Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CONTRATISTA	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS		
FECHA DEL CONTRATO	28-03-2024		
N° DEL CONTRATO	SAMC-001- 2024		
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicio		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de ambulancia en sitio para la atención 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.		
VALOR DEL CONTRATO	CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($47.080.000,00)		
PLAZO	Hasta el 17 de mayo de 2024.		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	PERSONA JURIDICA		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	Seguros del Estado 53-44-101030976 53-44-101031187	**FECHA DE APROBACIÓN**	11 de marzo de 2024 26 de marzo de 2024
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO	27/03/2024		
FECHA DE INICIO	28/03/2024		
DESEMBOLSO PARA PAGAR	Pago #001 del contrato SAMC-001- 2024, Factura electrónica N° MAD 818547 $21.400.000		

CERTIFICADOS	NÚMERO	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	013	2024/01/12	$73.356.545
REGISTRO	138	2024/03/27	$47.080.000

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito SANDRA SCHMALBACH PEREZ, Supervisor del Contrato No. SAMC-001- 2024, previo visto bueno de la Dirección Administrativa.

CERTIFICA

Que **IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS**, identificado con NIT.: 900927441-9 cumplió a satisfacción con las obligaciones contraídas en el **Contrato de Prestación de Servicio No. SAMC-001- 2024,** 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:



Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

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 pago #001 de la Factura electrónica N° MAD 818547 por valor de $21.400.000

Atentamente,

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

LUZ ADRIANA MARTINEZ OCAMPO
Asesora Administrativa
Apoyo a la Supervisión



Getsemaní, Calle del Guerrero #29-64
+57 (5) 6421293
www.escuelatallerctg.gov.co



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 818547

CLIENTE .: ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS
NIT .: 800169265
DIRECCION.: BRR GETSEMANI DEL GUERRERO 29-64
TELEFONO .: 0000000 **CIUDAD**.: CARTAGENA
PACIENTE .: ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS **DOCUMENTO**.:800169265
INGRESO .: 3/05/2024 **EGRESO**.: 3/05/2024 **EDAD**.: 24

FECHA FACTURA .: 03.may./2024
FECHA VENCIMIENTO.: 02.jul./2024
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000005916

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	VR. PARCIAL	VR. TOTAL
	Movimiento de Ambulancias			
1000101	AMBULANCIA EN SITIO BASICA SIMPLE -MENSUAL	1,00	21.400.000,00	21.400.000,00

VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS CON 00/100 M.L.

AMBULANCIA EN SITIO

SUBTOTAL	.:	**21,400,000.00**
VALOR CUOTA o COPAGO	.:	**0.00**
VALOR ICA	.:	**0,00**
VALOR CREE	.:	**0,00**
VALOR RET.FUENTE	.:	**0,00**
TOTAL A PAGAR	.:	**21.400.000,00**

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

MADSSCOORDFACT | FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR | CONDICIONES DE PAGO

CUFE: f9e15e26a12945674bd6ff0445b492a21ad7ade25950a8bd0f093894afbdc83b64e293b14c27a9d5b53e58f047fb16e4

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Durante el periodo del 28 de marzo al 27 de Abril 2024, 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	27/04/2024	CELIA MARIA MEZA MONTES	32907652	CASTILLO SAN FELIPE
2	24/04/2024	ANDREN KENNETH GARRETT	PA6318849	CASTILLO SAN FELIPE
3	24/04/2024	MARIA OLINPIA CORDOVA BURGOS	801196001457	CASTILLO SAN FELIPE
4	24/04/2024	ZAIDA SALGADO LOBO	45529554	NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE
5	23/04/2024	KARINA ALMAGRO	1710867848	CASTILLO SAN FELIPE
6	30/03/2024	JUAN MORALES	73156307	CASTILLO SAN FELIPE
7	12/04/2024	RORY MC DERMOTT	128101373	CASTILLO SAN FELIPE
8	19/04/2024	MARIAN ELIZABETH DRAKE	2001909	CASTILLO SAN FELIPE
9	18/04/2024	YICEL FERNADA ROJAS NIEVA	11121022	CLINICA CARTAGENA DEL MAR
10	9/04/2024	CARMONA PELAYO ORTIZ	240557873	CASTILLO SAN FELIPE
11	3/04/2024	ELENI CECILIA ZARATE CARO	1043982664	CASTILLO SAN FELIPE
12	5/04/2024	LAURA MARIBEL HERNADEZ	40221522820	CASTILLO SAN FELIPE

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 EN EL CARIBE	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 63901	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 24-04-2024			ENTIDAD: Coosalud			PLACA:	
NOMBRES: Zaida Salgado Lobo							
SEXO:	M	F ✓	ID: 45529554	TELEFONO: 3022987789		EDAD: 44	
DIAGNOSTICO: dolor en zona lumbar							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	14:40	14:49	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Nuevo hospital de Bocagrande	16:12	16:32	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 125/60	FC: 70	FR: 20	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98
ANTECEDENTES:					

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Zaida Salgado
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente Femenino mayor de edad al Area de en Farmacia Con Fuerte dolor lumbar, se Toman signos vitales, Al no Poder Tal el dolor se Traslada al Centro de salud Nuevo hospital de Bocagrande Para que sea Valorada Por medico, Paciente Queda bajo observación estable

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	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

Zaida Salgado

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

Edwin Lopez		
PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Paola Paola Paola Moreno 1047499916

MADSS SALUD A TU ALCANCE	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 64004	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 23-04-2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: Karina Elizabeth Almagro Hidalgo							
SEXO:	M	F X	ID: 1770367548	TELEFONO:		EDAD: 53	
DIAGNOSTICO: Caida de su Propia Altura + Laceración							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	15:27	15:36	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 120/50	FC: 72	FR: 18	TEMP: 36.	GLASGOW: 15-15	SO2: 99

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

Ingresa al Area de enfermeria Paciente Femenino mayor de edad. Sufre Caida de su propia altura con Laceracion en Rodilla izquierda, se le Realiza Limpieza en la zona Afectada y se Marcha Sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	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

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	MEDICO	CONDUCTOR
Edwin Lopez		DIMAS ALVARADO

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION:

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49533	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 19/04/2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: MARIAN ELIZABETH DRAKE							
SEXO:	M	X	ID: 2001909	TELEFONO:		EDAD: 47	
DIAGNOSTICO: DESCOMPESACIÓN							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO SAN FELIPE	11:00	11:45	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 92	T/A: 100/60	FR: 21	TEMP: 35°	GLASGOW: 15/15	SO2: 97%

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 DE 47 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA SOLA SIN ACOMPAÑANTE QUIEN MANIFIESTA SENTIRSE MAL DE SALUD SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN ESPERA SU PRONTA RECUPERACIÓN SIENDO LAS 11 HORAS CON 45 MINUTOS DICE ESTAR BIEN Y SE MARCHA DE LA ENFERMERIA SIN NOVEDAD.

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 GARCÍA	CONDUCTOR: KEVIN VIDRIA
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD ANTE TODO	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 64080	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 18/04/2024 | ENTIDAD: Sanitas | PLACA:

NOMBRES: Yicel Fernanda Rojas Nieva

SEXO: M F | ID: 1112102 2 | TELEFONO: 3113149142 | EDAD: 33

DIAGNOSTICO: Descompencion con Abertura de eTinTere

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Edwin david Cardona | APELLIDOS:

ID: | TEL: 3204846206 | PARENTESCO: esPoso

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	5:30	5:30	BASICO: X MED: NEONAT:
DESTINO 2: Clinica Cartagena del mar	5:40	6:01	TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 115/20 | FC: 70 | FR: 13 | TEMP: | GLASGOW: | SO2: 77

ANTECEDENTES:

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

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

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de Sexo Femenino mayor de edad en estado inconsciente y Con deramaciones de eTinTeres la cual Se Procede Tomarles Signos Vitales los cual Se Procede A Trasladarla A un centro de Salud mas cercano, Paciente Queda bajo Observacion medica y del Personal de enFermeria estable y con su acompañante

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

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

Edwin Lopez — PARAMEDICO | MEDICO | Kevin Vilorio — CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: George Khalil

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA . 49517	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 12/04/2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: Rory Mc Dermott							
SEXO:	M ✓	F	ID: 1281013773	TELEFONO:		EDAD: 7	
DIAGNOSTICO: caida de Supropia Altura							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo san Felipe	12:40	13:20	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 80	T/A: 120/70	FR: 21	TEMP: 36	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 masculino menor de edad Ingresa al Area de enfermeria Con Traumatismo en miembro inferior izquierdo posteriormente se le realza Asepsia en la zona de la herida

Paciente al notar mejoria se marcha del Area de enfermeria sin novedad alguna

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: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Kevin Viloria
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD AL ALCANCE	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 64003	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 09/04/2024			ENTIDAD:			PLACA:	
NOMBRES: PELAYO ORTIZ CARMONA							
SEXO:	M X	F	ID: 24057873	TELEFONO: 65185273		EDAD: 73	
DIAGNOSTICO: (I21.9) INFARTO AGUDO							
				INFECTADO:	SI	NO X	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: ANGELES		APELLIDOS: HERNANDEZ BRAVO	
ID: 74222982	TEL: 65185273	PARENTESCO: PAREJA	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO SAN FELIPE	12:20	12:30	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA CARTAGENA DEL MAR	12:50	13:10	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 130/90	FC: 92	FR: 22	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

Angeles Hdez

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 73 AÑOS EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA CON COMPAÑIA DE FAMILIAR REFIRIENDO ESTAR CON MALAS CONDICIONES DE SALUD DOLOR EN LA PARTE DEL PECHO PACIENTE PIERDE EL CONOCIMIENTO Y PRESENTA LIBERACION DE ESFINTERES POR TAL MOTIVO SE TRASLADAD COMO URGENCIA VITAL A LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR DONDE QUEDA EN SALA DE REANIMACION SIENDO VALORADO POR EL CUERPO MEDICO.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO: X	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC: 85	T/A: 140/75	FR: 22	TEMP:	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%

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

Angeles Hdez

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: _____

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49531	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 05-04-2024			ENTIDAD:			PLACA:	
NOMBRES: Laura Maribel hernandez De Garcia							
SEXO:	M	F ✓	ID: 4022152282O	TELEFONO:		EDAD: 32	
DIAGNOSTICO: DesconPensación							
				INFECTADO:	SI	NO ✓	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CasTillo SanFelipe	16:09		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC:	T/A: 110/74	FR: 20	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	Laura Hernández FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de Sexo Femenino mayor de edad 32 Años ingresa al Avea de enFermeria PresenTando SinTomas de desCenPensacion por lo Cual se le Toman Signos ViTales, Se esTabiliza PacienTe en el Area de enFermeria siendo Las 16:2a Paciente dice sentir mejoria Se le Toman Signos ViTales Los Cuales esTan en Parametros Normales el Cual Deside marcharse del Area

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

Laura Hernández

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: Dimo Ibarra
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49516	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 03/04/2024 | ENTIDAD: SALUD TOTAL | PLACA:

NOMBRES: ELENI CECILIA ZARATE CARO

SEXO: M X | ID: 1043982664 | TELEFONO: 3007111904 | EDAD: 32

DIAGNOSTICO: CRISIS ASMATICA (J45.0)

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: JHONAIRO | APELLIDOS: SERPA CORREA

ID: 1143395441 TEL: 3013909565 | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO SAN FELIPE	14:20	15:00	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: CLINICA CARTAGENA DEL MAR	15:15	15:16	TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 88	T/A: 113/68	FR: 21	TEMP: 35°	GLASGOW: 15/15	SO2: 98%

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Eleni Zarate
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 32 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE SUPERVISOR INTERNO MANIFESTANDO CRISIS ASMATICA LA CUAL SE DEJA BAJO OBSERVACION QUIEN PERSISTE CON LOS MISMO SINTOMAS POR ESTA RAZON SE LE COLOCA OXIGENO POR ESTA RAZON SE TRASLADA A LA CLINICA CARTAGENA MAR 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

Eleni Zarate

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 LORA

CONDUCTOR: DIMAS ALVARADO

Deysy González Pomotis
Médico General
R.M. 1001504520 CUNN

MEDICO:

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49515	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30/03/2024				ENTIDAD: SALUD TOTAL		PLACA:	
NOMBRES: JUAN CARLOS MORALES RIVERA							
SEXO:	M	F	ID: 73 156 307	TELEFONO: 3014118781		EDAD: 51	
DIAGNOSTICO: DESCOMPESACIÓN (ETT)							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Javier Realpe Hernandez		APELLIDOS:	
ID: 9 295 242	TEL: 320 7228046	PARENTESCO: Compañero	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	10:40	11:05	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 97	T/A: 131/90	FR: 20	TEMP: 36°	GLASGOW: 15/15	SO2: 97%
ANTECEDENTES: NIEGA					

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

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

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 51 AÑOS EL CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA PRESENTADO SINTOMAS DE DESCOMPESACIÓN POR LO CUAL SE LE TOMAN SIGNOS VITALES ENCONTRANDO PRESIÓN ARTERIAL UN POCO ELEVADA SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA SU MEJORIA SIENDO LAS 11 CON 00 MINUTOS SE LE TOMAN NUEVAMENTE LOS SIGNOS VITALES ENCONTRANDOSE EN LOS PARAMETROS NORMALES EL CUAL DESIDE MARCHARSE AL SENTIRSE MEJOR.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: 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: ARTURO GARCIA	CONDUCTOR: DIMAS ALVARADO
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD AL ALCANCE	HISTORIA CLINICA DE TRASLADO 63900	Código: MAD-OP-FR-002 Versión: 03 Vigente desde: 14/10/2023 Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 24 - 04 - 2024			ENTIDAD:			PLACA:	
NOMBRES: Maria Olinpia Cordova Burgos							
SEXO:	M	F ✓	ID: 0801196001457	TELEFONO:		EDAD: 64	
DIAGNOSTICO: Descompensacion + Dolor estomacal							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:40	11:20	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 102/63	FC: 78	FR: 31	TEMP: 36.	GLASGOW: 15 /15		SO2: 95
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

Ingresa Al Area de enFermeria paciente Femenino mayor de edad Sufre golpe de calor + dolor estomacal se Le Toman Signos vitales y se deja en doservacion

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	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

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

Edwin Lopez		DIMAS ALVARADO
PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49539	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 24 - Abril - 2025				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: ANDrew Kenneth Garrett							
SEXO:	M ✓	F	ID: PA6378849	TELEFONO:		EDAD: 44	
DIAGNOSTICO: 2100							
					INFECTADO:	SI	NO ✓

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO		LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1:	Castillo San Felipe	18:00	18:30	BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:				TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:				SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 111	T/A: 120/80	FR: 26	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 99	
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

Ingresa al Area de enFermeria paciente masculino mayor de edad con diagnostica de caida de Suprapia Litera mias Torcedura de Tobilla. Se Toman signos victales y Se Procede a bendar el Area afectada

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: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Dimas Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49540	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 27/04/2024				ENTIDAD: COOSALUD		PLACA:	
NOMBRES: CELIA MARIA MEZA MONTES							
SEXO:	M	X	ID: 32907652	TELEFONO: 3242076506		EDAD: 42	
DIAGNOSTICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL (110)							
					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	16:00	16:11	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 110	T/A: 151/90	FR: 76	TEMP: 35°	GLASGOW: 15/15	SO2: 90%
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 42 AÑOS LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA MANIFESTANDO MALESTAR SE LE TOMAN SIGNOS VITALES ENCONTRANDO ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL 151/100 POR LO CUAL SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA 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 GARCIA	CONDUCTOR: DIMAS ALVARADO
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS
SALUD AL ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

0062

Código: MAD-OP-FI-008
Version: 03
Vigente desde: 01/11/2023

MOVIL #11 MES 04 AÑO 2024

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN: 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
28/2024	NELY BRU AREVALO	1007229608	J30.4	COOSALUD	1	1		1	TAB		—		
30/2024	JUAN CARLOS MORELES R.	73156307	110	SALUD TOTAL	1	11		11	TAB				
05/04/24	LAURA HERNANDEZ D. GARCIA	4022152280	2100		11	.		11	TAB	EDWIN LOPEZ			
03/04/24	ELENA ZARATE CANO	1043982664	J45.0	SALUD TOTAL		111	111	1	TAB				
09/04/24	PELAYO ORTIZ CARMONA	2405578 73	L21.9	CARTAGENA DEL MAR	1	1	1	1	TAB				
08/04/24	YICEL ROJAS NEIVA	11121027	2100	SANITAS	1	1	1	1	TAB	EDWIN LOPEZ		EDWIN L.	
04/04/24	ROBY MC DERMOTT	128101373	2100	CASTILLO SAN FELIPE	1	1	1	11	TAB	EDWIN LOPEZ		EDWIN L.	
01/04/24	MARIAN ELIZABETH DRAKE	2001909	110	CASTILLO SAN FELIPE	1	1	1	11	TAB				
27/04/24	CELIA MARIA MEZA MONTES	32907652	110	CASTILLO SAN F	1	1	1	1	TAB				
05/04/24	LAURA MARIBEL HERNANDEZ	4022152280	110	CASTILLO SAN F.	1	1	1	1	TAB	EDWIN LOPEZ		EDWIN L.	

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

aaaa/mm/dd

Fecha Expedición : 2024/01/12 **No. 29 2400000013**

Fecha Vencimiento : 2024/12/31 **APROBADO**

Fecha Prorroga : 2024/12/31

Ordenador del Gasto: : SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

Objeto : Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de

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 2024
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	2024/01/12	73,356,545.00
				TOTALES	73,356,545.00

Para un Total de:

73,356,545.00 **SETENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON 0/100**

Observaciones :

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

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

JEFE DE PRESUPUESTO

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

REGISTRO DE COMPROMISOS

aaaa/mm/dd **No. 32 2400000138**

Fecha Expedición : 2024/03/27 **APROBADO**

Dcto. Relacionado : C.D.P No. 29-2400000013

Unidad :
Ordenador del Gasto : SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
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 2024
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	2024/03/27	47,080,000.00
				TOTALES	47,080,000.00

Para un Total de:
47,080,000.00 CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHENTA MIL PESOS CON 0/100
NOTA: Los recursos aqui afectados están sujetos al decreto 568 de 1.996 articulo 33

Vencimiento	VrCuota
2024/04/27	15,693,333.33

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
JEFE DE PRESUPUESTO

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD SAS identificado(a) con NIT 9009274419 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 096164629 desde el 27 de Abril de 2018, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 15 de Abril de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 72.291.363
MARTINEZ BULA
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1984
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

11-JUN-2002 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0300150-00158517-M-0072291363-20090604 0012147943A 1 3370003285

DOCUMENTOS PARA USO EXCLUSIVO DE ESCUELA TALLER
CARTAGENA.

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 LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	567851302	9465559570	E	2024/04/09	2024/04/10	BANCO DE BOGOTA	1	$17,254,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (40 Afiliados)																								$62,846,214	$10,057,000			$66,324,231	$2,647,500			$97,537,563	$2,695,700			$66,324,231		$1,839,500		$0	$0		$17,239,700
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (9 Afiliados)																								**$1,446,669**	**$231,900**			**$1,446,669**	**$51,200**			**$860,669**	**$27,800**			**$1,446,669**		**$0**		**$0**	**$0**		**$310,900**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (8 Afiliados)																								**$1,403,335**	**$224,900**			**$1,403,335**	**$51,200**			**$823,335**	**$27,800**			**$1,403,335**		**$0**		**$0**	**$0**		**$303,900**
1	CC	1042356934	CONRADO GONZALEZ GUSTAVO ALBERTO													X						23030 1	2	$133,333	$21,400	EPS010	2	$133,333	$5,400	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$133,333	0.0009	$0	2	$0	$0	SI	$26,800
2	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO														X					23030 1	6	$260,000	$41,600	EPS010	6	$260,000	$10,400	CCF07	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	0.0009	$0	6	$0	$0	SI	$62,400
3	CC	72263893	GUERRA GUZMAN ARIEL JAIR														X					23020 1	1	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$0	CCF07	1	$43,334	$0	14-11	1	$43,334	0.0009	$0	1	$0	$0	SI	$7,000
4	CC	72263893	GUERRA GUZMAN ARIEL JAIR														X					23020 1	2	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$3,500	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.0009	$0	2	$0	$0	SI	$17,400
5	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER														X					25-14	2	$86,667	$13,900	EPS005	2	$86,667	$0	CCF07	2	$86,667	$0	14-11	2	$86,667	0.0009	$0	2	$0	$0	SI	$13,900
6	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL														X					23020 1	2	$86,667	$13,900	ESSC07	2	$86,667	$3,500	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.0009	$0	2	$0	$0	SI	$17,400
7	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE														X					23100 1	2	$86,667	$13,900	EPS010	2	$86,667	$3,500	CCF07	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.0009	$0	2	$0	$0	SI	$17,400
8	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN															X				23020 1	10	$433,334	$69,400	EPS010	10	$433,334	$17,400	CCF07	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	0.0009	$0	10	$0	$0	SI	$104,200
9	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA													X						23100 1	4	$186,666	$29,900	EPS010	4	$186,666	$7,500	CCF07	4	$0	$0	14-11	4	$186,666	0.0009	$0	4	$0	$0	SI	$37,400
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																								**$43,334**	**$7,000**			**$43,334**	**$0**							**$43,334**		**$0**		**$0**	**$0**		**$7,000**
10	CC	1045739232	HERNANDEZ VARGAS ARON DAVID																	X		23030 1	1	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$0	CCF07	1	$43,334	$0	14-11	1	$43,334	0.0009	$0	1	$0	$0	SI	$7,000

2024/05/02 02:27 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (16 Afiliados)							$25,927,581	$4,148,700			$27,627,581	$1,105,300			$27,947,579	$1,118,100			$27,627,581		$217,700		$0	$0		$6,589,800
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (16 Afiliados)							$25,927,581	$4,148,700			$27,627,581	$1,105,300			$27,947,579	$1,118,100			$27,627,581		$217,700		$0	$0		$6,589,800
11	CC	1129572821	ALVEAR ALTAMAR NESTOR JOSE		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
12	CC	32651214	BULA BULA LILIA ESTHER			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
13	CC	1045758366	CALVO BARRAZA STEFANNY PAOLA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	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
14	CC	72347680	CERVANTES RUIZ JORGE ELIECER		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF07	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
15	CC	1042356934	CONRADO GONZALEZ GUSTAVO ALBERTO		23030 1	28	$1,866,667	$298,700	EPS010	28	$1,866,667	$74,700	CCF07	28	$2,000,000	$80,000	14-11	28	$1,866,667	0.522%	$9,800	28	$0	$0	SI	$463,200
16	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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
17	CC	32580740	ESTRADA THOMAS CATALINA		23020 1	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
18	CC	1048332734	GONZALEZ AGAMEZ CARMEN CECILIA	X	23030 1	30	$1,704,499	$272,800	EPS005	30	$1,704,499	$68,200	CCF07	30	$1,704,499	$68,200	14-11	30	$1,704,499	0.522%	$8,900	30	$0	$0	SI	$418,100
19	CC	22546828	GRANADOS TRUYOL ZOIBETH MARIA		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
20	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER		25-14	28	$1,213,334	$194,200	EPS005	28	$1,213,334	$48,600	CCF07	28	$1,213,333	$48,600	14-11	28	$1,213,334	2.436%	$29,600	28	$0	$0	SI	$321,000
21	CC	1042463096	MARTINEZ BARRIOS ARIEL NAISEL		23030 1	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
22	CC	32880304	MARTINEZ BULA DIANA MARIA		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
23	CC	72231097	MARTINEZ DE LOS REYES EDUIN DE JESUS	X	23030 1	30	$1,651,999	$264,400	EPS010	30	$1,651,999	$66,100	CCF07	30	$1,651,999	$66,100	14-11	30	$1,651,999	0.522%	$8,700	30	$0	$0	SI	$405,300
24	CC	72291363	MARTINEZ BULA LUIS CARLOS		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
25	CC	1045226429	MORALES CASTAÑEDA ELKIN JAVIER		23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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
26	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA	X	23100 1	26	$1,481,082	$237,000	EPS010	26	$1,481,082	$59,300	CCF07	26	$1,667,748	$66,800	14-11	26	$1,481,082	0.522%	$7,800	26	$0	$0	SI	$370,900

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA 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
2024-03	2024-04	567851302	9465559570	E	2024/04/09	2024/04/10	BANCO DE BOGOTA	1	$17,254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				38	$10,057,000	$8,800	$0	$10,065,800
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	2	$560,100	$500	$0	$560,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$1,579,400	$1,400	$0	$1,580,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	25	$6,496,700	$5,600	$0	$6,502,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,420,800	$1,300	$0	$1,422,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				40	$1,839,500	$1,600	$0	$1,841,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	40	$1,839,500	$1,600	$0	$1,841,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				40	$2,695,700	$2,300	$0	$2,698,000
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	40	$2,695,700	$2,300	$0	$2,698,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				40	$2,647,500	$2,500	$0	$2,650,000
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$142,800	$200	$0	$143,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$71,200	$100	$0	$71,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$1,287,700	$1,100	$0	$1,288,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$157,700	$200	$0	$157,900
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$78,000	$100	$0	$78,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$441,500	$400	$0	$441,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$468,600	$400	$0	$469,000
TOTAL				40	$17,239,700	$15,200	$0	$17,254,900

2024/05/02 02:27 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (24 Afiliados)																							$35,471,964	$5,676,400			$37,249,981	$1,491,000			$38,723,315	$1,549,800			$37,249,981		$1,621,800		$0	$0		$10,339,000
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (23 Afiliados)																							$34,747,756	$5,560,500			$36,525,773	$1,462,000			$37,999,107	$1,520,800			$36,525,773		$1,590,300		$0	$0		$10,133,500
27	CC	1047424961	ALVARADO AREVALO DIMAS	X																	230301	3	$130,000	$20,800	EPS017	3	$130,000	$5,200	CCF07	3	$130,000	$5,200	14-11	3	$130,000	4.350%	$5,700	3	$0	$0	SI	$36,900
28	CC	11032971	BLANDON SILGADO DANIEL									X									230301	30	$1,778,017	$284,500	EPS010	30	$1,778,017	$71,200	CCF07	30	$1,778,017	$71,200	14-11	30	$1,778,017	4.350%	$77,400	30	$0	$0	SI	$504,300
29	CC	1047350214	CANTILLO SALAS JORGE LUIS									X									230301	30	$1,911,726	$305,900	EPS010	30	$1,911,726	$76,500	CCF07	30	$1,911,726	$76,500	14-11	30	$1,911,726	4.350%	$83,200	30	$0	$0	SI	$542,100
30	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO									X									230301	30	$1,885,264	$301,700	EPS010	30	$1,885,264	$75,500	CCF07	30	$1,885,264	$75,500	14-11	30	$1,885,264	4.350%	$82,100	30	$0	$0	SI	$534,800
31	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO									X									230301	24	$1,545,150	$247,300	EPS010	24	$1,545,150	$61,900	CCF07	24	$2,108,483	$84,400	14-11	24	$1,545,150	4.350%	$67,300	24	$0	$0	SI	$460,900
32	CC	1002442520	DEL TORO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN									X									230301	30	$1,904,948	$304,800	EPS005	30	$1,904,948	$76,200	CCF07	30	$1,904,948	$76,200	14-11	30	$1,904,948	4.350%	$82,900	30	$0	$0	SI	$540,100
33	CC	1143251836	DIX CARDENAS MIGUEL ALFONSO									X									230301	30	$1,809,482	$289,600	CCFC55	30	$1,809,482	$72,400	CCF07	30	$1,809,482	$72,400	14-11	30	$1,809,482	4.350%	$78,800	30	$0	$0	SI	$513,200
34	CC	1047449797	GARCIA LEDEZMA ARTURO ANDRES	X																	230301	3	$130,000	$20,800	EPS005	3	$130,000	$5,200	CCF07	3	$130,000	$5,200	14-11	3	$130,000	4.350%	$5,700	3	$0	$0	SI	$36,900
35	CC	72263893	GUERRA GUZMAN ARIEL JAIR		X																230201	13	$721,907	$115,600	EPS002	13	$721,907	$28,900	CCF07	13	$721,907	$28,900	14-11	13	$721,907	4.350%	$31,500	13	$0	$0	SI	$204,900
36	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL									X									230201	30	$1,958,646	$313,400	EPS005	30	$1,958,646	$78,400	CCF07	30	$1,958,646	$78,400	14-11	30	$1,958,646	4.350%	$85,300	30	$0	$0	SI	$555,500
37	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL									X									230201	28	$1,860,752	$297,800	ESSC07	28	$1,860,752	$74,500	CCF07	28	$1,947,419	$77,900	14-11	28	$1,860,752	4.350%	$81,000	28	$0	$0	SI	$531,200
38	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE									X									231001	28	$1,745,514	$279,300	EPS010	28	$1,745,514	$69,900	CCF07	28	$1,832,181	$73,300	14-11	28	$1,745,514	4.350%	$76,000	28	$0	$0	SI	$498,500
39	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO									X									230301	30	$1,997,293	$319,600	EPS002	30	$1,997,293	$79,900	CCF07	30	$1,997,293	$79,900	14-11	30	$1,997,293	4.350%	$86,900	30	$0	$0	SI	$566,300
40	CC	1045697278	MARTINEZ GALERA JORGE ELIECER									X									230301	30	$1,916,262	$306,700	EPS010	30	$1,916,262	$76,700	CCF07	30	$1,916,262	$76,700	14-11	30	$1,916,262	4.350%	$83,400	30	$0	$0	SI	$543,500
41	CC	1045686789	MARTINEZ FUENTES LEWIN JOSE																		230301	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	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
42	CC	1001877899	NUÑEZ CAMACHO JEFFERSON JAVIER									X									230301	30	$1,947,419	$311,600	EPS010	30	$1,947,419	$77,900	CCF07	30	$1,947,419	$77,900	14-11	30	$1,947,419	4.350%	$84,800	30	$0	$0	SI	$552,200
43	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN									X									230201	20	$1,086,172	$173,800	EPS010	20	$1,086,172	$43,500	CCF07	20	$1,822,839	$73,000	14-11	20	$1,086,172	4.350%	$47,300	20	$0	$0	SI	$337,600
44	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS									X									25-14	30	$1,801,000	$288,200	EPS017	30	$1,801,000	$72,100	CCF07	30	$1,801,000	$72,100	14-11	30	$1,801,000	4.350%	$78,400	30	$0	$0	SI	$510,800
45	CC	8706021	OSORIO ARIAS NELSON AQUILES									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,778,017	$71,200	CCF07	30	$1,778,017	$71,200	14-11	30	$1,778,017	4.350%	$77,400	30	$0	$0	SI	$219,800
46	CC	8786380	PEREZ PALLARES HAROLD JOSE									X									230301	30	$1,873,546	$299,800	EPS010	30	$1,873,546	$75,000	CCF07	30	$1,873,546	$75,000	14-11	30	$1,873,546	4.350%	$81,500	30	$0	$0	SI	$531,300
47	CC	1129515541	RAMOS MENDOZA JAIR JAVITH									X									25-14	30	$1,758,927	$281,500	CCFC55	30	$1,758,927	$70,400	CCF07	30	$1,758,927	$70,400	14-11	30	$1,758,927	4.350%	$76,600	30	$0	$0	SI	$498,900
48	CC	72276775	REYES CORREA GABRIEL ALBERTO									X									230301	30	$1,780,783	$285,000	EPS010	30	$1,780,783	$71,300	CCF07	30	$1,780,783	$71,300	14-11	30	$1,780,783	4.350%	$77,500	30	$0	$0	SI	$505,100
49	CC	1129486837	ZUBIRIA ALDANA RAMON EMIRO									X									230301	30	$1,904,948	$304,800	EPS002	30	$1,904,948	$76,200	CCF07	30	$1,904,948	$76,200	14-11	30	$1,904,948	4.350%	$82,900	30	$0	$0	SI	$540,100
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							$724,208	$115,900			$724,208	$29,000			$724,208	$29,000			$724,208		$31,600		$0	$0		$205,500
50	CC	1045739232	HERNANDEZ VARGAS ARON DAVID		X							X									230301	13	$724,208	$115,900	EPS002	13	$724,208	$29,000	CCF07	13	$724,208	$29,000	14-11	13	$724,208	4.350%	$31,600	13	$0	$0	SI	$205,500
Total	Afiliados(40)																						$62,846,214	$10,057,000			$66,324,231	$2,647,500			$67,537,563	$2,695,700			$66,324,231		$1,839,500		$0	$0		$17,239,700

ANEXO 10 – FORMATO OFERTA ECONÓMICA

DETALLES	CANT	CARACTERISTICAS	PLAZO	VALOR UNITARIO (MES)	VR TOTAL
SERVICIO DE AMBULANCIA PARA EL CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS (TAB)	1	SERVICIO DE AREA PROTEGIDA QUE CUBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DE SUS INSTALACIONES EMPLEADOS, CLIENTES, PROVEEDORES Y VISITANTES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, URGENCIASY TRASLADOS A QUE HAYA LUGAR EN LAS INSTALACIONES DEL FUERTE DE SAN FELIPE DE BARAJAS Y SUS ALREDEDORES DE LUNES A DOMINGO, INCLUYENDO FESTIVOS DE 7:00 AM A 7:00 PM	2 meses y 6 días	**21.400.000**	**47.080.000**
TOTAL					**47.080.000**

EL VALOR TOTAL DE LA OFERTA ECONOMICA ES DE: **CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHENTA MIL PESOS ($ 47.080.000)**

Firma del proponente
LUIS CARLSO MARTINEZ BULA
REP. LEGAL
C.C.:72.291.363 de BARRANQUILLA

NOTAS INSTRUCTIVAS:

- El presente formato debe ser diligenciado sin los membretes de la ETCAR.
- Los valores unitarios y totales de la propuesta económica deben presentarse expresados en Moneda Legal Colombiana, sin decimales, por lo que el oferente deberá hacer el respectivo redondeo

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

del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.6139227
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	11 días de tiempo transcurrido *(22/03/2024 4:13:37 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Número del contrato	SAMC-001- 2024
Objeto del contrato	Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de ambulancia en sitio para la atención 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.
Tipo de Contrato	Prestación de servicios
¿Acuerdo marco contrato?	☐SI ☑No
Duración del contrato	56 Días
Fecha de inicio de contrato	5 días de tiempo transcurrido *(28/03/2024 7:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	17/05/2024 7:00:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☑SI ☐No *
Fecha de inicio de liquidación	18/05/2024 8:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	17/09/2024 6:00:00 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	☐SI ☑No *
Obligaciones pos consumo	☐SI ☑No *
Reversión	☐SI ☑No *

Información de la Entidad Estatal contratante

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

COLOMBIA, Cartagena

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS

COLOMBIA, Barranquilla
Número de documento 900927441

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS	BANCO DE BOGOTA	Corriente	096164629

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *IPS MADSS S.A.S* *Fecha de aprobación:* *26/03/2024 10:21:56 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *SANDRA SCHMALBACH PEREZ* *Fecha de aprobación:* *27/03/2024 9:29:08 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato Firmado: CO1_PCCNTR_6139227_Firmado
Contrato en ejecución:

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	☐SI ☑No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	☐SI ☑No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega:

El contrato puede ser prorrogado ☐SI ☐No

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐SI ☑No

...os o etapas: ☐Sí ☑No

...talle de la oferta: ☑Sí ☐No

☑% del presupuesto oficial estimado del Proceso de Contratación o de la oferta — 10,00

...Cumplimiento: ☐Sí ☐No

Cumplimiento del contrato

☑% del valor del contrato — 20,00

Fecha de vigencia (desde) ... de tiempo transcurrido (22/03/2024 2:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de vigencia (hasta) 17/09/2024 7:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

☐Valor de la garantía

☑ Pago de salarios, ... — 5,00

☐% del valor del contrato

Fecha de vigencia (desde) ... de tiempo transcurrido (22/03/2024 2:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de vigencia (hasta) 17/09/2027 7:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

☐Valor de la garantía

☑ Calidad del servicio

☑% del valor del contrato — 20,00

Fecha de vigencia (desde) 11 días de tiempo transcurrido (22/03/2024 2:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de vigencia (hasta) 17/09/2024 7:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

☐Valor de la garantía

Responsabilidad civil extra contractual ☐Sí ☑No

Fecha límite para entrega de garantías: 10 días de tiempo transcurrido (22/03/2024 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) **Fecha de entrega de garantías:** 6 días de tiempo transcurrido (26/03/2024 9:39:40 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado
CO1.WRT.14023289	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Garantía bancaria	21.186.000,00 COP	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR	17/05/2027 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aprobada Detalle
CO1.WRT.13997539	Seriedad de la oferta	-	4.708.000,00 COP	-	13/06/2024 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aprobada Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐Sí ☑No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago

Plazo de pago de la factura

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.6139227
Proveedor IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS
Creado por
Agregado en -
Comentario

Anexos del contrato

Descripción	Nombre
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados	

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Getsemaní, calle del Guerrero # 29-64
Ubicación CO-BOL-13001 - Cartagena
País COLOMBIA
Departamento Bolívar
Municipio Cartagena
Dirección Getsemaní, calle del Guerrero # 29-64
Código postal

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS	COLOMBIA > Bolívar > Cartagena

1 CO1.PCCNTR.6139227

1.1 Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
							Precio total estimado: 47.080.000,00	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal: 47.080.000,00
1	92101902	SERVICIO DE AMBULANCIA	1,00	VG	47.080.000,00	47.080.000,00	47.080.000,00	47.080.000,00

Documentos del contrato

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	SANDRA SCHMALBACH	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	1128052695	Guardar y notificar
Supervisor	SANDRA SCHMALBACH	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	1128052695	Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago	SANDRA SCHMALBACH	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	1128052695	Guardar y notificar

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Ordenador del pago	SANDRA SCHMALBACH PEREZ	6 días de tiempo transcurrido *(27/03/2024 9:29:08 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SANDRA SCHMALBACH PEREZ
Supervisor	SANDRA SCHMALBACH PEREZ	6 días de tiempo transcurrido *(27/03/2024 9:29:08 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SANDRA SCHMALBACH PEREZ
Ordenador del Gasto	SANDRA SCHMALBACH PEREZ	6 días de tiempo transcurrido *(27/03/2024 9:29:08 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SANDRA SCHMALBACH PEREZ

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz ☐ Si ☑ No * — Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto Funcionamiento

Fuente de los recursos:

		Valor
Presupuesto General de la Nación - PGN	☐ Si ☑ No *	
Sistema General de Participaciones - SGP	☐ Si ☑ No *	
Sistema General de Regalías - SGR	☐ Si ☑ No *	
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	☐ Si ☑ No *	
Recursos de Crédito	☐ Si ☑ No *	
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	☑ Si ☐ No *	47.080.000
Total	47.080.000	

Entidad Estatal registrada en el SIIF ☐ Si ☑ No

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

	Código	Tipo	Estado	Saldo	Saldo a comprometer	Código unidad/subunidad ejecutora	
☐	013-2024	CDP	No validado	73.356.545 COP	47.080.000 COP	00-00-00	Editar

Saldo de CDP 73.356.545 COP
Saldo de vigencias futuras 0 COP
Saldo total a comprometer 47.080.000 COP
Última consulta a SIIF
Fecha de consulta SIIF -

Compromiso presupuestal de gastos

	Código compromiso	Tipo	Fecha compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso AVF/CDP	Monto por consumir	Monto presupuestal a liberar	Código Posición de Gasto	Consulta Ejecución	
☐	048-2024	Presupuestal (CDP)	-	No validado	47.080.000 COP	47.080.000 COP	- -		SIIF	Detalle Editar

Saldo de compromisos CDP 47.080.000 COP
Saldo de compromisos AVF 0 COP
Saldo total comprometido 47.080.000 COP
Última consulta a SIIF
Fecha de consulta SIIF -