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: 2023/10/31 Hora de Impresión: 09:21 a. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000013298 **Fecha : 2023/10/31**

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. MAD809512

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA MAD809512 2023/10/31	21,541,467.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 31102023 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: 31/10/2023
Cuenta Emisora: A
Importe Total: $48,108,239.00
No Ordenes: 3

Identificación	Beneficiario	Importe	Fp	Banco	Tc	NoCuenta	Fecha Limite AAAA	MM	DD	Concepto1	E-mail
73195057	ALFARO PACHECO RODRIGO	$5,902,669.00	1	0013	02	656209376	0000	00	00	HONORARIOS OCTUBRE	
900927441	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD SAS	$21,541,467.00	1	0001	01	096164629	0000	00	00	ACOMPAÑAMIENTO DE AMBULANCIA	
901415665	EDA COLOMBIA SAS	$20,664,103.00	1	0007	02	78700001989	0000	00	00	MATERIALES E INSUMOS DE COCINA	

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 :

Vigencia : 2023

Consecutivo OPP: 18,079
Número : 39-0000010811

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2023/10/31
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : ACOMPAÑAMIENTO DE AMBULANCIA BASICA
Entradas : 24-0000010616

Entrada 24 - 0000010616. Factura MAD809512

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 MAD809512	0.00	905,636.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS FA MAD809512	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

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	21/09/2023
N° DEL CONTRATO	SAMC-005-2023
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicio
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios permanente de transporte Asistencial Básico en sitio (Ambulancia TAB) bajo la modalidad de Area Protegida para la atención de los visitantes, contratistas y funcionarios del castillo de San Felipe de Barajas, virtud del contrato interadministrativo de comodato No. 2907.
VALOR INICIAL DEL CONTRTAO	Noventa y tres millones ciento treinta y cuatro mil cuarenta y ocho pesos ($93.134.048)
PLAZO	Hasta el 31/12/2023
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica
FECHA DE INICIO	23/09/2023
DESEMBOLSO A PAGAR	Primer pago

CERTIFICADOS	NUMERO	DIRECCION O DEPENDENCIA	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	219	Administrativa	01/06/2023	150.333.333
REGISTRO	552	Administrativa	21/09/2023	93.134.048

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito **RAFAEL CUESTA CASTRO**, Supervisor del Contrato No. SAMC-005-2023,

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. SAMC-005-2023,** 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-809512 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. La Adrian Martinez O.



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 809512

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	25/10/2023, 08:37
Expedición	25/10/2023, 08:37
Vencimiento	24/12/2023

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: Veintidos millones seiscientos cuarenta mil novecientos nueve pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-12-24 por $ 22,640,909.00

Observaciones: Se hace acompañamiento de ambulancia básica de lunes a domingo incluyendo días festivos ,servicio del 23 De Septiembre al 23 de Octubre 2023 bajo el contrato SAMC-005-2023

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: 9ece808dbcd1387f5b5981abe7823f41b4f40b7e9461af2dfe379b6489f5d64a7d828ac339915afa4dd2ec5ef67dd03e

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

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 2300000552**

Fecha Expedición : 2023/09/21 **APROBADO**

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

Unidad :
Ordenador del Gasto : RAFAEL DEL CRISTO CUESTA CASTRO
Objeto : Prestacion del servicio de Ambulancia en sitio
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
2.1.2.02.02.8.08	110	OTROS SERVICIOS	Vr-Inicial	2023/09/21	93,134,048.00
				TOTALES	93,134,048.00

Para un Total de:

93,134,048.00 NOVENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS CON 0/100

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

Vencimiento	VrCuota
2023/10/21	31,044,682.00

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
2023-09	2023-10	218998953	9457499767	E	2023/10/10	2023/10/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,128,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				48	$11,177,900	$0	$0	$11,177,900
COLFONDOS	23101	800,227,940	6	3	$385,500	$0	$0	$385,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$2,032,900	$0	$0	$2,032,900
PORVENIR	23030 1	800,224,808	8	31	$7,034,500	$0	$0	$7,034,500
PROTECCION	23020 1	800,229,739	0	7	$1,725,000	$0	$0	$1,725,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				50	$2,019,600	$0	$0	$2,019,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	50	$2,019,600	$0	$0	$2,019,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				50	$3,007,500	$0	$0	$3,007,500
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	50	$3,007,500	$0	$0	$3,007,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				50	$2,923,500	$0	$0	$2,923,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$65,400	$0	$0	$65,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$128,400	$0	$0	$128,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$951,600	$0	$0	$951,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$219,200	$0	$0	$219,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$100,800	$0	$0	$100,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$763,500	$0	$0	$763,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	12	$694,600	$0	$0	$694,600
TOTAL				50	$19,128,500	$0	$0	$19,128,500

2023/10/13 01:55 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 4 (30 Afiliados)																							$41,394,829	$6,624,700			$43,001,913	$1,716,900			$44,103,121	$1,765,700			$43,001,913		$1,839,900		$0	$0		$11,947,200
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (30 Afiliados)																							$41,394,829	$6,624,700			$43,001,913	$1,716,900			$44,103,121	$1,765,700			$43,001,913		$1,839,900		$0	$0		$11,947,200
23	CC	1047424961	ALVARADO DIMAS									X									23030 1	30	$1,872,917	$299,700	EPS017	30	$1,872,917	$75,000	CCF07	30	$1,872,917	$75,000	14-11	30	$1,872,917	4.350%	$81,500	30	$0	$0	SI	$531,200
24	CC	11032471	BLANDON DANIEL									X									23030 1	30	$1,607,084	$257,200	EPS010	30	$1,607,084	$64,300	CCF07	30	$1,607,084	$64,300	14-11	30	$1,607,084	4.350%	$70,000	30	$0	$0	SI	$455,800
25	CC	1047350214	CANTILLO JORGE									X									23030 1	30	$1,758,577	$281,400	EPS010	30	$1,758,577	$70,400	CCF07	30	$1,756,577	$70,400	14-11	30	$1,756,577	4.350%	$76,500	30	$0	$0	SI	$498,700
26	CC	72347680	CERVANTES JORGE																		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	4.350%	$50,500	30	$0	$0	SI	$328,900
27	CC	1098762525	DAZA RAFAEL											X							23030 1	3	$116,000	$18,600	EPS010	3	$116,000	$4,700	CCF07	3	$0	$0	14-11	3	$116,000	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$23,300
28	CC	1098762525	DAZA RAFAEL									X									23030 1	27	$1,668,343	$267,000	EPS010	27	$1,668,343	$66,800	CCF07	27	$1,668,343	$66,800	14-11	27	$1,668,343	4.350%	$72,600	27	$0	$0	SI	$473,200
29	CC	1003442520	DEL TORO MARIA									X									23030 1	30	$1,861,727	$297,900	EPS005	30	$1,861,727	$74,500	CCF07	30	$1,861,727	$74,500	14-11	30	$1,861,727	4.350%	$81,000	30	$0	$0	SI	$527,900
30	CC	1048264146	ESCORCIA JOINER									X									23030 1	30	$1,600,193	$256,100	ESSC24	30	$1,600,193	$64,100	CCF07	30	$1,600,193	$64,100	14-11	30	$1,600,193	4.350%	$69,700	30	$0	$0	SI	$454,000
31	CC	1045739600	ESPAÑA MICHAEL									X									23030 1	30	$1,479,241	$236,700	EPS010	30	$1,479,241	$59,200	CCF07	30	$1,479,241	$59,200	14-11	30	$1,479,241	4.350%	$64,400	30	$0	$0	SI	$419,500
32	CC	1045743371	FERRER ALDAIR		X																23030 1	13	$502,667	$80,500	EPS005	13	$502,667	$20,200	CCF07	13	$765,214	$30,700	14-11	13	$502,667	4.350%	$21,900	13	$0	$0	SI	$153,300
33	CC	1143166480	GARRIDO CARLOS											X							23030 1	2	$77,334	$12,400	EPS002	2	$77,334	$3,100	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$77,334	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$15,500
34	CC	1143166480	GARRIDO CARLOS									X									23030 1	28	$1,462,242	$234,000	EPS002	28	$1,462,242	$58,500	CCF07	28	$1,462,242	$58,500	14-11	28	$1,462,242	4.350%	$63,700	28	$0	$0	SI	$414,700
35	CC	1045739232	HERNANDEZ ARON									X									23030 1	30	$1,783,354	$285,400	EPS002	30	$1,783,354	$71,400	CCF07	30	$1,783,354	$71,400	14-11	30	$1,783,354	4.350%	$77,600	30	$0	$0	SI	$505,800
36	CC	1140874095	LOPEZ JORGE	X								X									23100 1	17	$821,000	$131,400	EPS010	17	$821,000	$32,900	CCF07	17	$821,000	$32,900	14-11	17	$821,000	4.350%	$35,800	17	$0	$0	SI	$233,000
37	CC	1143458697	LUNA LEONARDO										X								23030 1	2	$120,022	$19,300	EPS010	2	$120,022	$0	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$120,022	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$19,300
38	CC	1143458697	LUNA LEONARDO		X																23030 1	8	$309,334	$49,500	EPS010	8	$309,334	$12,400	CCF07	8	$470,573	$18,900	14-11	8	$309,334	4.350%	$13,500	8	$0	$0	SI	$94,300
39	CC	1090402943	MARIN MARIO	X								X									23030 1	29	$1,633,689	$261,400	CCFC55	29	$1,633,689	$65,400	CCF07	29	$1,633,689	$65,400	14-11	29	$1,633,689	4.350%	$71,100	29	$0	$0	SI	$463,300
40	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE									X									23030 1	30	$1,715,923	$274,600	EPS010	30	$1,715,923	$68,700	CCF07	30	$1,715,923	$68,700	14-11	30	$1,715,923	4.350%	$74,700	30	$0	$0	SI	$466,700
41	CC	1045686789	MARTINEZ LEWIN									X									23030 1	30	$1,667,017	$266,800	EPS002	30	$1,667,017	$66,700	CCF07	30	$1,667,017	$66,700	14-11	30	$1,667,017	4.350%	$72,600	30	$0	$0	SI	$472,800
42	CC	1001939628	MOLINA CARLOS									X									23030 1	30	$1,791,595	$286,700	EPS002	30	$1,791,595	$71,700	CCF07	30	$1,791,595	$71,700	14-11	30	$1,791,595	4.350%	$78,000	30	$0	$0	SI	$508,100
43	CC	8487060	MONTES JADER									X									23020 1	30	$1,744,229	$279,100	EPS002	30	$1,744,229	$69,800	CCF07	30	$1,744,229	$69,800	14-11	30	$1,744,229	4.350%	$75,900	30	$0	$0	SI	$494,600
44	CC	1001852031	OROZCO JUAN									X									23030 1	30	$1,776,491	$284,300	EPS037	30	$1,776,491	$71,100	CCF07	30	$1,776,491	$71,100	14-11	30	$1,776,491	4.350%	$77,300	30	$0	$0	SI	$503,800
45	CC	8734272	ORTIZ NORMAN									X									25-14	30	$1,592,825	$254,900	EPS017	30	$1,592,825	$63,800	CCF07	30	$1,592,825	$63,800	14-11	30	$1,592,825	4.350%	$69,300	30	$0	$0	SI	$451,800
46	CC	1045715156	OSORIO DANIEL									X									23020 1	30	$1,440,333	$230,500	EPS005	30	$1,440,333	$57,700	CCF07	30	$1,440,333	$57,700	14-11	30	$1,440,333	4.350%	$62,700	30	$0	$0	SI	$408,600
47	CC	8706021	OSORIO NELSON									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,607,084	$64,300	CCF07	30	$1,607,084	$64,300	14-11	30	$1,607,084	4.350%	$70,000	30	$0	$0	SI	$148,600
48	CC	8786380	PEREZ HAROLD									X									23030 1	30	$1,802,748	$288,500	EPS010	30	$1,802,748	$72,200	CCF07	30	$1,802,748	$72,200	14-11	30	$1,802,748	4.350%	$78,500	30	$0	$0	SI	$511,400
49	CC	72276775	REYES GABRIEL									X									23030 1	30	$1,764,043	$282,300	EPS010	30	$1,764,043	$70,600	CCF07	30	$1,764,043	$70,600	14-11	30	$1,764,043	4.350%	$76,800	30	$0	$0	SI	$500,300
50	CC	8727705	RODRIGUEZ FRANCISCO													X					25-14	7	$426,998	$68,400	EPS005	7	$426,998	$17,100	CCF07	7	$657,333	$26,300	14-11	7	$426,998	0.000%	$0	7	$0	$0	SI	$111,800
51	CC	8727705	RODRIGUEZ FRANCISCO									X									25-14	23	$1,255,396	$200,900	EPS005	23	$1,255,396	$50,300	CCF07	23	$1,255,396	$50,300	14-11	23	$1,255,396	4.350%	$54,700	23	$0	$0	SI	$356,200
52	CC	72275641	ROJAS ROBINSON		X																23030 1	5	$193,334	$31,000	EPS010	5	$193,334	$7,800	CCF07	5	$589,666	$23,600	14-11	5	$193,334	4.350%	$8,500	5	$0	$0	SI	$70,900
53	CC	1042455017	SALAS CARLOS		X																23030 1	1	$38,667	$6,200	EPS037	1	$38,667	$1,600	CCF07	1	$402,778	$16,200	14-11	1	$38,667	4.350%	$1,700	1	$0	$0	SI	$25,700
54	CC	1140838390	SHAW YEINNER									X									25-14	30	$1,919,013	$307,100	EPS005	30	$1,919,013	$76,800	CCF07	30	$1,919,013	$76,800	14-11	30	$1,919,013	4.350%	$83,500	30	$0	$0	SI	$544,200
55	CC	1140884640	SOTO JEREMY	X								X									23030 1	12	$700,591	$112,100	EPS037	12	$700,591	$28,100	CCF07	12	$700,591	$28,100	14-11	12	$700,591	4.350%	$30,500	12	$0	$0	SI	$198,800
56	CC	1129486837	ZUBIRIA RAMON									X									23030 1	30	$1,731,902	$277,200	EPS002	30	$1,731,902	$69,300	CCF07	30	$1,731,902	$69,300	14-11	30	$1,731,902	4.350%	$75,400	30	$0	$0	SI	$491,200
Total		Afiliados(50)																					$69,850,433	$11,177,700			$73,157,517	$2,123,500			$75,140,591	$3,007,500			$73,157,517		$2,019,600		$0	$0		$13,128,500

PLANILLA PAGADA

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
2023-09	2023-10	210998953	9457499767	E	2023/10/10	2023/10/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,126,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingreso	Ldtarde	Ldtarde	Ldp	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 (50 Afiliados)																					$69,850,413	$11,177,900			$73,157,517	$2,923,500			$75,140,391	$3,007,500			$73,157,517	$3,043,400					$19,128,500
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (19 Afiliados)																					**$27,295,604**	**$4,367,600**			**$28,995,604**	**$1,160,200**			**$29,877,270**	**$1,195,400**			**$28,995,604**	**$151,400**			**$0**	**$0**		**$6,874,600**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (19 Afiliados)																					**$27,295,604**	**$4,367,600**			**$28,995,604**	**$1,160,200**			**$29,877,270**	**$1,195,400**			**$28,995,604**	**$151,400**			**$0**	**$0**		**$6,874,600**
1	CC	1129572021	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	$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	32644647	BURGOS LAYS	X															25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF07	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
4	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
5	CC	1042864944	CONPADO 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
6	CC	1027634160	CORONADO MELIDA																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
7	CC	1044460455	DURADO CESAR		X														23100 1	15	$1,000,000	$160,000	EPS010	15	$1,000,000	$40,000	CCF07	15	$1,456,333	$56,400	14-11	15	$1,000,000	0.522%	$5,300	15	$0	$0	SI	$261,700
8	CC	1048332784	GONZALEZ CARMEN											X					23030 1	2	$84,000	$13,500	EPS005	2	$84,000	$3,400	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$84,000	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$16,900
9	CC	1048332784	GONZALEZ CARMEN									X							23030 1	28	$1,484,602	$237,900	EPS005	28	$1,484,602	$59,400	CCF07	28	$1,484,602	$59,400	14-11	28	$1,484,602	0.522%	$7,800	28	$0	$0	SI	$364,200
10	CC	1254463R	GRANADOS ZAIDETH																25-14	30	$3,010,000	$321,900	EPS017	30	$3,010,000	$80,400	CCF07	30	$3,010,000	$80,400	14-11	30	$3,010,000	0.522%	$16,500	30	$0	$0	SI	$492,900
11	CC	72263893	GUERRA ARIEL												X				23030 1	30	$1,635,601	$278,700	EPS002	30	$1,635,601	$78,500	CCF07	30	$1,635,601	$78,500	14-11	30	$1,635,601	0.522%	$9,400	30	$0	$0	SI	$450,800
12	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	0.522%	$6,300	30	$0	$0	SI	$294,300
13	CC	1042463046	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
14	CC	1042463046	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
15	CC	32680404	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
16	CC	72241368	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	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$735,700
17	CC	1003155212	MEZA JUNELL		X														23030 1	15	$630,000	$100,800	EPS010	15	$630,000	$25,200	CCF07	15	$945,000	$37,800	14-11	15	$630,000	0.522%	$3,300	15	$0	$0	SI	$167,100
18	CC	1045226479	MORALES ELAIN																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
19	CC	1129565514	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
20	CC	8507804	PEREZ HAMILTUN												X				23020 1	30	$1,643,400	$266,200	EPS002	30	$1,643,400	$65,600	CCF07	30	$1,643,400	$65,600	14-11	30	$1,643,400	0.522%	$8,700	30	$0	$0	SI	$408,100
21	CC	55236524	PEREZ HENNY		X														23100 1	14	$568,000	$44,100	EPS010	14	$568,000	$23,600	CCF07	14	$819,000	$32,800	14-11	14	$568,000	0.522%	$3,100	14	$0	$0	SI	$153,600
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 3 (1 Afiliados)																					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$28,300**			**$0**	**$0**		**$306,700**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$46,400**			**$1,160,000**	**$28,300**			**$0**	**$0**		**$306,700**
22	CC	32580740	ESTRADA CATALINA																23030 1	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	2.436%	$28,300	30	$0	$0	SI	$306,700

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Durante el periodo del 23 de septiembre al 23 de octubre 2023, la ambulancia Básica, estuvieron dispuestos al llamado y al cumplimiento 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 pacientes a trasladar

ITEN	FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	IDENTIFICACION	DESTINO
1	27/09/2023	JOSE DANIEL MARZOLA GALVIS	1007901821	CASTILLO SAN FELIPE
2	28/09/2023	MILENA MARIA LOPEZ HERNANDEZ		CASTILLO SAN FELIPE
3	29/09/2023	BEATRIZ ELENA ARJORRA HENAO	42986981	CASTILLO SAN FELIPE
4	29/09/2023	ESTELA MUÑOZ	25267889	CASTILLO SAN FELIPE
5	3/10/2023	YOLANDA ISABEL GOMEZ CACERE	6218132	CASTILLO SAN FELIPE
6	5/10/2023	EBENEZER GONZALES		NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE
7	5/10/2023	JAVIER REALES HERNANDEZ	9295942	VIRREY SOLIS SALUD TOTAL
8	9/10/2023	JHONATA SERPA CORREA	1143395497	CLINICA GENERAL DEL CARIBE
9	18/09/2023	ALEXANDER MICHAVARGAS TERAN	1127625012	CLINICA MADRE BERNALDA
10	20/10/2023	JUANA FLECHAS CEPEDA	1053443964	CASTILLO SAN FELIPE
11	20/10/2023	ALEJANDRA GONZALES	1043963301	CASTILLO SAN FELIPE
12	22/10/2023	CLAUDIA BRAGA CORREA	67769214	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/10/2023	ELIZETH BLANCO TORRES	45538572	CLINICA SAN JOSE DE TORRICES
14	22/10/2023	LUISA FERENADA CASTRO ORTIZ	1002193152	CLINICA LA ARMITA
15	23/10/2023	ZAIDA SALGADO LOBO	45529554	NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE

Zoibeth Granados T.

ZOIBETH GRANADOS TRUYOL
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

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

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49592	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22/10/2023				ENTIDAD: SANITAS		PLACA: IPS 046	
NOMBRES: LUISA FERNANDA CASIRO ORTIZ							
SEXO:	M	X	ID: 1002193152	TELEFONO: 3029979989		EDAD: 21	
DIAGNOSTICO: DESHIDRATACIÓN							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: María Camila Arbeláez Arrieta		APELLIDOS:	
ID: 1.002.308.873	TEL: 3007366092	PARENTESCO:	Amiga

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	16:40	16:50	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA LA ERMITA	17:00	17:01	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 99	T/A: 108/62	FR: 22	TEMP: 36°	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

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 21 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA REFIRIENDO SENTIRSE MAL DE SALUD POR LO CUAL SE LE PRESTAN LOS PRIMEROS AUXILIOS DEJANDOLA EN OBSERVACIÓN POR MAS DE 15 MINUTOS POR LO QUE DECIDIMOS TRASLADARLA A LA CLINICA LA ERMITA PARA QUE RECIBA ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA DONDE QUEDA BAJO OBSERVACIÓN.

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

Arturo Andrés García Echeverría 1047449797 PARAMEDICO:	CONDUCTOR:

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49593	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 23/10/2023				ENTIDAD: COOSALUD		PLACA:	
NOMBRES: ZAIDA SALGADO LOPEZ							
SEXO:	M	X	ID: 45529554	TELEFONO: 3016948143		EDAD: 44	
DIAGNOSTICO: DOLOR LUMBAL (PARTE BAJA DE LA ESPALDA)							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: . Jader Baldiris Rodelo		APELLIDOS:	
ID: . 1143409580	TEL: . 3008131509	PARENTESCO: Sobrino.	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	14:06	14:15	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	14:30	14:35	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC:	T/A: 120/65	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 97%	
ANTECEDENTES: NIEGA						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE		. Jader Baldiris FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE				

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 44 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA CON LIMITACION FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO LA CUAL ES TRASLADAD A NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRADE PARA SER VALORADA ES ENTREGADA AL MEDICO ENTURNO SIN NOVEDAD.

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

. Jader Baldiris.

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: ARTURO GARCIA	CONDUCTOR: OSWALDO HERRERA

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

MOVIL 8 MES Septiembre AÑO 2023 1000

Código: MAD-OP-FR-008
Version: 03
Vigente desde: 01/10/2023

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
14	Maria Salazar S.	PS 13977 34		Castilla	/			/	TAB	Auxiliar			
18	Margarita Alemanda	A 829 525		Castilla	/			/	TAB	Auxiliar			
20	Sandra Gonzalez	52074397		Castilla	/			/	TAB	Auxiliar			
22	Maria apoyo Rabbi	2704 90088-2		Castilla	/				TAB	Auxiliar			
22	Yesseen Rojas Ruiz	1004963 8078		Castilla	/	/		/	TAB	Auxiliar			
28	Milena Lopez Hernandez			Castilla	/			/	TAB	Auxiliar			
27	Jose Margarita Galvis	1007901821		Castilla	/			/	TAB	Auxiliar			
29	Galvis Aguirre	429864 81		Castilla	/				TAB	Auxiliar			
29	Estela Muñoz	25267889		Castilla	/	/		/	TAB	Auxiliar			

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

Código: MAD-OP-FR-008
Version: 03
Vigente desde: 01/10/2023

MOVIL 8 MES Octubre AÑO 2023

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
5	Ebenezer Gonzalez	Visita		Castillo	/					Aylen			
5	Jarvis Perez	9295947		Castillo	/	/		/		Aylen			
9	Thanatos Segura			Castillo	/					Aylen			
9	Yolyanda Gomez	PS 15755436		Castillo	/	/		/		Aylen			
14	Fallido			Castillo						Aylen			
18	Alexander Michel	1127625017		Castillo	/					Aylen			
20	Teresa Fleites Acosta	1053443964		Castillo	/					Aylen			
20	Alexander Gonzalez	1043963301		Castillo	/	/		/		Aylen			
22	Sandra Quiroga Sosa	61769214		Castillo	/					Aylen			
22	Elizabeth Alonso Reyes	46538572		Castillo	/	/		/		Aylen			
22	Luisa Fernanda Cortez	1002193152		Castillo	/					Aylen			
23	Zaida Salgado Soto	45529554		Castillo	/			/		Aylen			

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49569	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22/10/2023			ENTIDAD:		PLACA: TSP046
NOMBRES: CLAUDIA BRAGA CORREA DE ALMEIDA					
SEXO:	M	X	ID: CF769214	TELEFONO:	EDAD: 56
DIAGNOSTICO: CAIDA DE SU PROPIA ALTURA					
				INFECTADO: SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Sergio		APELLIDOS: Camacho Pacheco	
ID: 73.111.084	TEL: 3008387681	PARENTESCO: Hijo de Usuario	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	10:10	10:20	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 145/68	FR: 22	TEMP: 36.5	GLASGOW: 15/15	SO2: 97%
ANTECEDENTES: NIEGA					

L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FI02

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Claudia Braga Almeida
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE GUIA PARA SER ATENDIDA YA QUE SUFRE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA QUIEN PRESENTA LACERACIONES EN VARIAS PARTES DEL CUERPO DONDE SE LE REALIZA LIMPIEZA Y SECADO LAS ZONAS AFECTADAS LA CUAL SE MARCHA DE AREA DE ENFERMERIA SIN NOVEDAD.

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

Claudia Braga Almeida

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

Arturo Andres Garcia Ledezma

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

C.C. 1047449797

PARAMEDICO: PARAMEDICO

CONDUCTOR: Osvaldo Herrera Diaz

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49570	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22/10/2023	ENTIDAD: NUEVA EPS	PLACA:	
NOMBRES: ELIZETH BLANCO TORRES			
SEXO: M X	ID: 46538572	TELEFONO: 3024395363	EDAD: 44
DIAGNOSTICO: HIPERTENSIÓN			
	INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	15:15	15:30	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA SAN JOSE DE TORICES	16:35	16:36	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 98	T/A: 165/92	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 98
ANTECEDENTES:					
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 SEXO FEMENINO LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA REFIERE DOLOR TIPO CEFALEA, MAREOS, Y TAQUICARDIA POR LOS CUAL SE REMITE PACIENTE A UN CENTRO DE SALUD PARA QUE SEA ATENDIDA POR MEDICO Y DESCARTAR LA HIPERTENSIÓN. ES DEJADA CON FAMILIAR SIN NOVEDAD.

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

Arturo Andres Garcia Cabrera

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: C.C. 1047449797 PARAMEDICO

CONDUCTOR: OSWALDO HERRERA

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49568	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 20/10/2023				ENTIDAD: NUEVA EPS		PLACA:	
NOMBRES: JUANA VALENTINA FLECHAS CEPEDA							
SEXO:	M	X	ID: 1053443964	TELEFONO: 3228642791		EDAD: 17	
DIAGNOSTICO: GOLPE DE CALOR							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: CRISTIAN BECERRA		APELLIDOS:	
ID: 1052390685	TEL: 3138667524	PARENTESCO:	GUIA P. T.

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	15:44		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: Y	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC:	T/A: 121/56	FR: 19	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15		SO2: 99%
ANTECEDENTES: NIEGA						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR		FIO2

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

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 17 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA Y REFIERE SENTIRSE MAL MAREOS VOMITOS Y DIARREA LA CUAL SE LE REALIZA RECOMENDACIONES SE MANTIENE PATIS CONSERVA CIONES LA CUAL AL SENTIRSE BIEN SE MARCHA SIN NOVEDAD.

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

Juana Flechas

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: ARTURO GARCIA	CONDUCTOR: DIMAS ALVARADO

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49567	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 09/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 27/10/2023				ENTIDAD: SANIDAD POLICIA		PLACA:	
NOMBRES: Alejandra Gonzales							
SEXO:	M	X	ID: 1043963301	TELEFONO: 3005382422		EDAD: 19	
DIAGNOSTICO: CONTU							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Fanny		APELLIDOS: Cuadrado	
ID: 1043963273	TEL: 3024274356	PARENTESCO: Hermana	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO SAN FELIPE	08:00		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 86	T/A: 110/72	FR: 19	TEMP:	GLASGOW: 15/15		SO2: 97%
ANTECEDENTES: NIEGA						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Alejo 1043963301

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 19 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON UN GOLPE EN NIVEL EDAD DEL CUBITO DERECHO PRODUCTO A CAIDA DE PROPIA ALTURA PARA VALORAR CON TRAUMATOLOGIA Y EL GOPE LA CUAL SE RETIRA SIN NOVEDAD.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A BRINDARME 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 COMPAÑIA EN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

Alejo 1043963301

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: ARTURO GARCIA	CONDUCTOR: Dimas Alvarado Arabalo C.C. 1047424961 CONDUCTOR

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49565	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 18-10-2023				ENTIDAD: Mutual Ser		PLACA:	
NOMBRES: Alexander Miguel Vargas Teran							
SEXO:	M: X	F:	ID: 1127625072	TELEFONO: 3004469203		EDAD: 28	
DIAGNOSTICO: Dolor abdominal							
					INFECTADO:	SI:	NO: X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo SanFelipe	13:38		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Clinica Madre Bernardo	14:00		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 120 · 80	FR: 15	TEMP: 36	GLASGOW:		SO2:
ANTECEDENTES: Niega						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR		FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE	JHONSON SERNA C. FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de Sexo masculino mayor de edad manifiesta tener fuerte dolor abdominal y al moverse el dolor se le hace mas fuerte, se traslada desde el cerro SanFelipe, A la clinica madre bernarda, Para Atencion Por su eps

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 COMPANIAEN 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: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Alvaro Arebalo

HC: 8

CARTAGENA

MADSS SALUD A TU ALCANCE	**FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA** 49589	Codigo: F-AMB-02	
		Versión: 02	
		Vigente desde: 08/08/2019	
		Pagina 1 de 1	

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 09/10/2023			ENTIDAD: FAMISANAR		PLACA:		
NOMBRES: JHONATAN SERPA CORREA							
SEXO:	M	F	ID: 1143395491	TELEFONO: 310 5053675		EDAD: 27	
DIAGNOSTICO: INTOXICACIÓN							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Johana T.		APELLIDOS: Figueroa	
ID: 1102891893	TEL:	PARENTESCO: Compañera	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	11:40	12:45	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA GENERAL DEL CARIBE	13:02	13:05	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 91	T/A: 131/77	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

JHONATAN SERPA
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO 27 AÑOS EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON POSIBLE INTOXICACIÓN POR ALIMENTOS (MARISCOS) ES VALORADO Y DEJADO EN OBSERVACIÓN EL CUAL PERSISTE CON MALESTARES MAREO Y CEFALEA POR LO CUAL SE TRANSPORTA A UN CENTRO DE SALUD PARA QUE RESIVA ATENCION MEDICA OPORTUNA.

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

JHONATAN SERPA

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: Arturo Andres Garcia Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO	CONDUCTOR: 1047421961
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

AMADSS SALUD A TU ALCANCE	**FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA** 49585	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 05/10/2023			ENTIDAD: SALUD TOTAL		PLACA: IPS 046		
NOMBRES: JAVIER ALEXANDER REALES HERNANDEZ							
SEXO:	X	F	ID: 9295942	TELEFONO: 3207228046		EDAD: 42	
DIAGNOSTICO: CALCULOS RENALES							
				INFECTADO:	SI	NO X	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	08:38	09:00	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: VIRREY SOLIS - SALUD TOTAL	09:10	09:80	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 125/77	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 97%
ANTECEDENTES: NO					
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 DE SEXO MASCULINO EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA LADO DERECHO AL CUAL SE TOMAN SIGNOS VITALES ESTABLES PACIENTE PERSISTE CON DOLOR ONDAS ES REMITO EN AMBULANCIA ASTA LA CLINICA SALUD TOTAL - VIRREY SOLIS A LA ESPERA DE ATENCION MEDICA PACIENTE ES ACEPTADO POR MEDICO EN TURNO SIN NOVEDAD

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: Arturo Andres Garcia Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO	CONDUCTOR: Dimas Alvarado Arabalo C.C. 104742[illegible]61 CONDUCTOR
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49587	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 05/10/2023			ENTIDAD:			PLACA: SPI046	
NOMBRES: EBENEZER GONZALEZ VASQUEZ							
SEXO:	M X	F	ID:	TELEFONO:		EDAD: 31	
DIAGNOSTICO: DISLOCACIÓN DEL DEDO PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	15:32	15:48	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	16:00	16:06	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 82	T/A: 110/71	FR: 19	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 99%
ANTECEDENTES: NIEGA					

L.E.V	OXIGENO: SI NO X	VOL	PEEP	FR	FI02

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA PARA SER VALORADO REFIERE QUE BAJANDO UNO DE LOS TUNELES DEL CASTILLO SAN FELIPE EN UNA ZONA OSCURA SE ACABA UNA PARTE DEL TUNEL Y SE GOLPEA EL DEDO PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA SUFRIENDO DISLOCACIÓN DEL MIEMBRO POR ESTA RAZON SE TRASLADA AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO PARA QUE RESIVA ATENCIÓN MEDICA.

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: Arturo Andrés García Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO	CONDUCTOR: Dimas Alvarado Arebalo C.C. 1047424961 CONDUCTOR
MEDICO:	FIRMA ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49584	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 03/10/2023				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: YOLANDA ISABEL GOMEZ CACERES							
SEXO:	M	X	ID: 62118132	TELEFONO:		EDAD: 78	
DIAGNOSTICO: DESCOMPESACIÓN							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Lorena Patricia Santos		APELLIDOS: Soto Gomez	
ID: 66979609	TEL:	PARENTESCO: Amiga	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	9:10	9:40	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 89	T/A: 156/82	FR: 19	TEMP:	GLASGOW: 14/15	SO2: 97%	
ANTECEDENTES: Diabetes						
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 DE SEXO FEMENINO DE 78 AÑOS LA CUAL INGRESA AL SERVICIO DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE UNA AMIGA LA CUAL INFORMA SENTIRSE MAL Y ES VALORADA ENCONTRANDO SIGNOS VITALES ALTERADOS SE LE RECOMIENDA REPOSO Y TOMAR UN SUERO ORAL PACIENTE DICE SENTIRSE BIEN Y SE MARCHA DE LA ENFERMERIA SIN NOVEDAD.

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

Arturo Andres Garcia Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO: PARAMEDICO	Dimas Alvarado Arebalo C.C. 1047424961 CONDUCTOR: CONDUCTOR
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49583	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 2023/09/29				ENTIDAD: Nueva EPS		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Estela Maria Muñoz							
SEXO:	M	F	ID: 52767889	TELEFONO:		EDAD: 75 años	
DIAGNOSTICO: Hipertension descompensada							
				RH	INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Luz Elena		APELLIDOS: Lozano	
ID:	TEL: 3006152471	PARENTESCO: Hija	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	11:26	12:02	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 93/50	FR: 18	TEMP: 36.8	GLASGOW: 14/15	SO2: 93%	
ANTECEDENTES: Hipertensa						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

Stella Muñoz
FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Luz Elena Lozano M
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se traslada paciente femenina de 75 años de edad en compañia de familiar paciente en condiciones generales regulares manifestando dx descompensada con paciente normocefalo con signos vitales dentro los parametros normales se valora paciente y se deja paciente en observacion. Se da egreso a Paciente en mejor condiciones.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: —11—	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

Luz Elena Lozano M.

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: Jorge Martinez	CONDUCTOR: Jorge Castillo
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49578	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 27/09/2023 | ENTIDAD: NUEVA EPS | PLACA: TSP046

NOMBRES: JOSE DANIEL MARZOLA GALVIS

SEXO: M | F | ID: 1007901821 | TELEFONO: 3002134073 | EDAD: 19

DIAGNOSTICO:

INFECTADO: SI | NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	13:00	13:30	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 87 | T/A: 120/61 | FR: 19 | TEMP: | GLASGOW: 15/15 | S02: 97%

ANTECEDENTES: MIOPIA

L.E.V | OXIGENO: SI NO | VOL | PEEP | FR | FI02

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

• Jose Marzola
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 19 AÑOS EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON DOLOR EN PARTE BAJA DEL ABDOMEN A LA PARPITACIÓN MANIFIESTA DOLOR SE LE RECOMIENDA AL PACIENTE QUE SE ACERQUE A UN PUESTO DE SALUD O SU EPS PARA LA REALIZACIÓN DE VARIOS EXAMENES MEDICO.

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

• Jose Marzola

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: Arturo Andres Garcia Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO

CONDUCTOR: Dimas Alvarado Arebalo C.C. 1047424961 CONDUCTOR

MEDICO:

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49581	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 28/09/2023				ENTIDAD: MUTUAL SER		PLACA: ISP 046	
NOMBRES: MILENA MARIA LOPEZ HERNANDEZ							
SEXO:	M	X	ID:	TELEFONO:		EDAD: 28	
DIAGNOSTICO: DESCOMPESACIÓN							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	11:09	11:30	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 64	T/A: 96/55	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15		SO2: 99%
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 DE SEXO FEMENINO DE 28 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN MALAS CONDICIONES GENERALES PRESENTANDO CEFALEA Y MAREOS ES VALORADA ENCONTRANDO SIGNOS VITALES ALTERADOS POR TAL MOTIVO SE DEJA EN OBSERVACIÓN ASTA SU PRONTA RECUPERACIÓN.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO: X	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: Arturo Andres Garcia Ledezma C.C. 1047449797 PARAMEDICO	CONDUCTOR: Dimas Alvarado Arebalo C.C. 1047424961 CONDUCTOR
MEDICO:	FIRMA MEDICO /ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49582	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 29/09/2023				ENTIDAD: Sanitas		PLACA: JSP 046	
NOMBRES: Beatriz Elena Aguirre Henao							
SEXO:	M	F	ID: 42981981	TELEFONO: 3103714083		EDAD: 62 años	
DIAGNOSTICO: Cefalea							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Jose		APELLIDOS: Chaparro	
ID: 17342536	TEL: 3219483825	PARENTESCO: Compañero de trabajo	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	11:03	11:35	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 80	T/A: 128/85	FR: 18	TEMP: 36.7	GLASGOW: 14/15	SO2: 97%	
ANTECEDENTES: Hipertensa						
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PEEP	FR	FIO2	

42'986981

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se trata paciente femenina de 62 años de edad quien ingresa al area de enfermeria acompañada de familiar en regulares condiciones generales — presentando dx descompensacion mas cefalea intensa es valorada por el tal motivo se toman signos vitales dentro parametros normales la cual se decide dejar en observacion a la espera de egreso.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: — 11 —	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 17'342536

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: Jorge Martinez	CONDUCTOR: Jorge Castillo
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE