ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

NIT. 800169265

GETSEMANI CLL. DEL GUERRERO N 29 -64

Teléfono: 6566803 Fax: 6566803 Email: direccion@etcar.edu.co

CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

Fecha de Corte: 2024/02/29 Hora de Impresión: 03:01 p. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000013821 **Fecha : 2024/02/29**

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. 814201

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA 814201 2024/02/29	24,785,365.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 29022024 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	24,785,365.00
0420050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	13,304,864.00	0.00
0415050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	13,304,864.00
0305050505	900927441	Pago a Reserva de Registros Pendientes	0.00	13,304,864.00
0310050505	900927441	Pago a Reserva de Registros Pendientes	13,304,864.00	0.00
0420050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	13,304,864.00	0.00
0415050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	13,304,864.00
0305050505	900927441	Pago a Reserva de Registros Pendientes	0.00	13,304,864.00
0310050505	900927441	Pago a Reserva de Registros Pendientes	13,304,864.00	0.00
Totales			**78,004,821.00**	**78,004,821.00**

Elaboró: LIZZETH Revisó: _____ Aprobó: _____

Recibí conforme: _____
C.C.#

BBVA

REPORTE DE PAGO

Generador de pagos Plan B

Fecha: 29/02/2024
Cuenta Emisora: A
Importe Total: $35,766,780.00
No Ordenes: 3

Identificación	Beneficiario	Importe	Fp	Banco	Tc	NoCuenta	Fecha Limite AAAA	MM	DD	Concepto1	E-mail
900927441	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU S JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO	$24,785,365.00	1	0001	01	096164629	0000	00	00	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL	
901688669	ESPINAL	$5,981,416.00	1	0007	02	9800005442	0000	00	00	APOYO MEGAOLIMPIADAS	
830037946	PANAMERICANA LIBRERÍA Y PAPELERIA SA	$4,999,999.00	1	0007	02	05900007173	0000	00	00	COMPRA DE INSUMOS DE ASEO	

Escuela Taller
Cartagena de Indias
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

ORDEN DE PAGO

ESTADO : APROBADO

SECCION PRINCIPAL :

UNIDAD EJECUTORA :

Vigencia : 2024

Consecutivo OPP: 18,567
Número : 39-0000011298

VIGENCIA ANTERIOR

Fecha Orden Pago : 2024/02/29
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT#814201 SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL AMBULANCIA
Entradas : 24-0000011089,24-0000011089

Entrada 24 - 0000011089. Factura 814201

Rubro	Recurso	Tipo	Valor
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	13,304,864.00
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	13,304,864.00

VALOR TOTAL DE ORDEN DE PAGO:	26,609,728.00

Movimiento Contable de Conceptos Adicionales

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA 814201	0.00	1,064,389.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA 814201	0.00	227,779.00
2407220101	ESTAMPILLAS PARA LA JUSTICA FAMILIAR2% FA 814201	0.00	532,195.00
Total		**0.00**	**1,824,363.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS:	-1,824,363.00

VALOR NETO A PAGAR: 24,785,365.00

Son : VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON 0/100

Central de Cuentas

Contabilidad

Administrativo y Financiero

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
Ordenador del Gasto

Escuela Taller
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	23/09/2023		
-Nº DEL CONTRATO-	SAMC-005-2023		
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS		
OBJETO 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, virtud del contrato interadministrativo de comodato No. 2907.		
VALOR DEL CONTRATO	Ciento treinta y nueve millones quinientos trece mil doscientos ochenta y seis ($139.513.286)		
PLAZO	Hasta el 14/02/2024		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	**53-44-101028358**	**FECHA DE APROBACIÓN**	14/02/2024
FECHA DE INICIO	23/09/2023		
MES A PAGAR	FACTURA No. 814201		

CERTIFICADOS	NUMERO	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	219	01/06/2023	$ 133.887.683
DISPONIBILIDAD	437	11/12/2023	$ 33.961.365
DISPONIBILIDAD	013	12/01/2024	$ 73.356.545
REGISTRO	552	21/09/2023	$ 93.134.048
REGISTRO	691	20/12/2023	$ 33.961.365
REGISTRO	060	14/02/2024	$ 12.417.873

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito **SANDRA SCHMALBACH PEREZ,** Supervisor del Contrato **No 005 de 2023**., previo visto bueno de la Dirección Administrativa.

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 Servicio No. 005 de 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 al día.

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-814201 correspondiente a la suma de, **Veintiséis Millones Seiscientos nueve Mil setecientos veinte y ocho Pesos, ($26.609.728).**

Atentamente,

SANDRA SCHMALBACH PEREZ
Director General (E) Escuela Taller Cartagena de Indias
Supervisora del Contrato

Luz Adriana Martínez O
Director Administrativo
Apoyo a la Supervisión

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101028358	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	02	2024	21	09	2023	00:00	28	02	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S		NIT: 900.927.441-9
DIRECCIÓN: CR 42 H NRO. 84 B - 93	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO: 3396048

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR		NIT: 800.169.265-3
DIRECCIÓN: CL DEL GUERRERO NRO. 29 - 64 BARRIO GETSEMANI	CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR	TELÉFONO 6643700
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUCIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL CONTRATISTA EN RELACION A LA PRESTACION DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO DE AMBULANCIA BASICA EN SITIO DE PARA LA ATENCION DE VISITANTES, CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DEL CASTILLO DE 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. CONTRATO SAMC-005- 2023.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21/09/2023	28/06/2024	$27,902,657.20	$25,419,082.60
CALIDAD DEL SERVICIO	21/09/2023	28/06/2024	$27,902,657.20	$25,419,082.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	21/09/2023	28/02/2027	$6,975,664.30	$6,354,770.65

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ADICION VALOR Y PRORROGA DE VIGENCIA DE ACUERDO A OTROSI No.002. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN SIN MODIFICACION ALGUNA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******24,000.00	$ *******8,000.00	$ *******6,080.00	$ **********38,080.00	$ *******62,780,978.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SOC CONSULTORES LTDA	194675	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.2 - 17 - TELEFONO: 7813230 - MONTERIA

53-44-101028358

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101028358	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	02	2024	21	09	2023	00:00	28	02	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S	NIT: 900.927.441-9

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 42 H NRO. 84 B - 93	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3396048

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR	NIT: 800.169.265-3

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL DEL GUERRERO NRO. 29 - 64 BARRIO GETSEMANI	CARTAGENA, BOLIVAR	6643700

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito Cencosud

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******24,000.00	$ *******8,000.00	$ *******6,080.00	$ **********38,080.00	$ *******62,780,978.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SOC CONSULTORES LTDA	194675	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.2 - 17 - TELEFONO: 7813230 - MONTERIA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11015801290221(3900)000000038080(96)20240920

REFERENCIA PAGO: 1101580129022-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	COD.SUC	NO.POLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101028358	3

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	02	2024	21	09	2023	00:00	28	02	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S		NIT: 900.927.441-9
DIRECCIÓN: CR 42 H NRO. 84 B - 93	**CIUDAD:** BARRANQUILLA, ATLANTICO	**TELÉFONO:**	3396048

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR		NIT: 800.169.265-3
DIRECCION: CL DEL GUERRERO NRO. 29 - 64 BARRIO GETSEMANI	**CIUDAD:** CARTAGENA, BOLIVAR	**TELÉFONO:**	6643700

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.2 - 17 - TELEFONO: 7813230 - MONTERIA

53-44-101028358

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA
DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
900.927.441-9
CR 42 H 84 B 93
3003320044 - 3012968082
BARRANQUILLA
gerenciamadss@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. MAD 814201

CLIENTE .:	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS	**FECHA FACTURA** .:	19.feb./2024
NIT .:	800169265 **DOCUMENTO.:** 800169265	**FECHA VENCIMIENTO.:**	19.abr./2024
DIRECCION.:	BRR GETSEMANI DEL GUERRERO 29-64	**TIPO** .:	EMPRESAS
TELEFONO .:	0000000 **CIUDAD.:** CARTAGENA	**POLIZA** .:	
PACIENTE .:	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS **TIPO:** Particular	**EVENTO N°** .:	000000520
CIUDAD .:	CARTAGENA **CONTRATO** .:001		

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	% DCTO	VR. PARCIAL	VR. TOTAL
5000001	ACOMPAÑAMIENTO DE AMBULANCIA BASICA	1	0,00	26,609,728.00	26,609,728.00

VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON 00/100 M.L.

Se hace acompañamiento de ambulancia básica de lunes a domingoincluyendo días festivos ,servicio de los días hasta que segenerala nueva contratación del mes diciembrebajo el contrato SAMC-005-2023

SUBTOTAL .:	**26,609,728.00**
VALOR CUOTA o COPAGO .:	**0.00**
VALOR ICA .:	**0,00**
VALOR CREE .:	**0,00**
VALOR RET.FUENTE .:	**0,00**
TOTAL A PAGAR .:	**26.609.728,00**

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 RES DIAN # 18764048894904 RANGO 802185 - 2000000 DESDE 2023-05-11 HASTA 2024-11-11
No responsable de IVA - Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa 7X1000

Factura Electrónica de venta elaborada por software FOMPLUS, NIT 802008489-3 FOMPLUS S.A.S. Facturador Electrónico FACTURE S.A.S. NIT 900399741-7

Medio de pago: Acuerdo mutuo
60 Dias

FIRMA DEL VENDEDOR

FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR

CONDICIONES DE PAGO

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
2.1.2.02.02.8.08	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

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Durante el periodo de Noviembre A Diciembre 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	ID	NUMERO	NOMBRE	DESTINO
1	28/11/2023	CC	32906172	KELLY MIRANDA	CLINICA SAN JOSE DE TORICES
2	6/12/2023	CC	1143370576	YULADIS MORENO	CASTILLO SAN FELIPE
3	11/12/2023	CC	41886876	BLANCA MERU RESTREPO	CASTILLO SAN FELIPE
4	10/12/2023	CC	1053822402	GINA ORTIZ BEJARANO	CLINICA DE FACTURA

Zoibeth Granados T.

ZOIBETH GRANADOS TRUYOL
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

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

AMPDSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

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

MOVIL 8 MES AÑO 2023

AREA DESINFECCIÓN

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO	TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
28/11/23	Kelly Miranda Dayeon	32906172	R07	Castillo Felipe	/					Auxiliar		AR	
6/12/23	Soledad Moreno Salgado	1143370576	R07	Castillo Felipe	/					Auxiliar		AR	
11/12/23	Blanca Rey Restrepo	41886876	R07	Castillo Felipe	/					Auxiliar		AR	
10/12/23	Carina Ruiz Betancur	1053822402	R26.2	Castillo Felipe	/					Auxiliar		AR	

MADSS SALUD A TU ALCANCE	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 58915	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 28/11/2023				ENTIDAD: NUEVA EPS		PLACA: TSP 046	
NOMBRES: KELLY MIRANDA BARCASNEGRAS							
SEXO:	M	X	ID: 32906172	TELEFONO: 3002061271		EDAD: 40	
DIAGNOSTICO: (R07) DOLOR EN EL TORAX + CEFALEA (R51)							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: JAIME CHAMORRO H.		APELLIDOS: COMPAÑERO	
ID: 1082951067	TEL: 3206370606	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	10:52	11:10	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA SAN JOSE DE TORICES	11:25	11:27	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 116/75	FC: 90	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

Kelly Miranda B
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE COMPAÑERO DE TRABAJO MANIFESTANDO SENTIRSE EN MAL ESTADO DE SALUD PRESENTANDO DOLOR EN TORAX LA CUAL SE MANTIENE EN ENFERMERIA LA CUAL SE DECIDE TRASLADAR AL UN CENTRO DE SALUD MAS CERCANO PARA SER VALORADA SE DEJA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SENTADA Y CONSCIENTE S/N.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO: X	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2:

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

Kelly Miranda B 32 906 172

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 GARCIA		DIMAS ALVARADO
PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Jessica Romero 1047500141

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 51065	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 06/12/2023 | ENTIDAD: SALUD TOTAL | PLACA:

NOMBRES: YOLADIS MORENO SALGADO

SEXO: M X | ID: 1143370576 | TELEFONO: 3202240437 | EDAD: 31

DIAGNOSTICO: R51 cefalea

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Javier Alejandro | APELLIDOS: Reales Hernandez

ID: 9295942 | TEL: 3207223046 | PARENTESCO: Esposo

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 78 | T/A: 122/75 | FR: 19 | TEMP: | GLASGOW: 14/15 | SO2: 97%

ANTECEDENTES: NIEGA

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Yolados Moreno.
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se atiende paciente en sala de enfermeria paciente presenta dolorenimiento, dolor de cabeza Se atiende sin novedad Se deja en observacion hasta que cumpla tiempo y sale sin novedad 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

Yolados Moreno.

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

MEDICO: | FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 51067	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 11/12/2023 | ENTIDAD: SURA | PLACA:

NOMBRES: BLANCA MERY RESTREPO PINTO

SEXO: M X | ID: 41886876 | TELEFONO: 3113276141 | EDAD: 68

DIAGNOSTICO: DESCOMPESACIÓN (GOLPE DE CALOR)

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Julieth Garcia | APELLIDOS: Garcia Restrepo

ID: 41956639 TEL: 3113276142 | PARENTESCO: Hija

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	12:10	12:40	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 91	T/A: 123/85	FR: 20	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 99%

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Julieth Garcia.
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 68 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR LA CUAL NOS INFORMA QUE SU MADRE SE ENCUENTRA UN POCO AGOBIADA Y POR ESTA RAZON SE TRASLADA HASTA LA ENFERMERIA PARA SER TRATADA POR EL CUERPO DE PARAMEDICOS SE DEJA EN OBSERVACION HASTA SU PRONTA RECUPERACION

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

Julieth Garcia.

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
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 51066	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 10/12/2023				ENTIDAD:		PLACA: TSP 046	
NOMBRES: GINA CRISTINA ORTIZ BEJARANO							
SEXO:	M	X	ID: 1053822402	TELEFONO: 3143234019		EDAD: 31	
DIAGNOSTICO: CAIDA DE SU PROPIA ALTURA (R26.2)							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Naidu Bejarano León		APELLIDOS: Bejarano León	
ID: 21190216	TEL: 3142001493	PARENTESCO: Mamá	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	16:10	16:21	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA DE FRACTURAS	16:45	16:46	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 97	T/A: 120/45	FR: 19	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 92%	
ANTECEDENTES:						
L.E.V	OXIGENO: SI NO X	VOL	PEEP	FR	FIO2	

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Naidu Bejarano.
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 31 AÑOS LA CUAL SUFRE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON AMILIAR Y CON DIFICULTA PARA CAMINAR LA CUAL SE CAIDA Y SE OBSERVA EQUIMOSE GRADO 2 POR LA CUAL ORDENAN TRASLADO A UNA URGENCIA DE UNA DE LAS CLINICAS DE LA CIUDAD DONDE QUEDA BAJO OBSERVACION 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 GARCIA	CONDUCTOR: DIMAS ALVARADO
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE