área Protegida para la atención de los visitantes, contratistas y funcionarios del castillo de San Felipe de Barajas

se realizan diferentes actividades al momento de requerir los servicios Atención y estabilización de los pacientes a trasladar

ITEM	FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	ID	DESTINO
1	30/07/2023	DANIEL DIAZ MORENO	1128046701	HOSPITAL UNIVERSITARIO
2	30/07/2023	CLAUDIA TRESPALACIO	1047231870	CASTILLO
3	30/07/2023	PATRICIA ANA PLEDA	410676067027	CLINICA BOCAGRANDE
4	30/07/2023	ANA GARCIA BENABIDE	52219659	CASTILLO
5	31/07/2023	LALOCOUN ANSAN	5295659	CASTILLO
6	6/08/2023	SAMIRA CIEMA	1023900812	CASTILLO
7	8/08/2023	SENI SOZA	1304039637	CASTILLO
8	8/08/2023	JADER VERGARA MUÑOZ	1042579510	HOSPITAL UNIVERSITARIO
9	8/08/2023	MILTON GONZALEZ	907583049	CASTILLO
10	8/08/2023	VERA DE ASIS	2455325501	CLINICA BOCAGRANDE
11	10/08/2023	EVA HENA FERENADEZ	15094438	CASTILLO
12	15/08/2023	ADRIANA SINORDI	15094438	CASTILLO
13	16/08/2023	GULMINO WAGUES	63114623	CASTILLO
14	17/08/2023	JULIO CABALLERO	989447770	CASTILLO
15	17/08/2023	NATHALIA FERRO	1161214927	CLINICA ARMITA
16	22/08/2023	SORELY VALENCIA	39553608	CASTILLO
17	26/08/2023	FRANCISCO LOPEZ	159869221	CLINICA DEL CARIBE DEL MAR

Zoibeth Granados T.

ZOIBETH GRANADOS TRUYOL
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

Dirección: Carrera. 42H N. 84B-93
Cel:. 3012968082 - 3046767131
Email. madssips@gmail.com
Barranquilla - Colombia

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

aaaa/mm/dd

Fecha Expedición : 2023/06/01 **No. 29 2300000219**

Fecha Vencimiento : 2023/06/30 **APROBADO**

Fecha Prorroga : 2023/06/30

Ordenador del Gasto: : RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO
Objeto : Prestacion del servicio de Ambulancia en sitio

El suscrito Jefe de Presupuesto

CERTIFICA

Que en el (los) siguiente(s) rubro(s), del presupuesto de gastos de :
FUNCIONAMIENTO X INVERSION , para la vigencia fiscal de 2023
y que a continuación se describe(n), se ha(n) reservado las(s) siguiente(s) suma(s):

Codigo Presupuestal	Recurso	Concepto	Tipo	Fecha	Valor
2.1.2.02.02.8.08	110	OTROS SERVICIOS	Vr-Inicial	2023/06/01	150,333,333.00
				TOTALES	150,333,333.00

Para un Total de:

150,333,333.00 **CIENTO CINCUENTA MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON 0/100**

Observaciones :

NOTA: Los recursos aqui afectados están sujetos al decreto 568 de 1.996 articulo 33

RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO

JEFE DE PRESUPUESTO

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

REGISTRO DE COMPROMISOS

aaaa/mm/dd **No. 32 2300000471**

Fecha Expedición : 2023/07/26 **APROBADO**

Dcto. Relacionado : C.D.P No. 29-2300000219

Unidad :
Ordenador del Gasto : RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO
Objeto : Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de ambulancia
Proveedor : 900927441 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.

El suscrito Jefe de Presupuesto

CERTIFICA

Que en el (los) siguiente(s) rubro(s), del presupuesto de gastos de :
FUNCIONAMIENTO X INVERSION , para la vigencia fiscal de 2023
y que a continuación se describe(n), se ha(n) reservado las(s) siguiente(s) suma(s):

Codigo Presupuestal	Recurso	Concepto	Tipo	Fecha	Valor
2.1.2.02.02.3.08	110	OTROS SERVICIOS	Vr-Inicial	2023/07/26	22,640,909.00
				TOTALES	22,640,909.00

Para un Total de:

22,640,909.00 VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS CON 0/100

NOTA: Los recursos aqui afectados están sujetos al decreto 568 de 1.996 articulo 33

Vencimiento	VrCuota
2023/08/26	3,773,484.83

RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO

JEFE DE PRESUPUESTO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900927441	9	MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49 C # 80 125 OFC 703	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3396048	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-08	94958715	9454805876	E	2023/08/10	2023/08/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,996,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$11,144,900	$0	$0	$11,144,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$567,100	$0	$0	$567,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,771,000	$0	$0	$1,771,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	26	$6,810,100	$0	$0	$6,810,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$1,996,700	$0	$0	$1,996,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$3,070,100	$0	$0	$3,070,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	44	$3,070,100	$0	$0	$3,070,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$2,862,500	$0	$0	$2,862,500
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	44	$2,862,500	$0	$0	$2,862,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				44	$2,918,800	$0	$0	$2,918,800
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$123,000	$0	$0	$123,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$1,219,600	$0	$0	$1,219,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$139,900	$0	$0	$139,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$134,500	$0	$0	$134,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$505,300	$0	$0	$505,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$796,500	$0	$0	$796,500
TOTAL				44	$19,996,300	$0	$0	$19,996,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900927441	9	MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49 C # 80 125 OFC 703	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3396048	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-08	94958715	9454805876	E	2023/08/10	2023/08/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,996,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (44 Afiliados)																						$69,642,751	$11,144,900			$72,963,428	$2,918,800			$71,513,934	$2,862,500			$72,963,428		$3,070,100		$0	$0		$19,996,300
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (16 Afiliados)																						$24,610,504	$3,938,200			$26,310,504	$1,052,900			$25,950,948	$1,038,400			$26,310,504		$136,000		$0	$0		$6,165,500
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (16 Afiliados)																						$24,610,504	$3,938,200			$26,310,504	$1,052,900			$25,950,948	$1,038,400			$26,310,504		$136,000		$0	$0		$6,165,500
1	CC	1129572821	ALVEAR NESTOR																		23030 1	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF07	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	0.522%	$11,500	30	$0	$0	SI	$539,500
2	CC	32651214	BULA LILIA																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,700,000	$68,000	CCF07	30	$1,700,000	$68,000	14-11	30	$1,700,000	0.522%	$8,900	30	$0	$0	SI	$144,900
3	CC	1045758366	CALVO STEFANNY																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	SI	$284,500
4	CC	1042356934	CONRADO GUSTAVO																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF07	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	SI	$367,900
5	CC	1037634160	CORONADO MELISA																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	SI	$284,500
6	CC	1064980955	DORADO CESAR											X							23100 1	2	$88,889	$14,300	EPS010	2	$88,889	$3,600	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$88,889	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$17,900
7	CC	1064980955	DORADO CESAR																		23100 1	28	$1,866,667	$298,700	EPS010	28	$1,866,667	$74,700	CCF07	28	$1,866,667	$74,700	14-11	28	$1,866,667	0.522%	$9,800	28	$0	$0	SI	$457,900
8	CC	1048332734	GONZALEZ CARMEN									X									23030 1	30	$1,582,691	$253,300	EPS005	30	$1,582,691	$63,400	CCF07	30	$1,582,691	$63,400	14-11	30	$1,582,691	0.522%	$8,300	30	$0	$0	SI	$388,400
9	CC	22546828	GRANADOS ZOIBETH																		25-14	30	$2,010,000	$321,600	EPS017	30	$2,010,000	$80,400	CCF07	30	$2,010,000	$80,400	14-11	30	$2,010,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$492,900
10	CC	72263893	GUERRA ARIEL											X							23020 1	6	$232,000	$37,200	EPS002	6	$232,000	$9,300	CCF07	6	$0	$0	14-11	6	$232,000	0.000%	$0	6	$0	$0	SI	$46,500
11	CC	72263893	GUERRA ARIEL									X									23020 1	24	$1,506,500	$241,100	EPS002	24	$1,506,500	$60,300	CCF07	24	$1,506,500	$60,300	14-11	24	$1,506,500	0.522%	$7,900	24	$0	$0	SI	$369,600
12	CC	1042463096	MARTINEZ ARIEL											X							23030 1	1	$38,667	$6,200	EPS002	1	$38,667	$1,600	CCF07	1	$0	$0	14-11	1	$38,667	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$7,800
13	CC	1042463096	MARTINEZ ARIEL																		23030 1	29	$1,121,334	$179,500	EPS002	29	$1,121,334	$44,900	CCF07	29	$1,121,334	$44,900	14-11	29	$1,121,334	0.522%	$5,900	29	$0	$0	SI	$275,200
14	CC	32880304	MARTINEZ DIANA																		25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF07	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$735,700
15	CC	1002155312	MEZA JUNELL									X									23030 1	30	$1,588,685	$254,200	EPS010	30	$1,588,685	$63,600	CCF07	30	$1,588,685	$63,600	14-11	30	$1,588,685	0.522%	$8,300	30	$0	$0	SI	$389,700
16	CC	1045226429	MORALES ELKIN																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	SI	$284,500
17	CC	1129565519	NARVAEZ JAIR																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	SI	$284,500
18	CC	8507804	PEREZ HAMILTON									X									23020 1	30	$1,647,198	$263,600	EPS002	30	$1,647,198	$65,900	CCF07	30	$1,647,198	$65,900	14-11	30	$1,647,198	0.522%	$8,600	30	$0	$0	SI	$404,000
19	CC	55238529	PEREZ HEIDY									X									23100 1	30	$1,587,873	$254,100	EPS010	30	$1,587,873	$63,600	CCF07	30	$1,587,873	$63,600	14-11	30	$1,587,873	0.522%	$8,300	30	$0	$0	SI	$389,600
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 3 (2 Afiliados)																						$4,200,000	$672,000			$4,200,000	$168,000			$4,200,000	$168,000			$4,200,000		$102,400		$0	$0		$1,110,400
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (2 Afiliados)																						$4,200,000	$672,000			$4,200,000	$168,000			$4,200,000	$168,000			$4,200,000		$102,400		$0	$0		$1,110,400
20	CC	32783181	HERNANDEZ MONICA																		25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$48,000	CCF07	30	$1,200,000	$48,000	14-11	30	$1,200,000	2.436%	$29,300	30	$0	$0	SI	$317,300
21	CC	72291363	MARTINEZ LUIS																		23030 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF07	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	2.436%	$73,100	30	$0	$0	SI	$793,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (26 Afiliados)																							$40,832,247	$6,534,700			$42,452,924	$1,697,900			$41,362,986	$1,656,100			$42,452,924		$2,831,700		$0	$0		$12,720,400
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (26 Afiliados)																							$40,832,247	$6,534,700			$42,452,924	$1,697,900			$41,362,986	$1,656,100			$42,452,924		$2,831,700		$0	$0		$12,720,400
22	CC	11032971	BLANDON DANIEL									X									230301	30	$1,620,677	$259,400	EPS010	30	$1,620,677	$64,900	CCF07	30	$1,620,677	$64,900	14-11	30	$1,620,677	6.960%	$112,800	30	$0	$0	Si	$502,000
23	CC	1047350214	CANTILLO JORGE									X									230301	30	$1,777,409	$284,400	EPS010	30	$1,777,409	$71,100	CCF07	30	$1,777,409	$71,100	14-11	30	$1,777,409	6.960%	$123,800	30	$0	$0	Si	$550,400
24	CC	72347680	CERVANTES JORGE																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
25	CC	1098762525	DAZA RAFAEL									X									230301	30	$1,772,741	$283,700	EPS010	30	$1,772,741	$71,000	CCF07	30	$1,772,741	$71,000	14-11	30	$1,772,741	6.960%	$123,400	30	$0	$0	Si	$549,100
26	CC	1002442520	DEL TORO MARIA													X					230301	7	$411,064	$65,800	EPS005	7	$411,064	$16,500	CCF07	7	$270,668	$10,900	14-11	7	$411,064	0.000%	$0	7	$0	$0	Si	$93,200
27	CC	1002442520	DEL TORO MARIA													X					230301	11	$645,958	$103,400	EPS005	11	$645,958	$25,900	CCF07	11	$425,334	$17,100	14-11	11	$645,958	0.000%	$0	11	$0	$0	Si	$146,400
28	CC	1002442520	DEL TORO MARIA									X									230301	12	$711,901	$114,000	EPS005	12	$711,901	$28,500	CCF07	12	$711,901	$28,500	14-11	12	$711,901	6.960%	$49,600	12	$0	$0	Si	$220,600
29	CC	1048264148	ESCORCIA JOINER										X								230301	1	$47,911	$7,700	ESSC24	1	$47,911	$0	CCF07	1	$0	$0	14-11	1	$47,911	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,700
30	CC	1048264148	ESCORCIA JOINER									X									230301	29	$1,451,027	$232,200	ESSC24	29	$1,451,027	$58,100	CCF07	29	$1,451,027	$58,100	14-11	29	$1,451,027	6.960%	$101,000	29	$0	$0	Si	$449,400
31	CC	1045739600	ESPAÑA MICHAEL									X									230301	30	$1,717,175	$274,800	EPS010	30	$1,717,175	$68,700	CCF07	30	$1,717,175	$68,700	14-11	30	$1,717,175	6.960%	$119,600	30	$0	$0	Si	$531,800
32	CC	32580740	ESTRADA CATALINA																		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF07	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
33	CC	1045743371	FERRER ALDAIR											X							230301	5	$193,334	$31,000	EPS005	5	$193,334	$7,800	CCF07	5	$0	$0	14-11	5	$193,334	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$38,800
34	CC	1045743371	FERRER ALDAIR									X									230301	25	$1,323,186	$211,800	EPS005	25	$1,323,186	$53,000	CCF07	25	$1,323,186	$53,000	14-11	25	$1,323,186	6.960%	$92,100	25	$0	$0	Si	$409,900
35	CC	1045739232	HERNANDEZ ARON									X									230301	30	$1,760,359	$281,700	EPS002	30	$1,760,359	$70,500	CCF07	30	$1,760,359	$70,500	14-11	30	$1,760,359	6.960%	$122,600	30	$0	$0	Si	$545,300
36	CC	1143458697	LUNA LEONARDO									X									230301	30	$1,698,432	$271,800	EPS010	30	$1,698,432	$68,000	CCF07	30	$1,698,432	$68,000	14-11	30	$1,698,432	6.960%	$118,300	30	$0	$0	Si	$526,100
37	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE									X									230301	30	$1,742,803	$278,900	EPS010	30	$1,742,803	$69,800	CCF07	30	$1,742,803	$69,800	14-11	30	$1,742,803	6.960%	$121,300	30	$0	$0	Si	$539,800
38	CC	8487060	MONTES JADER									X									230201	30	$1,714,288	$274,300	EPS002	30	$1,714,288	$68,600	CCF07	30	$1,714,288	$68,600	14-11	30	$1,714,288	6.960%	$119,400	30	$0	$0	Si	$530,900
39	CC	1001852031	OROZCO JUAN									X									230201	30	$1,710,755	$273,800	EPS037	30	$1,710,755	$68,500	CCF07	30	$1,710,755	$68,500	14-11	30	$1,710,755	6.960%	$119,100	30	$0	$0	Si	$529,900
40	CC	8734272	ORTIZ NORMAN									X									25-14	30	$1,485,602	$237,700	EPS017	30	$1,485,602	$59,500	CCF07	30	$1,485,602	$59,500	14-11	30	$1,485,602	6.960%	$103,400	30	$0	$0	Si	$460,100
41	CC	1045715156	OSORIO DANIEL									X									230201	30	$1,595,846	$255,400	EPS005	30	$1,595,846	$63,900	CCF07	30	$1,595,846	$63,900	14-11	30	$1,595,846	6.960%	$111,100	30	$0	$0	Si	$494,300
42	CC	8706021	OSORIO NELSON									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,620,677	$64,900	CCF07	30	$1,620,677	$64,900	14-11	30	$1,620,677	6.960%	$112,800	30	$0	$0	Si	$242,600
43	CC	8786380	PEREZ HAROLD									X									230301	30	$1,570,834	$251,400	EPS010	30	$1,570,834	$62,900	CCF07	30	$1,570,834	$62,900	14-11	30	$1,570,834	6.960%	$109,400	30	$0	$0	Si	$486,600
44	CC	1042451013	RAMIREZ MIKE													X					230301	1	$62,339	$10,000	EPS005	1	$62,339	$2,500	CCF07	1	$1	$100	14-11	1	$62,339	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$12,600
45	CC	1042451013	RAMIREZ MIKE		X							X									230301	29	$1,618,407	$259,000	EPS005	29	$1,618,407	$64,800	CCF07	29	$1,618,407	$64,800	14-11	29	$1,618,407	6.960%	$112,700	29	$0	$0	Si	$501,300
46	CC	72276775	REYES GABRIEL									X									230301	30	$1,654,751	$264,800	EPS010	30	$1,654,751	$66,200	CCF07	30	$1,654,751	$66,200	14-11	30	$1,654,751	6.960%	$115,200	30	$0	$0	Si	$512,400
47	CC	8727705	RODRIGUEZ FRANCISCO											X							25-14	5	$193,334	$31,000	EPS005	5	$193,334	$7,800	CCF07	5	$0	$0	14-11	5	$193,334	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$38,800
48	CC	8727705	RODRIGUEZ FRANCISCO									X									25-14	25	$1,359,807	$217,600	EPS005	25	$1,359,807	$54,400	CCF07	25	$1,359,807	$54,400	14-11	25	$1,359,807	6.960%	$94,700	25	$0	$0	Si	$421,100
49	CC	72275641	ROJAS ROBINSON									X									230301	30	$1,710,755	$273,800	EPS010	30	$1,710,755	$68,500	CCF07	30	$1,710,755	$68,500	14-11	30	$1,710,755	6.960%	$119,100	30	$0	$0	Si	$529,900
50	CC	1042455017	SALAS CARLOS											X							230301	4	$154,667	$24,800	EPS037	4	$154,667	$6,200	CCF07	4	$0	$0	14-11	4	$154,667	0.000%	$0	4	$0	$0	Si	$31,000
51	CC	1042455017	SALAS CARLOS									X									230301	26	$1,494,368	$239,100	EPS037	26	$1,494,368	$59,800	CCF07	26	$1,494,368	$59,800	14-11	26	$1,494,368	6.960%	$104,100	26	$0	$0	Si	$462,800
52	CC	1140838390	SHAW YEINNER									X									25-14	30	$1,819,204	$291,100	EPS005	30	$1,819,204	$72,800	CCF07	30	$1,819,204	$72,800	14-11	30	$1,819,204	6.960%	$126,700	30	$0	$0	Si	$563,400
53	CC	1042421227	VIDAL JEFFERSSON											X							230201	1	$38,667	$6,200	EPS010	1	$38,667	$1,600	CCF07	1	$0	$0	14-11	1	$38,667	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,800
54	CC	1042421227	VIDAL JEFFERSSON											X							230201	1	$38,667	$6,200	EPS010	1	$38,667	$1,600	CCF07	1	$0	$0	14-11	1	$38,667	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$7,800
55	CC	1042421227	VIDAL JEFFERSSON									X									230201	28	$1,672,704	$267,700	EPS010	28	$1,672,704	$67,000	CCF07	28	$1,672,704	$67,000	14-11	28	$1,672,704	6.960%	$116,500	28	$0	$0	Si	$518,200
56	CC	1129486837	ZUBIRIA RAMON									X									230301	30	$1,743,275	$279,000	EPS002	30	$1,743,275	$69,800	CCF07	30	$1,743,275	$69,800	14-11	30	$1,743,275	6.960%	$121,400	30	$0	$0	Si	$540,000
Total	**Afiliados(44)**																						$69,642,751	$11,144,900			$72,963,428	$2,918,800			$71,513,934	$2,862,500			$72,963,428		$3,070,100		$0	$0		$19,996,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/08/10 09:25 AM

AMADSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

MOVIL 08 MES 08 AÑO 23.

Código: F-AMB-11
Versión: 01
Vigente desde: 23/07/2020

CHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	EDAD	DX	ENTIDAD	ORIGEN	HORA RECIBIDO PACIENTE	DESTINO	HORA ENTREGA PACIENTE	TIPO DE SERVICIO	MEDICO	AUXILIAR	CONDUCTOR
/7	Daniel Diaz Moreno	1128046701	38A	Trauma	Cosalud	Castillo San F.	10:15	Universitario	10:46	TAB	//	Leonardo	Jesus
/7	Claudia Trespalacios	1047	35A	Sincope	Ninguna	Castillo	11:38	Castillo	11:55	TAB	//	Leonardo	Jesus.
/7	Patricia Ana Plaza	1	25A	Sincope	Ninguno	Castillo	16:00	el. Barrigrande	16:53	TAB	//	Leonardo	Jesus.
7	Ana Garcia benabides	52210659	49A	Luxacion	compensar	castillo	17:15	castillo	17:35	TAB	//	Leonardo	Jesus
/7	Jalocoun Ansan hassa.	5295659	30A	Desidratacion	Ninguno	Castillo	16:10	Castillo	16:22	TAB	//	Leonardo	Juna
/8	Zomaira Cierna	1022	30A	Luxacion	Ninguna	castillo	10:30	Castillo	10:40	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Seny Soza	1	55A	HTA	Ninguna	castillo	12:30	Castillo	13:00	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Jader Vergara muñoz	10	19A	Sincope	Cosalud	Castillo	14:10	universitario	14:55	TAB	//	Leonardo	Jesus.
8	Milton gonzalez Cosulo	00	63A	caida	Ninguna	Castillo	13:13	Castillo	15:33	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Vera de Asis	1	52A	Contusion	Ninguno	Castillo	10:39	el. Barrigrande	11:25	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Evaluna Fernandez	1	41A	Sincope	Lutia Asisten	Castillo	15:50	Castillo	16:20	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Adriana Sinardi	1	64A	Sincope	Ninguno	Castillo	16:38	Castillo	16:49	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Gulmina Wayues	63114623	8A	caida	Ninguna	Castillo	14:02	castillo	14:19	TAB	//	Leonardo	Jesus
/8	Julio Caballero	08	64A	Descompen	Ninguna	Castillo	11:35	Castillo	12:05	TAB	//	Leonardo	Robinso
/8	NAtnalia Feliz	1	12A	Deshidratacion	Sanitas	Castillo	17:05	el. Armila	17:40	TAB	//	Leonardo	Robinso
/8	Sorely Valencia	39553	52A	Luxacion	Sura	Castillo	17:50	Castillo	18:00	TAB	//	Leonardo	Francisco
8/8	Francisco Lopez	1	37A	Dolor dolori	Nueva EPS	castillo	10:45	el. caribe del Mo	11:32	TAB	//	Leonardo	Dimas.

Powered by CamScanner

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49235

Codigo: F-AMB-02
Versión: 02
Vigente desde: 08/08/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 06 - 08 - 2023 | ENTIDAD: | PLACA: ISP 046

NOMBRES: Jenny Patricia Soza Zambrano

SEXO: M X | ID: 1304039037 | TELEFONO: | EDAD: 55

DIAGNOSTICO: Hipertensior

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Juliana | APELLIDOS: Berberan

ID: 130825798-3 | TEL: +593 983746804 | PARENTESCO: Sobrina

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	12:35	1:00	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 104	T/A: 90/60	FR: 16	TEMP: 37	GLASGOW: 15/15	SO2: 97

ANTECEDENTES: HTA

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

X Juliana Berberan
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se atiende paciente Femenina de 55 años de edad Alerta consciente, orientada con signos vitales Parámetros dentro de lo normal, se baja a enfermería se le estabilizan SV y es dada de alta.

Nota: no ameritaba Traslado

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Aldair Ferrer	CONDUCTOR: Francisco Rodriguez
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49502	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 16/08/21	ENTIDAD: No tiene		PLACA: SPO46
NOMBRES: Yeni Cristina de Asis			
SEXO: M / F	ID: 24955550	TELEFONO: No tiene	EDAD: 52 AÑOS
DIAGNOSTICO: Caida de escalera alta con herida abierta			
		INFECTADO: SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Sandra		APELLIDOS: de Santis Fernandez	
ID: 2463304207	TEL: No tiene	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Hospital de San Felipe Cartagena	10:37	10:45	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Clinica de Bocagrande	11:06	11:19	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 98	T/A: 125/83	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%
ANTECEDENTES: Ninguno					
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de Urgencias Femenina quien No1 informa que sufrio caida en su casa alto del cristo a nivel del pecho se golpeo pecho NOS encontramos con una herida abierta por contusion en pecho frontal del torax se hace parada de sangre y se baja a camilla para su traslado se cura y se Traslada hacia clinica Bocagrande por Profundidad de la herida se traslada bajo protocolo de bioseguridad Se ingresa y se entrega a medico en turno del hospital de bocagrande

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

2463304207

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Lemus	CONDUCTOR: Jesus Roca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49234	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 06 - 08 - 2023				ENTIDAD:		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Ziomara Siena							
SEXO:	M	X	ID: 1023900812	TELEFONO:		EDAD: 30	
DIAGNOSTICO: Laceracion							
				INFECTADO:	SI	NO	X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:30	10:40	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 68	T/A: 121/63	FR: 16	TEMP: 37	GLASGOW: 15/15	SO2: 99
ANTECEDENTES: Niega					

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE	FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se atiende Paciente Femenina de 30 años de edad Alerta consciente orientada con signos Vitales dentro de los Para Metros normales Paciente con laceracion en miembro superior izquierdo a la altura del codo, Se desinfecta area afectada y se le deja parche puesto para evitar una infeccion. Se da de alta

NOTA: Paciente no amerita Traslado

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Aldair Forero	CONDUCTOR: Francisco Rodriguez
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49214	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 17/08/23				ENTIDAD: Sanitas		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Natalia Ferro Mendoza							
SEXO:	M	X	ID: 1161214927	TELEFONO: 3105768844.		EDAD: 12 años	
DIAGNOSTICO: Deshidratacion							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Angela		APELLIDOS: Mendoza Lopez	
ID: 1073383418	TEL: 3132785686	PARENTESCO: Madre	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo de San Felipe Cartagena	17:05	17:08	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Cl. Crimita Cartagena	17:19	17:40	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 72	T/A: 100/67	FR: 95	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 95%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Luna M.
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente femenino de 12 años de edad que llega a enfermeria por motivos de sincopa por deshidratacion se toma signos vitales dentro 95% con Nos ch 6 vomitos seguidos se hace traslado hacia Clinica Crimita Para Mayor atencion se realiza Traslado bajo las Normas de bioseguridad y signos Vitales estable Luego se ingresa al area de urgencia y se entregula a los Medicos en Turno se deja en cubiculo para su Valoracion

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

X 1073383418

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Luna	CONDUCTOR: Robinson Roja
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	**FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA** 49220	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30/01/23			ENTIDAD: Compensar		PLACA: ISP046		
NOMBRES: Ana Cecilia benavides							
SEXO:	M	F	ID: 52219659	TELEFONO: 3197386159	EDAD: 49 años		
DIAGNOSTICO: Esguianzl Grado 3							
				INFECTADO:	SI	NO	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Emilce		APELLIDOS: benavides varites	
ID: 41643597	TEL: 3165825764	PARENTESCO: Hermana.	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo de San Felipe.	15:40	16:48	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 93	T/A: 125/72	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Leon M.
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente femenino de 49 años consciente alerta y orientado que es Traida a la en silla por cuido de su propia altura con lesión en miembro inferior izquierdo se le brinda primeros Auxilios y el dia que se Traslada a su centro de Atencion. Se da de alta de enfermeria y Parte por sus propios medios se decide Trasladar a su EPS.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

41.643597.

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Leon M.	CONDUCTOR: Jesus Roca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49219	Codigo: F-AMB 02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30/07/23			ENTIDAD: Medical cordi			PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Patricia ANN Plopa							
SEXO:	M	X	ID: 41067606-027	TELEFONO: 248505 3979		EDAD: 79 años	
DIAGNOSTICO: herido en cráneo por confusion							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: JEFFRY		APELLIDOS: PLOPA	
ID: 313 979 5533	TEL: 248 505 3979	PARENTESCO: Amigo	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo de San Felipe	15:45	16:05	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: clinica Bocagrande	16:35	16:55	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: x	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 82	T/A: 133/78	FR: 19	TEMP: 38	GLASGOW: 15/15	SO2: 99%
ANTECEDENTES: Riego					

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

Leonardo Lerma M.
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente femenino de 79 años de edad quien llego a urgencias por caida de su propia altura con herida por contusion Obvia en craneo por Traumatismo y herido en Antebrazo se aplico tecnica limpieza y curacion y se traslado al hospital de bocagrande donde se ingreso paciente y se entrego.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: x	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

1

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Lerma M.	CONDUCTOR: Jesus Roca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49232	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 31/07/23				ENTIDAD: Ninguna		PLACA: ISP046	
NOMBRES: Jalacoun Ansari Hasan							
SEXO:	M X	F	ID: 5295659	TELEFONO: 9732073882		EDAD: 30 años	
DIAGNOSTICO: Desnutrición							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Cristian		APELLIDOS: Delgado Vedoya	
ID: 1053823588	TEL: 9733331696	PARENTESCO: Amigo	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe cartagena	16:10	16:22	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 96	T/A: 130/70	FR: 18	TEMP: 37.5	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO X	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Lerma
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Masculino de 30 años de edad quien llega a Urgencia con Deshidratación y descompensación ácido se le pruebe los Signos Vitales estable. Se le informa Para el Traslado y dijo que el momento NO Tenia Dinero para Cancelar algun costo.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

1053 823 588

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Lerma	CONDUCTOR: Jesus Rocu
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49231	Codigo: F AMB 02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30/07/23			ENTIDAD: Nectiva			PLACA: IBP 046	
NOMBRES: Claudia Tatiana Torres							
SEXO:	M	F	ID: 1004734878	TELEFONO: 322 920 1080		EDAD: 35 años	
DIAGNOSTICO: Descompensación							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Maria		APELLIDOS: Torres Tuta	
ID: 39 300 759	TEL: 3224701080	PARENTESCO: Madre	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castilla de San Felipe	11:35	11:55	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 75	T/A: 100/60	FR: 18	TEMP: 38	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Alergias						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Jaimes M.
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Maria del C. Torres T.
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenino de 35 años consciente alerta y orientada quien es trasladada en Ferula con un Sincopo por cuadro de Calor Recibe estabilización y atención bajo los protocolos de bioseguridad se normalizan signos vitales paciente ya con signos vitales estables se deja a su propia Medios y se estable

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

Maria del C. Torres T. 39300759

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Jaimes	CONDUCTOR: Jesus Rocha
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49218	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 08/08/23			ENTIDAD: Coosalud.		PLACA: ISP 046
NOMBRES: Jader Vergara Muñoz					
SEXO: M	F	ID: 1042579510	TELEFONO: 3044613311		EDAD: 19 años
DIAGNOSTICO: Sincope Por Epilepsia.					
			INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Yuviana		APELLIDOS: Lopez Pallares	
ID: 1042578074	TEL: 304 4613311	PARENTESCO: Compañera	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe Cartagena	14:10	14:15	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Hos. Universitario	14:29	14:50	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 96	T/A: 93/52	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/5	SO2: 96%	
ANTECEDENTES: Ansiedad.						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

X Yuviana López
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Masculino de 19 años de edad quien llama a urgencias por motivos de un sincope quien se encuentra en los instalaciones del castillo en calidad de estudiante se atiende y se estabiliza signos vitales y se Traslada a hospital universitario de cartagena donde es ingresado y presentado a medico en turno

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

X Yuviana López 1042578084

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Florido Leiva	CONDUCTOR: Jesus Roca
MEDICO:	3740414 FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49237

Codigo: F AMB 02
Version: 02
Vigente desde: 08/08/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 11/08/23 | ENTIDAD: Niega | PLACA: ISO-516

NOMBRES: Julio Caballero Panalla

SEXO: M | ID: 25596933 | TELEFONO: 987991210 | EDAD: 64 años

DIAGNOSTICO: descompensacion por signos Transmitidos bajos.

INFECTADO: SI | NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Verjamin | APELLIDOS: Caballero Rosero

ID: 72424933 | TEL: 956742394 | PARENTESCO: hijo

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Puente San Felipe de Aeropuerto	11:35	12:05	BASICO X	MED:	NEONAT
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE	INTER

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 73 | T/A: 74/52 | FR: 18 | TEMP: 37 | GLASGOW: 15/15 | SO2 97%

ANTECEDENTES: Niega

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Masculino de 64 años que presenta descompensacion por infeccion y signos Tansionales bajos es llevado para enfermeria para Monitorizacion y pendiente a cerco que dentro alteres Se mantiene con Toma de signos vitales y Hidratacion via oral si realize Seguimiento con Toma de Tension arterial se estabiliza puente y al la Sentto

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

x 95424957

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Lema	CONDUCTOR: Robinson Rojas
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49236	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 08/04/23			ENTIDAD: Natiem		PLACA: ISP046		
NOMBRES: Milton gonzales Rosales							
SEXO:	M	F	ID: 0907583049	TELEFONO: 0986107849		EDAD: 63 años	
DIAGNOSTICO: Caida de su propia altura con Raspones por Friccion					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Luna		APELLIDOS: Tumbaco Pazmiño	
ID: 0909488850	TEL: 0960168378	PARENTESCO: Esposa	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe Cartagena.	15:15	15:33	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 83	T/A: 132/92	FR: 18	TEMP: 37	GLASGOW: 15/15	SO2: 99%	
ANTECEDENTES: Diabetico Tipo 2, hipertenso						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Luna
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se atiende paciente masculino de nacionalidad ecuatoriana que sufrio caida de su propia altura con Raspaduras por Friccion fue llevado a un Emergia para su limpieza y disipacion de heridas Si cura y se da intrucciones de manejo en hogar.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

0907488850

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Luna	CONDUCTOR: Jesus Rocca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49504	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 19/08/23				ENTIDAD: Niza		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Adriana Sinaldi							
SEXO:	M	F	ID: 13094438	TELEFONO: +5422154862461		EDAD: 64 años	
DIAGNOSTICO: Sincope							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Silvia		APELLIDOS: Salimando	
ID: 20443584	TEL: +54 2215939966	PARENTESCO: Amiga.	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castilla de San Felipe Pablagasse	16:38	16:49.	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 120/85	T/A: 58	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenino de 64 años que sufre Sincope donde Vos Informes que la Puesta el encuentra en bateria de ponte donde tomamos el desplazamiento se Toma signos de estabilidad y se baja en Silla de Ruedas a enfermeria para su Mejor atencion se Aprueba y se da de alta

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

20443584

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Jerez	CONDUCTOR: Jesus Roca.
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49230	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30/07/23				ENTIDAD: Coosalud		PLACA: SP046	
NOMBRES: Daniel Diaz Molano							
SEXO:	M	F	ID: 1128046704	TELEFONO: 3057081404		EDAD: 38 años	
DIAGNOSTICO: Tension Arterial elevada mas descompensacion							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Katherine		APELLIDOS: Guerrero Rodriguez	
ID: 1004805205	TEL: 304 592 675	PARENTESCO: Esposa	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: castillo de San Felipe cartagena	9:38	10:03	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: cl. cartagena del mar	10:12	10:25	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3: hospital universidad del caribe.	10:34	10:46	SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 84	T/A: 135/100	FR: 18	TEMP: 37.8	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%
ANTECEDENTES: Niega					

L.E.V	OXIGENO: SI NO X	VOL	PEEP	FR	FIO2

Leonardo Jurez M.
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

X JHONATAN SERPA C.
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

paciente Masculino de 38 años consciente alerta y orientado pacte que se encuentra en su Puesto de Trabajo donde SUFRE Lincope por picos de cabeza se llega hasta el punto de donde se encuentra el paciente se Toman signos Vitales se deben presion arterial alta se traslada paciente a la clinica el mar y NO lo reciben por NO convenio y NO reciben al paciente paciente se traslada por segunda opcion al hospital Universitario del caribe donde se ingresa paciente y se pasa a Medico externo paciente estable se deja ubicado en observacion

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

JHONATAN SERPA C. 1143395491

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Jurez	CONDUCTOR: Jesus Poca
MEDICO:	X FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	**FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA** 49232	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 31/07/23				ENTIDAD: Ninguna		PLACA: ISP046	
NOMBRES: Julcoun Ansari Hasan							
SEXO:	M	F	ID: 52945659	TELEFONO: 973207 3882		EDAD: 30 Años	
DIAGNOSTICO: Desvanecimiento							
				INFECTADO:	SI	NO	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Cristian		APELLIDOS: Delgado Vedoya	
ID: 1053823588	TEL: 973 3331696	PARENTESCO: Amigo	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe Cartagena	16:10	16:22	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 96	T/A: 130/70	FR: 18	TEMP: 37.5	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Leonardo Jurado
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Masculino de 30 años de edad quien llega a Urgencias con deshidratacion y descompensacion cuadro. Se le pruebe los Signos Vitales y se determinan los Signos Vitales estable. Se le informa Sobre su el Traslado y dijo que el momento NO Tenia Dinero para Cancelar algun costo.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

1053 823 588

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Jurado	CONDUCTOR: Jesus Rocca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49505	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 16/08/23				ENTIDAD: Ninguna		PLACA: ISP046	
NOMBRES: Guillermina Vargas							
SEXO:	M	F X	ID: 63114623	TELEFONO: 19142035951		EDAD: 8 y	
DIAGNOSTICO: Victima de su propia altura							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Yanish Jeffrey		APELLIDOS:	
ID: 85278294	TEL: 19142035951	PARENTESCO:	Mother

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe Cartagena	14:02	14:19	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 80	T/A: 100/63	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%	
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO X	VOL	PEEP	FR	FIO2	

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenina de 8 años de edad que sufrio caida por su propia altura con herida en Rodilla izquierda se llego a enfermeria donde se le hace curacion a la paciente y se desinfecta herida se cubre para que no se infecte y se da de alta a paciente

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

X

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Luna	CONDUCTOR: Jesus Daza.
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49215	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22/08/23				ENTIDAD: Sura		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Sorelly Valencia Bedoya							
SEXO:	M	F	ID: 39353608	TELEFONO: 3015243023		EDAD: 52 años	
DIAGNOSTICO: Luxacion							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Viviana		APELLIDOS: Valencia Bedoya	
ID: 39352848	TEL: 311346 8252	PARENTESCO: hermana	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Cuchilla San Felipe	17:50	18:00	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 75	T/A: 130 / 59	FR: 18	TEMP: 37	GLASGOW: 15/15	SO2: 99%

ANTECEDENTES: Niega

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

X [signature] 39352848

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenina de 52 años de edad quien al caminar se le doblo el pie quien es Traida ala enfermeria para su Atencion se le presta los primeros auxilios se le vendo el pie y ella por sus propios Medios Decide Trasladarse a su Centro de Atencion Mas Cercano

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

X [signature] 39352848.

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Luna	CONDUCTOR: Fransisco Rodriguez
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 19501	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 10/08/23				ENTIDAD: Salud Asistan		PLACA: ISP056	
NOMBRES: Catalina Fernandez Galindo							
SEXO:	M	X	ID: 0[illegible]3337	TELEFONO: 8-13514736 9.		EDAD: 41 años	
DIAGNOSTICO: Cefalea de Cabeza y baja de Tension.							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Francisco		APELLIDOS: Bustos Dominguez	
ID: 35131258	TEL: 8925147369	PARENTESCO: Cordinador	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe Cartagena.	15:50	16:20	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 72	T/A: 100/72	FR: 18	TEMP: 37°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%
ANTECEDENTES: Niega					
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2

Leonardo Suarez
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

X 35131258
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenina que se encontraba en Fila para el ingreso hacia el Castillo quien presento Lincope y baja de Tencion. se ingresa ala enfermeria donde se estabilisa y se hace Toma de signos vitales se hidrata via oral se hace tras del Embarcadero con solucion Pedialith oral. se estabilisa y se deja sentada para que se Recupere Luego x da de alta y se informa que se Mantenga Hidratada

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIAEN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

X 35131258

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAS. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Leonardo Suarez M.	CONDUCTOR: Jesus Roca
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

Escuela Taller Cartagena de Indias FORTIFICACIONES

MILENA AYOLA <milena.ayola@etcar.edu.co>

Comité Copasst agosto.

1 mensaje

Carlos Eljach <carlos.eljach@etcar.edu.co> 29 de agosto de 2023, 15:23
Para: MILENA AYOLA <milena.ayola@etcar.edu.co>, franciscoduque@etcar.edu.co, JORGE VASQUEZ <jvasquez@etcar.edu.co>, almacen@etcar.edu.co

Buena tarde, la presente tiene como fin convocarlos a reunión de comité Copasst el día miércoles 30 de agosto 2023 en sala de juntas sede ETCAR obedeciendo a revisión de informe anterior y actividades agosto.