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: 2024/06/20 Hora de Impresión: 04:55 p. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000014300 Fecha : 2024/06/20

Unidad de Negocio: Local

Proveedor : 900927441

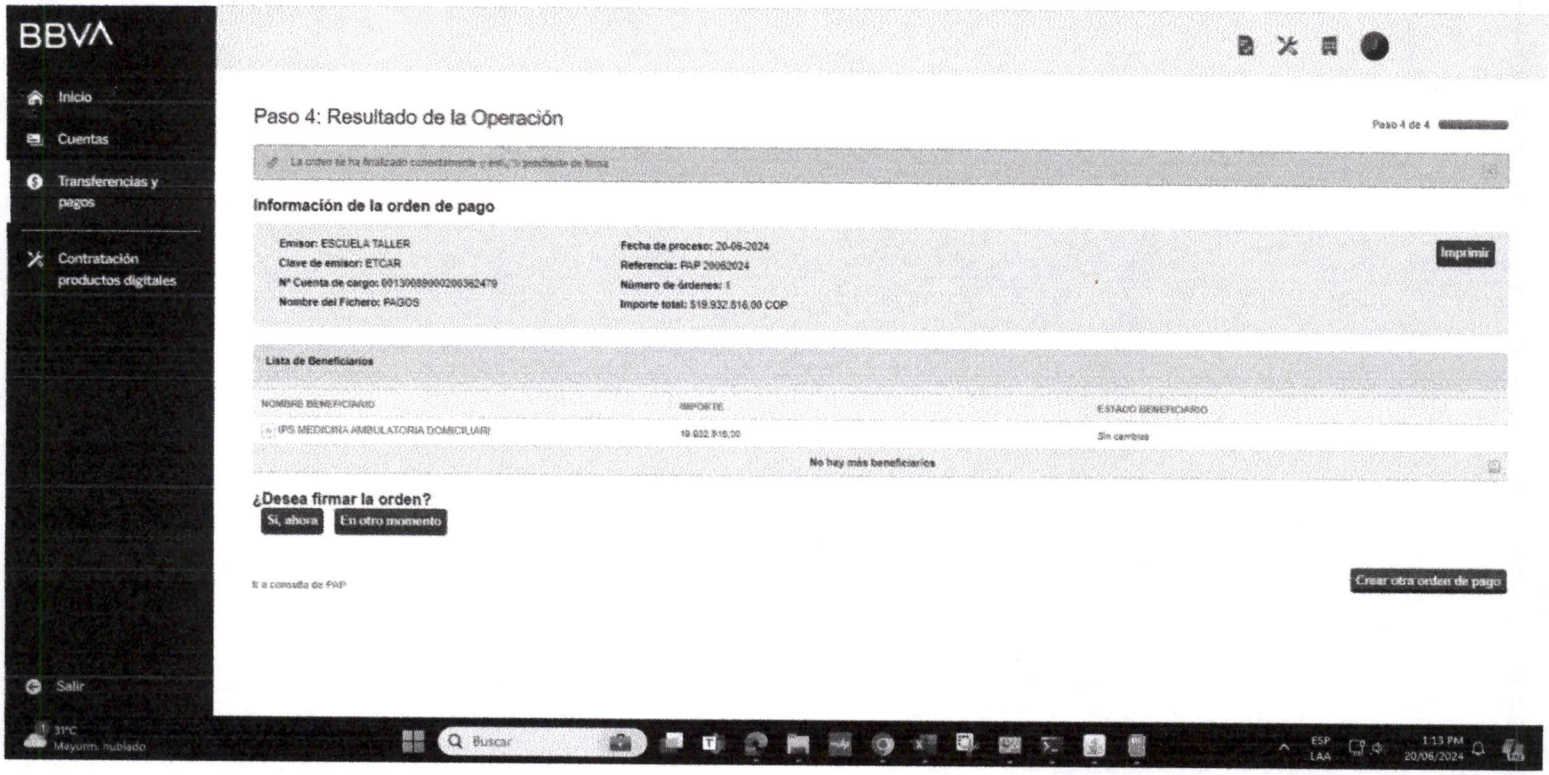
Nombre : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. **Tasa de Cambio:** 0.0000

Por Concepto: CANC. FACT. No. MAD 820234

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA MAD 820234 2024/06/30	19,932,816.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 20062024 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	19,932,816.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	21,400,000.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	21,400,000.00
Totales			41,332,816.00	41,332,816.00

Elaboró: LIZZETH Revisó: _____ Aprobó: _____

Recibí conforme: _____
C.C.#


BBVA
Inicio
Cuentas
Transferencias y pagos
Contratación productos digitales
Salir
Paso 4: Resultado de la Operación
Paso 4 de 4
Información de la orden de pago
Emisor: ESCUELA TALLER
Clave de emisor: ETCAR
Nº Cuenta de cargo: 00130088900206362479
Nombre del Fichero: PAGOS
Fecha de proceso: 20-06-2024
Referencia: PAP 20062024
Número de órdenes: 1
Importe total: $19.932.816,00 COP
Imprimir
Lista de Beneficiarios
NOMBRE BENEFICIARIO
IMPORTE
ESTADO BENEFICIARIO
(PS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARI
19.932.816,00
Sin cambios
No hay más beneficiarios
¿Desea firmar la orden?
Si, ahora
En otro momento
Crear otra orden de pago
Buscar
ESP
LAA
1:13 PM
20/06/2024

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

ORDEN DE PAGO

ESTADO : APROBADO

SECCION PRINCIPAL :

UNIDAD EJECUTORA :

Vigencia : 2024

Consecutivo OPP: 19,017
Número : 39-0000011748

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2024/06/20
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT# MAD 820234 Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de
Entradas : 24-0000011535

Entrada 24 - 0000011535. Factura MAD 820234

Rubro	Recurso	Tipo	Valor
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	21,400,000.00

VALOR TOTAL DE ORDEN DE PAGO: **21,400,000.00**

Movimiento Contable de Conceptos Adicionales

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA MAD 820234	0.00	856,000.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA MAD 820234	0.00	183,184.00
2407220101	ESTAMPILLAS PARA LA JUSTICA FAMILIAR2% FA MAD 820234	0.00	428,000.00
Total		**0.00**	**1,467,184.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS:	-1,467,184.00

VALOR NETO A PAGAR: 19,932,816.00

Son : DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS 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	28/03/2024		
-Nº DEL CONTRATO-	SAMC-001-2024		
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. 2628 de 2024, suscrito entre Ministerio de las culturas, las artes y los saberes y ETCAR.		
VALOR DEL CONTRATO	Cuarenta y siete Millones Ochenta Mil Pesos M/CTE ($47.080.000.00)		
VALOR DEL OTRO SI SAMC-001-2024	Veintitrés Millones Quinientos Cuarenta Mil Pesos M/CTE ($23.540.000)		
PLAZO	Hasta el 04/07/2024		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	**53-44-101030976** **53-44-101031187** **53-44-101028358**	**FECHA DE APROBACIÓN**	11/03/2024 26/03/2024 14/02/2024
FECHA DE INICIO	28/03/2024		
MES A PAGAR	FACTURA No.MAD 820234		

CERTIFICADOS	NUMERO	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	013	2024/01/12	$ 73.356.545
DISPONIBILIDAD	151	2024/05/14	$ 9.681.328
REGISTRO	138	2024/03/27	$ 47.080.000
REGISTRO	210	2024/05/17	$ 9.681.328
REGISTRO	211	2024/05/17	$ 13.858.672

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito **SANDRA SCHMALBACH PEREZ,** Supervisor del Contrato **No SAMC-001 de 2024.**, 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. SAMC-001 de 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:

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-820234 correspondiente a la suma de, **Veintiún Millones Cuatrocientos Mil Pesos, ($ 21.400.000).**

Atentamente,

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

Luz Adriana Martínez O
Asesor Administrativo
Apoyo a la Supervisión



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 820234

CLIENTE .:	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS	**FECHA FACTURA** .:	04.jun./2024
NIT .:	800169265	**FECHA VENCIMIENTO**.:	03.ago./2024
DIRECCION.:	BRR GETSEMANI DEL GUERRERO 29-64	**TIPO**.:	EMPRESAS
TELEFONO .:	0000000 **CIUDAD**.: CARTAGENA	**POLIZA** .:	
PACIENTE .:	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS **DOCUMENTO**.:800169265	**EVENTO N°** .:	000007972
INGRESO .:	4/06/2024 **EGRESO**.: 4/06/2024 **EDAD**.: 24		

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.

servicio de ambulancia en sitio del 28 de abril al 27 de mayo 2024

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 # 18764070612871 RANGO 818989 - 2000000 DESDE 2024-05-14 HASTA 2024-05-14
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: 4a2e904f70e55ea09c919eee7f32951753e2071090b1ef0b93f7ff762e188a541d480c7db5089c27ccba1e510f5a7735

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

aaaa/mm/dd

Fecha Expedición : 2024/05/14 **No. 29 2400000151**

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

Fecha Prorroga : 2024/12/31

Ordenador del Gasto: : SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

Objeto : PRESTACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIA

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):

Cod Presupuestal	Recurso	Concepto	Tipo	Fecha	Valor
2.1.2.02.02.8.08	110	OTROS SERVICIOS	Vr-Inicial	2024/05/14	9,681,328.00
				TOTALES	9,681,328.00

Para un Total de:

9,681,328.00 **NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO 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 2400000211**

Fecha Expedición : 2024/05/17 **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	2024/05/17	13,858,672.00
				TOTALES	13,858,672.00

Para un Total de:

13,858,672.00 TRECE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON 0/100

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

Vencimiento	VrCuota
2024/05/31	13,858,672.00

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 2400000210**

Fecha Expedición : 2024/05/17 **APROBADO**

Dcto. Relacionado : C.D.P No. 29-2400000151

Unidad :
Ordenador del Gasto : SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
Objeto : PRESTACION DEL SERVICIO 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	2024/05/17	9,681,328.00
				TOTALES	9,681,328.00

Para un Total de:

9,681,328.00 NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON 0/100

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

Vencimiento	VrCuota
2024/05/31	9,681,328.00

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
JEFE DE PRESUPUESTO

FORTIFICACIONES
CARTAGENA DE INDIAS

OTROSI No 001	
Contrato	**SAMC-001- 2024**
Entidad contratante:	**ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR**
Nit:	**800.169.265-3**
Contratista:	**IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS**
Identificación:	**NIT 900.927.441-9**

Entre los suscritos a saber, **SANDRA PAOLA SCHMALBACH PÉREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.128.052.695 de Cartagena, actuando en nombre de la Escuela Taller Cartagena de Indias, establecimiento público descentralizado, adscrito a la Alcaldía del Distrito, creado por Decreto No. 981 de 1992 con NIT 800.169.265-3, representado en este acto por su Directora, según Decreto 0518 del 8 de abril de 2024 y quien en adelante se denominará **LA ESCUELA TALLER**, de una parte y por la otra, **IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS**, identificada con **NIT 900.927.441-9**, legalmente representada por **LUIS CARLOS MARTÍNEZ BULA** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 72.291.363 de Barranquilla, quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente otrosí que se regirá por las cláusulas que se definen en este documento, previa las siguientes

CONSIDERACIONES

1.En virtud del contrato interadministrativo de Comodato No. 2907 de 17 de octubre de 2017 suscrito con el Ministerio de Cultura, la Escuela Taller se obligó a administrar los bienes de interés cultural –BIC- de propiedad de la Nación, con la finalidad de su protección, conservación, mantenimiento, restauración, puesta en valor y divulgación, de tal manera que se resalten los valores, históricos, científicos artísticos y estéticos y se genere apropiación social.

2. Que en cumplimiento del plan de Acción 2024, la Dirección Administrativa formuló los estudios previos del proceso de contratación de Selección Abreviada de Menor Cuantía SAMC-001-2024, para seleccionar al contratista que prestara el 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.

3. Que el día 27 de marzo de 2024, se suscribió el contrato SAMC-001-2024, celebrado entre la Escuela Taller Cartagena de Indias (ETCAR) y IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS identificada con el NIT. 900.927.441-9 legalmente representada por LUIS CARLOS MARTÍNEZ BULA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.291.363 con el objeto 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."*

4. Que el valor inicial del contrato fue fijado en CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($47.080.000), incluidos todos los gastos en que deba incurrir el CONTRATISTA para la ejecución del mismo, incluido el IVA y demás impuestos y descuentos a que haya lugar, y su plazo fue establecido del 28 de marzo hasta el 17 de mayo de 2024.

5. Que debido a que la operación del Castillo San Felipe de Barajas, bien de interés cultural incluido en el contrato comodato es continua, los 365 días del año, salvo caso fortuito, y que se encuentra en trámite la firma de un nuevo contrato de comodato para la administración de las Fortificaciones, es necesario garantizar la continuidad del servicio de ambulancia en sitio el cual cubre a todas las personas que se encuentren dentro de sus instalaciones, hasta tanto se surta un nuevo proceso de selección

7. Que en aras de garantizar la continuidad del servicio de ambulancia en el Castillo de San Felipe de Barajas, la Dirección General considera indispensable adicionar la suma de VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL

Escuela Taller Cartagena de Indias
Barrio Getsemaní,
Calle del Guerrero No. 29-64
Teléfono (5) 6421275 / 6421293
E-mail: comunicaciones@etcar.edu.co

PESOS M/CTE ($ 23.540.000) con IVA incluido. La prórroga del plazo de ejecución será por 48 días, es decir hasta el 4 de julio de 2024.

8. Que para cubrir los 48 días a prorrogar del contrato SAMC-001-2024 que asciende a la suma de TREINTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($34.240.000) se tendrá en cuenta tanto el saldo a favor por valor de DIEZ MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($10.700.000), el cual cubre 15 días de servicio, y la suma de VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 23.540.000).

7. Que La prórroga solicitada fue aprobada por el Comité Directivo de Comodato el día 10 de mayo de 2024, tal como consta en acta No. 5 de la misma fecha.

9. Que el presente modificatorio se justifica conforme a los lineamientos establecidos en el artículo 40 de la Ley 80 de 1993 y se sujeta a las disposiciones de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015, demás normas concordantes y complementarias; y se rige por las siguientes:

CLÁUSULAS	
PRIMERA:	**ADICIONAR** a LA CLAUSULA QUINTA VALOR DEL CONTRATO SAMC-001-2024, la suma de **VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 23.540.000)** para un valor total del contrato de **SETENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTA MIL PESOS M/CTE ($70.620.000).** PARÁGRAFO PRIMERO: El valor de la presente adición, se encuentra amparado en los certificados de disponibilidad presupuestal N° 013 y 151de 2024.
SEGUNDA:	**PLAZO:** Prorróguese el plazo de ejecución del contrato SAMC-001-2024, es decir el tiempo durante el cual el contratista se compromete a ejecutar a entera satisfacción de la Escuela Taller Cartagena de Indias los servicios del contrato, hasta el 4 de julio de 2024.
TERCERA:	El contratista deberá modificar las garantías de cumplimiento establecidas en la cláusula séptima del contrato SAMC-001-2024 y su minuta electrónica, de acuerdo con los cambios efectuados mediante el presente documento.
CUARTA:	Las demás cláusulas del contrato que no se modifican por este documento, continúan vigentes y son de obligatorio cumplimiento para las partes.

Escuela Taller Cartagena de Indias
Barrio Getsemaní,
Calle del Guerrero No. 29-64
Teléfono (5) 6421275 / 6421293
E-mail: comunicaciones@etcar.edu.co

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 abril al 27 de mayo 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	ID	DESTINO
1	3/05/2024	ROQUE REYES	1013025401	CASTILLO SAN FELIPE
2	4/05/2024	ZADDY MUÑOZ	530482941	CASTILLO SAN FELIPE
3	5/05/2024	XINIA MOLINA	1300472673	CASTILLO SAN FELIPE
4	6/05/2024	CATALINA BELEN	533127803	CASTILLO SAN FELIPE
5	7/05/2024	ESTELA CASTRO VILLAGOMEZ		CASTILLO SAN FELIPE
6	11/05/2024	PATRICIA SOLE		CASTILLO SAN FELIPE
7	12/05/2024	ANDREA YORETZI		CASTILLO SAN FELIPE
8	15/05/2024	MARIANA BRENES	1159404403	CASTILLO SAN FELIPE
9	15/05/2024	MAURY TATIANA	1048435919	CASTILLO SAN FELIPE
10	17/05/2024	MARIA PERILLA	23604701	CASTILLO SAN FELIPE
11	18/05/2024	LIGIA DE LA ROSSA	2,30425E+12	CASTILLO SAN FELIPE
12	19/05/2024	BLANCA RAMIREZ	15539398194	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/05/2024	ANA MARIA ARTOLA	2,43126E+12	CASTILLO SAN FELIPE
14	22/05/2024	PAOLA ANTONIA	164859160	CASTILLO SAN FELIPE
15	23/05/2024	SHAWN HURT		CASTILLO SAN FELIPE
16	24/05/2024	LUIS GABRILE	73186317	CASTILLO SAN FELIPE
17	24/05/2024	CARMEN MARCELAAA	7361258	CASTILLO SAN FELIPE
18	24/05/2024	LEDY DEL SOCORRO	31412407	CASTILLO SAN FELIPE
19	26/05/2024	MOVOLIS MARUGO	1043305391	CASTILLO SAN FELIPE
20	28/05/2024	NELY ESTHER	1007229608	CASTILLO SAN FELIPE
21	29/05/2024	ZORAYA RESTREPO	51994181	CASTILLO SAN FELIPE

Zoibeth granados

ZOIBETH GRANADOS TRUYOL
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

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

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 SUSALUD 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
2024-04	2024-05	630391067	9466999775	E	2024/05/10	2024/05/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,369,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				43	$11,155,700	$0	$0	$11,155,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$630,100	$0	$0	$630,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$1,574,600	$0	$0	$1,574,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	29	$7,578,000	$0	$0	$7,578,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,373,000	$0	$0	$1,373,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				46	$2,215,700	$0	$0	$2,215,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	46	$2,215,700	$0	$0	$2,215,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$2,945,300	$0	$0	$2,945,300
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	45	$2,945,300	$0	$0	$2,945,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				46	$3,052,500	$0	$0	$3,052,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$150,600	$0	$0	$150,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$73,200	$0	$0	$73,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$1,297,000	$0	$0	$1,297,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$233,900	$0	$0	$233,900
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	4	$164,900	$0	$0	$164,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$124,600	$0	$0	$124,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$475,600	$0	$0	$475,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	$532,700	$0	$0	$532,700
TOTAL				46	$19,369,200	$0	$0	$19,369,200

2024/05/10 08:43 AM

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 SUSALUD 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
2024-04	2024-05	630391067	9466999775	E	2024/05/10	2024/05/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,369,200

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	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (46 Afiliados)																								$69,713,625	$11,155,700			$74,237,929	$2,052,500			$73,674,600	$8,845,300			$74,837,919		$2,215,700			$0	$0		$19,369,200
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)																								$173,334	$27,800			$173,334	$3,500			$86,667	$0			$173,334		$0			$0	$0		$31,300
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (2 Afiliados)																								$173,334	$27,800			$173,334	$3,500			$86,667	$0			$173,334		$0			$0	$0		$31,300
1	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO											X							23030 1	2	$86,667	$13,900	EPS010	2	$86,667	$3,500	CCF05	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$17,400
2	CC	1129486837	ZUBIRIA ALDANA RAMON EMRO											X							23030 1	2	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$0	CCF05	2	$86,667	$0	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$13,900
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (18 Afiliados)																								$26,240,624	$4,198,600			$28,937,291	$1,242,400			$27,940,624	$1,117,800			$28,937,291		$251,300			$0	$0		$6,810,100
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (18 Afiliados)																								$26,240,624	$4,198,600			$28,937,291	$1,242,400			$27,940,624	$1,117,800			$28,937,291		$251,300			$0	$0		$6,810,100
3	CC	1129572821	ALVEAR ALTAMAR NESTOR JOSE																		23030 1	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF05	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	0.522%	$11,500	30	$0	$0	SI	$539,500
4	CC	1143229620	ARIAS VASQUEZ YESENIA MARGARITA	X								X									23030 1	15	$810,250	$129,700	EPS002	15	$810,250	$32,500	CCF05	15	$810,250	$32,500	14-11	15	$810,250	0.522%	$4,300	15	$0	$0	SI	$199,000
5	CC	32651214	BULA BULA LILIA ESTHER																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,700,000	$68,000	CCF05	30	$1,700,000	$68,000	14-11	30	$1,700,000	0.522%	$8,900	30	$0	$0	SI	$144,900
6	CC	1045758366	CALVO BARRAZA STEFANNY PAOLA																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
7	CC	72347680	CERVANTES RUIZ JORGE ELIECER																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
8	CC	1042356934	CONRADO GONZALEZ GUSTAVO ALBERTO																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF05	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
9	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
10	CC	32580740	ESTRADA THOMAS CATALINA																		23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$0	$0	SI	$343,700
11	CC	22546828	GRANADOS TRUYOL ZOIBETH MARIA																		25-14	30	$2,010,000	$321,600	EPS017	30	$2,010,000	$80,400	CCF05	30	$2,010,000	$80,400	14-11	30	$2,010,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$492,900
12	CC	1193570795	GUTIERREZ MENDEZ ANDREA CAROLINA	X																	23020 1	15	$650,000	$104,000	ESSC07	15	$650,000	$26,000	CCF05	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	0.522%	$3,400	15	$0	$0	SI	$159,400
13	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$0	$0	SI	$343,700
14	CC	1001798849	MALDONADO ANDREWS ADALBERTO JUNIOR	X																		0	$0	$0	EPS041	23	$996,667	$124,600		0	$0	$0	14-11	23	$996,667	0.522%	$5,300	0	$0	$0	No	$129,900
15	CC	1042463096	MARTINEZ BARRIOS ARIEL NAISEL																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
16	CC	32880304	MARTINEZ BULA DIANA MARIA																		25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF05	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$735,700
17	CC	72231097	MARTINEZ DE LOS REYES EDUIN DE JESUS																		23030 1	30	$1,878,749	$300,600	EPS010	30	$1,878,749	$75,200	CCF05	30	$1,878,749	$75,200	14-11	30	$1,878,749	0.522%	$9,900	30	$0	$0	SI	$460,900
18	CC	72291363	MARTINEZ BULA LUIS CARLOS																		23030 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF05	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$735,700
19	CC	1045226429	MORALES CASTAÑEDA ELKIN JAVIER																		23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
20	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA																		23100 1	30	$1,591,625	$254,700	EPS010	30	$1,591,625	$63,700	CCF05	30	$1,591,625	$63,700	14-11	30	$1,591,625	0.522%	$8,400	30	$0	$0	SI	$390,500

2024/05/10 08:43 AM

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (28 Afiliados)																							$43,299,667	$6,929,300			$45,127,314	$1,806,600			[illegible]7,315	$1,827,500			$45,127,314		$1,964,400		$0	$0		$12,527,800
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (28 Afiliados)																							$43,299,667	$6,929,300			$45,127,314	$1,806,600			$45,647,315	$1,827,500			$45,127,314		$1,964,400		$0	$0		$12,527,800
21	CC	1047424961	ALVARADO AREVALO DIMAS									X									230301	30	$2,092,840	$334,900	EPS017	30	$2,092,840	$83,800	CCF05	30	$2,092,840	$83,800	14-11	30	$2,092,840	4.350%	$91,100	30	$0	$0	S1	$593,600
22	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS	X								X									230301	15	$901,465	$144,300	EPS005	15	$901,465	$36,100	CCF05	15	$901,465	$36,100	14-11	15	$901,465	4.350%	$39,300	15	$0	$0	S1	$255,800
23	CC	11032971	BLANDON SILGADO DANIEL									X									230301	30	$1,827,647	$292,500	EPS010	30	$1,827,647	$73,200	CCF05	30	$1,827,647	$73,200	14-11	30	$1,827,647	4.350%	$79,600	30	$0	$0	S1	$518,500
24	CC	1047350214	CANTILLO SALAS JORGE LUIS									X									230301	30	$1,906,167	$305,000	EPS010	30	$1,906,167	$76,300	CCF05	30	$1,906,167	$76,300	14-11	30	$1,906,167	4.350%	$83,000	30	$0	$0	S1	$540,600
25	CC	1192923604	CASTILLA DE LA ROSA CESAR AUGUSTO	X								X									230301	15	$864,717	$138,400	EPS002	15	$864,717	$34,600	CCF05	15	$864,717	$34,600	14-11	15	$864,717	4.350%	$37,700	15	$0	$0	S1	$245,300
26	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO									X									230301	28	$1,729,656	$276,800	EPS010	28	$1,729,656	$69,200	CCF05	28	$1,816,323	$72,700	14-11	28	$1,729,656	4.350%	$75,300	28	$0	$0	S1	$494,000
27	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO									X									230301	30	$1,885,791	$301,800	EPS010	30	$1,885,791	$75,500	CCF05	30	$1,885,791	$75,500	14-11	30	$1,885,791	4.350%	$82,100	30	$0	$0	S1	$534,900
28	CC	1002442520	DEL TORO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN									X									230301	30	$1,898,783	$303,900	EPS005	30	$1,898,783	$76,000	CCF05	30	$1,898,783	$76,000	14-11	30	$1,898,783	4.350%	$82,600	30	$0	$0	S1	$538,500
29	CC	1143251836	DIX CARDENAS MIGUEL ALFONSO									X									230301	30	$1,970,219	$315,300	CCFC55	30	$1,970,219	$78,900	CCF05	30	$1,970,219	$78,900	14-11	30	$1,970,219	4.350%	$85,800	30	$0	$0	S1	$558,900
30	CC	1047449797	GARCIA LEDEZMA ARTURO ANDRES									X									230301	30	$1,939,824	$310,400	EPS005	30	$1,939,824	$77,600	CCF05	30	$1,939,824	$77,600	14-11	30	$1,939,824	4.350%	$84,400	30	$0	$0	S1	$550,000
31	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL									X									230201	30	$2,002,180	$320,400	EPS005	30	$2,002,180	$80,100	CCF05	30	$2,002,180	$80,100	14-11	30	$2,002,180	4.350%	$87,100	30	$0	$0	S1	$567,700
32	CC	1007280092	HERNANDEZ PEREZ DAYSON DE JESUS	X								X									230301	15	$850,406	$136,100	EPS002	15	$850,406	$34,100	CCF05	15	$850,406	$34,100	14-11	15	$850,406	4.350%	$37,000	15	$0	$0	S1	$241,300
33	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL									X									230201	30	$1,876,187	$300,200	ESSC07	30	$1,876,187	$75,100	CCF05	30	$1,876,187	$75,100	14-11	30	$1,876,187	4.350%	$81,700	30	$0	$0	S1	$532,100
34	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE									X									231001	30	$1,875,188	$300,100	EPS010	30	$1,875,188	$75,100	CCF05	30	$1,875,188	$75,100	14-11	30	$1,875,188	4.350%	$81,600	30	$0	$0	S1	$531,900
35	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO									X									230301	30	$1,885,791	$301,800	EPS002	30	$1,885,791	$75,500	CCF05	30	$1,885,791	$75,500	14-11	30	$1,885,791	4.350%	$82,100	30	$0	$0	S1	$534,900
36	CC	1045697278	MARTINEZ GALERA JORGE ELIECER									X									230301	30	$1,938,396	$310,200	EPS010	30	$1,938,396	$77,600	CCF05	30	$1,938,396	$77,600	14-11	30	$1,938,396	4.350%	$84,400	30	$0	$0	S1	$549,800
37	CC	1045686789	MARTINEZ FUENTES LEWIN JOSE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	S1	$368,600
38	CC	1001877899	NUÑEZ CARACHO JEFFERSON JAVIER		X							X									230301	30	$1,919,517	$307,200	EPS010	30	$1,919,517	$76,800	CCF05	30	$2,352,851	$94,200	14-11	30	$1,919,517	4.350%	$83,500	30	$0	$0	S1	$561,700
39	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN									X									230201	30	$1,452,407	$232,400	EPS010	30	$1,452,407	$58,100	CCF05	30	$1,452,407	$58,100	14-11	30	$1,452,407	4.350%	$63,200	30	$0	$0	S1	$411,800
40	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS									X									25-14	30	$1,740,104	$278,500	EPS017	30	$1,740,104	$69,700	CCF05	30	$1,740,104	$69,700	14-11	30	$1,740,104	4.350%	$75,700	30	$0	$0	S1	$493,600
41	CC	8706021	OSORIO ARIAS NELSON AQUILES									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,827,647	$73,200	CCF05	30	$1,827,647	$73,200	14-11	30	$1,827,647	4.350%	$79,600	30	$0	$0	S1	$226,000
42	CC	8786380	PEREZ PALLARES HAROLD JOSE									X									230301	30	$1,802,342	$288,400	EPS010	30	$1,802,342	$72,100	CCF05	30	$1,802,342	$72,100	14-11	30	$1,802,342	4.350%	$78,500	30	$0	$0	S1	$511,100
43	CC	1043669781	PORRAS VEGA JEAN CARLOS	X								X									231001	8	$470,370	$75,300	EPS005	8	$470,370	$18,900	CCF05	8	$470,370	$18,900	14-11	8	$470,370	4.350%	$20,500	8	$0	$0	S1	$133,600
44	CC	1129515541	RAMOS MENDOZA JAIR JAVITH									X									15-14	30	$1,790,479	$286,500	CCFC55	30	$1,790,479	$71,700	CCF05	30	$1,790,479	$71,700	14-11	30	$1,790,479	4.350%	$77,900	30	$0	$0	S1	$507,800
45	CC	72276775	REYES CORREA GABRIEL ALBERTO									X									230301	30	$1,917,090	$306,800	EPS010	30	$1,917,090	$76,700	CCF05	30	$1,917,090	$76,700	14-11	30	$1,917,090	4.350%	$83,400	30	$0	$0	S1	$543,600
46	CC	1069501942	SANCHEZ ORTEGA LUIS EDUARDO	X								X									230301	15	$816,021	$130,600	ESSC07	15	$816,021	$32,700	CCF05	15	$816,021	$32,700	14-11	15	$816,021	4.350%	$35,500	15	$0	$0	S1	$231,500
47	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES	X								X									230301	15	$775,667	$124,200	ESSC07	15	$775,667	$31,100	CCF05	15	$775,667	$31,100	14-11	15	$775,667	4.350%	$33,800	15	$0	$0	S1	$220,200
48	CC	1129486837	ZUBIRIA ALDANA RAMON EMIRO									X									230301	28	$1,870,413	$299,300	EPS002	28	$1,870,413	$74,900	CCF05	28	$1,870,413	$74,900	14-11	28	$1,870,413	4.350%	$81,400	28	$0	$0	S1	$530,500
Total		**Afiliados(46)**																					$69,713,625	$11,155,700			$74,237,939	$3,052,500			$73,674,606	$2,945,300			$74,237,939		$2,215,700		$0	$0		$19,369,200

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/05/10 08:43 AM

AMADSS
AMBULANCIAS

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

MOVIL 8 | MES 05 | AÑO 2024 | 0167

Codigo: MAD-OF
Version: 0
Vigente desde: 01

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	
03/05	EDGAR REYES ESCOBAR	1013025401	Intermedio			1	1	1	TAB	Arturo G.		
04/05	XINIA MOLINA ORTEGA	1200472673	Caida de su Altura						TAB	Arturo G		
04/05	ZADDY DE LOS MERCEDES MUÑOZ	57048 2941	Dolor en Tierra			1		1	TAB	Arturo G		
03/05	ESTELA CASTRO VILLAGOMEZ		Caida de su Altura			1		1	TAB	Arturo G		
04/05	PATRICIA CAROLINA SOLIS	40603528-5	Laceracion Superficial			1		1	TAB	Arturo G		
05/05	MARIANA BREVES GUTIERREZ	1159404403	Descompensacion			1			TAB	Arturo G		
03/05	MARIA BETULIA PUBILLA	23604701	golpe de Pedal			1		1	TAB	Arturo G		
05/05	L.G.J. DE LA ROSA RODRIGUEZ	2504249400501	Descompensacion						TAB	Arturo G		
04/05	BLANCA ESTELA RAMIREZ	1553 9398194	Caida Resbalon			1		1	TAB	Edwin L		
04/05	Catalina Belen Carranza	5337 27 803	Descompensacion			1		1	TAB	Edwin L		
02/05	Andrea Goretzi		Mareo			1		1	TAB	Edwin L		
03/05	Mauro Tatiana	1048435914	Mareo			1		1	TAB	Edwin L		
22/05	Ana Maria Arteaga	2437258367607	Caida de Resbalon			1		1	TAB	Edwin L		
22/05	Paola Ana Antonia	764 59760	Enfriamiento			1		1	TAB	Edwin L		
23/05	Shawn Hurt		Descompensacion			1		1	TAB	Edwin L		
24/05	Luis gabriel	73786377	Descompensacion			1		1	TAB	Edwin L		
24/05	Carmen Marcela	07367258	Descompensacion			1			TAB	Arturo G		
24/05	LEDY Del Socorro	31412407	Mareo			1			TAB	Arturo G		
26/05	Marolis Paola Manrique	1043305397	Descompensacion					1	TAB	Edwin L		
24/05	Nely esther	1007229608	Rinitis Tromboembolica						TAB	Edwin L		
29/05	Zorayda RESTREPO	51994781	Descompensacion			1		1	TAB	Arturo G.		
									TAB	Edwin L		

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 5084?

Código: F-AMB-02
Versión: 02
Vigente Desde: 28/08/2019
Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22-05-2024 | UNIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Ana Maria Antola Cuc

SEXO: M | F X | ID: 2703125536202 | TELEFONO: | EDAD: 69

DIAGNOSTICO: Caida de Sopropia Altura

AFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO

	LLEGADA	SALIDA
ORIGEN 1: Pasillo Sanitario	22:30	
DESTINO 2:		
DESTINO 3:		

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO: BASICO | MED | NEONAT:

TIPO DE SERVICIO: SIMPLE: | DOBLE | ASTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 125/80 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: | SO2: 96

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 Paciente Al Area de enfermeria mayor de edad Manifiesta Tener caida de Sopropia Altura Cervicodorsal Tocando en el Piso y Caderas Al Sentarse se Mejor se marcha del Lugar sin Ayuda

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. 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:

MEDICO:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 50845

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

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 23-05-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Shawn Hurt

SEXO: M F X | ID: | TELEFONO: 14022107778 | EDAD: 54

DIAGNOSTICO:

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	17:40		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC:	T/A: 100/80	FR:	TEMP:	GLASGOW:	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

Ingresa Al Area de enfermeria Paciente Femenina mayor de edad se observa con desempeñacion y Presento Desmallo se estabiliza en el Area de enfermeria y se estabiliza se Toman signos vitales y Cuando se estuvo mejor se marcha sin Novedad

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

Shawn Hurt

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: E. Lopez

CONDUCTOR: Castillo Castillo.

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS
SALUD ACTUALIZADA

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 50611

Codigo: F AMB 02
Version: 02
Vigente desde: 02/05/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 24-05-2024 | ENTIDAD | PLACA

NOMBRES: Leidy Del Socorro Villa Muriel

SEXO: M F X | ID 37472407 | TELEFONO | EDAD 56

DIAGNOSTICO: Mareo,

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO

	LLEGADA	SALIDA
ORIGEN 1: Castillo Sanfelipe	16:10	
DESTINO 2:		
DESTINO 3:		

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO: BASICO | MED | NEONAT

TIPO DE SERVICIO: SIMPLE | DOBLE | INTER.

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 130/70 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: | 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, manifiesta Tener mareo y presencio vomito el cual se procede a estabilizarce en el Area de enfermeria. Se Toman signos Vitales,

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. 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:

MEDICO:

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 24-03-2024

NOMBRES: Colman Marcelo Florian Pia

SEXO: M | I.D.: 0723672338

DIAGNOSTICO:

EDAD: 60

NO/P

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: PIA Florian

ID: TEL:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO

ORIGEN 1: Castillo San Felipe — HORA: 17:30

DESTINO 2:

DESTINO 3:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: TA: 150/100 FR: TEMP: SATURACION: PVC: 99

ANTECEDENTES:

L.E.V

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente Femenino Al Area de enfermeria mayor de edad, se observa con desconpensacion y Disnea Se Respalda el llamado en estado de Inconsciencia le toca se procede a estabilizar en el area de enfermeria se Tomanpianos V. Tales, Al Sentir mejoria desde mascarpoc Sin novedad

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA / ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE ACOMPAÑANTE

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

Practicante

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez

CONDUCTOR:

MEDICO:

MADSS

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

10647

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA 26/05/2024

NOMBRES Morales Paola Marcela

SEXO: M [ ] X [ ] ID 1043305 [illegible] EDAD 19

DIAGNOSTICO Descompensación

INFECTADO SI [ ] NO [ ]

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Diana Becerra APELLIDOS Becerra

ID: 1043647017 TEL 3024574632 PARENTESCO Compañera

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Centro de San Felipe			BASICO [ ] MED [ ] NEONAT [ ]
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE [ ] DOBLE [ ] ESPEC [ ]

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 92 T/A: 100/70 FR: 20 TEMP 35° GLASGOW 15/15 SO2 97%

ANTECEDENTES: ASMA

L.E.V OXIGENO: SI [X] VOL PEEP FF FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Diana Becerra
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo femenino de 49 años la cual ingresa al área de enfermería con compañía de una compañera de estudio se le toman signos vitales encontrando la paciente asintomática V/S saturando de oxigeno 97% se deja en observación por cuadro febril estable y se maneja de la enfermería sin novedad.

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 COMPAÑIA EN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

Diana Becerra

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: Dias Alvarado

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

51072

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

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30-05-2024 | ENTIDAD: Salud ToTal | PLACA:

NOMBRES: Jose Elmer Tovar Camacho

SEXO: M | F | ID: 1007312876 | TELEFONO: 3332646186 | EDAD: 28

DIAGNOSTICO: MalesTar Corporal y Debilidad

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	09:07		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC	T/A: 120/70	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	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 Paciente masculino mayor de edad Al Area de enfermeria manifiesta Tener MalesTar Corporal y Debilidad Se Toman Signos Vitales, Paciente manifiesta sentirse un Poco mejo Lo cual se va Para su EPS Para ser valorado por su EPS

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

Jose Tovar

:1007312876

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

MEDICO: Edwin Lopez

CONDUCTOR:

O:

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

50642

Código: FAMB-02
Versión: 02
Vigente desde: 05-05-2019
Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 22-05-2024 | ENTIDAD | PLACA

NOMBRES: Paola Ana Antonia Mora Arola

SEXO: M | F | D [illegible] | TELEFONO | EDAD 39

DIAGNOSTICO: Tercelua de Tobillo + esguince grado 1

INFECTADO | SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Post Un Samitario	17:30		BASICO	MED	NEONAT
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE	DOBLE	INTER

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | TA 130 - 80 | FR | TEMP | GLASGOW | SO2 [illegible]

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 paciente femenino mayor de edad al Area de Emergencia, Manifiesta Tener Caida la semana Pasada y esguince de Tobillo en miembro Inferior Derecho se Vienda la zona afectada y se moviliza sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: | MEJORO | DESMEJORO | FALLECIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR [illegible] RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO PARAMEDICO [illegible]

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y ME HAGO RESPONSABLE DE [illegible] FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Elm Lora | CONDUCTOR

MEDICO:

MADSS
AMBULANCIAS

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 15-05-2024 | HORA:

NOMBRES: Ligia Mercedes de la Rosa Rodriguez de [illegible]

SEXO: M | F | No 23401299800[illegible]

DIAGNOSTICO:

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEMENTARIOS
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	12:30		BANCO:
DESTINO 2:			IPS:
DESTINO 3:			SIAMED:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 130/80 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW:

ANTECEDENTES:

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

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

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

En mesa Al Mando de optometria Paciente Femenina de edad manifiesta Tener mareo y dolor de cabeza Contenzosa se Toman Signos Vitales y se deja en observacion Hasta Sean valorada por medico.

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 RENUNCIO A TODAS LAS ACCIONES LEGALES QUE PUEDAN SURGIR DE ESTA ATENCION O TRASLADO, ASI COMO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPROMETIENDOME AL PAGO DE ESTE SERVICIO.

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA NEGACION, ASUMO TODAS LAS RESPONSABILIDAS, EXIMO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A MADSS IPS Y DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES.

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin L. [illegible] | CONDUCTOR:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49520

Código: FAMB-02
Versión: 02
Vigente desde: 23/08/2023
Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 03/05/2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: EDGAR REYES ESCOBAR

SEXO: M | F | ID: 1013025401 | TELEFONO: | EDAD: 10

DIAGNOSTICO: /ARCERACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

INFECTADO: SI | NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: CAMILO | APELLIDOS: REYES CUTANO

ID: 79941083 | TEL: 3195964980 | PARENTESCO: PADRE

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: CASTILLO DE SAN FELIPE	16:45	17:00	BASICO: MED: NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 99 | T/A: 110/70 | FR: | TEMP: | GLASGOW: 15/15 | SOZ: 92%

ANTECEDENTES:

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

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

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

INGRESA PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO DE SU SEÑOR PADRE AL AREA DE ENFERMERIA EL CUAL COMENTA QUE AL BAJAR EL CASTILLO PIERDE EL EQUILIBRIO Y CAE LUXACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON SALIDA ABUNDANTE DE SANGRE POR LO CUAL SE LE REALIZA CURACIÓN EN EL AREA AFECTADA Y COBERTURADO EL AREA. SE MARCHA EN COMPAÑIA DE SU PADRE SIN

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. 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 49521

Codigo: FAMB 02
Version: 01
Vigente desde: 03/05/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 04/05/2022 | ENTIDAD | PLACA

NOMBRES: ZADDY DE LOS ANGELES MUÑOZ MARTINEZ

SEXO: M [ ] F [X] | ID: 53048294-1 | TELEFONO | EDAD 62

DIAGNOSTICO: (R07.1) Dolor en el pecho al toser

INFECTADO | SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 95	T/A: 119/75	FR: 21	TEMP:	GLASGOW 15	SO2 99%
ANTECEDENTES:					
L.E.V	OXIGENO: SI NO	VOL	PESO	FR	FIO2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

INGRESA PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 62 AÑOS DE EDAD LA CUAL REFIERE SENTIRSE EN MAL ESTADO DE SALUD CON DOLOR PARA RESPIRAR A LA CUAL SE LE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE CONSIDERAN NORMALES QUIEN DESDE MADRUGADA SIN MEJORIA

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 COMPAÑIA EN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION MEDICA O TRASLADO, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRELACION CON LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAD. 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

49513

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 05-05-2024 | EDAD: | EPS:

NOMBRES: Xiuia Molina OBeado

SEXO: M | FX | ID 1004726773 | TELEFONO | EDAD 32

DIAGNOSTICO: Caida de su Propia Altura

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castilla San Fel Pe.	12:30		BASICO	MED	NEONAT
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE	DOBLE	MTER

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | TA: 130/77 | FR: | TEMP: 36 | 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

Ingresa al Area de enfermeria Paciente Femenina mayor de edad Consciente, Cooperadora, Caida de su Propia Altura manifiesta Que Al caminar se dobla el pie izquierdo se le Realiza Vendaje en la zona Afectada y se aprecia su Normalidad

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 COMPAÑIA EN 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: Oscar Lopez

CONDUCTOR:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49522

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 06-05-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Catalina Belen Carvajal espejo

SEXO: M F | ID: 533727303 | TELEFONO: | EDAD: 22

DIAGNOSTICO: Descompensacion

INFECTADO: SI NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castilla San Felipe	10:45		BASICO: MED: NEONAT
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: DOBLE: ASIS:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 110/70 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: 15/15 | SAT 99

ANTECEDENTES:

L.E.V | OXIGENO: SI NO | VOL | PEEP | FR | FC2

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa al Area de enfermeria Paciente Femenina mayor de edad con las condiciones y placas se le toman signos vitales y se queda en reposo. Al notar mejoria se marcha del Area sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: | MEJORO: | DESCOMPENSO: | FALLECO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A MADSS IPS A PRESTAR ATENCION MEDICA O TRASLADOS Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES POR PARTE DEL MISMO, RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMO PRUEBA GENERAL FIRMA Y DOC. VIAJE

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez | CONDUCTOR:

MEDICO:

MADSS AMBULANCIAS

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49523

CÓDIGO: FAM-FO-
Versión: 03
Vigente desde: 01/04/2019
Página 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 27/08/2019 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Estiven Casildo Villagomez

SEXO: M [X] | ID: | TELEFONO: | EDAD: 27

DIAGNOSTICO: Caida de su propia altura

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Del Jhonel Lopez | APELLIDOS:

ID: 1004350911 TEL: 2015816 | PARENTESCO: Conocido Testigo

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Centro de San Felipe	19:36	19:50	BASICO	MED	NEONAT
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE	DOBLE	INTER

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 97 | T/A: 130/86 | FR: 22 | TEMP: | GLASGOW: 15/15 | SAT: 97%

ANTECEDENTES: Ninguno

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA/TEC

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

INGRESA PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 69 AÑOS LA CUAL REFIERE QUE PISO EL BORDILLO Y CAE SOBRE SU RODILLA DERECHA CON MUCHO DOLOR DIRECTO A LACERACIONES SE LE REALIZA CURACIONES Y SE TAPA LA HERIDA Y SE MARCHA DE LA EMERGENCIA 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 LA PERSONA, MEDICO, PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD, 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: Dilmar Alvarado

MEDICO:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49525

Codigo F-AM8-02
Version 02
Vigente desde: 08/03/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 11-05-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Patricia Carolina Sole

SEXO: M | F X | ID 40603528-5 | TELEFONO | EDAD: 44

DIAGNOSTICO:

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 120/70 | FR: | 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 Se observa Cortadura Superficial en dedo menique de Pie izquierdo, Se le Realiza Curacion y Se marcha Sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: | MEJORO: | DESCOMPENSO: | FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORICO 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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. 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:

MEDICO: | FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49526

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

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 12-05-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Andrea Yoretzi Ramirez Alejandre

SEXO: M | F X | ID: | TELEFONO: | EDAD: 12

DIAGNOSTICO:

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Alondra Alejandre Bravo | APELLIDOS:

ID: AFBA85D103MVZLRL05 | PARENTESCO: Madre

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo Santelipe			BASICO	MED	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 120/70 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: | 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 menor de edad en compañia de su madre, Manifiesta Tener dolor y dolor de cabeza el cual se procede A tomar signos Vitales y estabilizar

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. 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:

MADSS
SALVO A TUALCANTON

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 4927

Código: FAMB-02
Versión: 02
Fecha: 15/05/2024
Página 1 de 2

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 15-05-2024 | UNIDAD | PLACA

NOMBRES: Henry Tatiana Correa Cabrera

SEXO: M | F | X | ID: 1093[illegible]1401 | TELEFONO: 3[illegible]2363 | EDAD: 20

DIAGNOSTICO: Mareo y dolor de cabeza.

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 120-70 | FR: | TEMP. 36 | GLASGOW: | 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 Femenina mayor de edad Ingresa al área de enfermería, manifiesta tener mareo, se toman signos vitales y queda en observación

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:

MEDICO:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 19521

Codigo: FAMB-02
Version: 02
Vigente desde: 28/03/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 15-05-2024 | ENTIDAD | PLACA

NOMBRES: Mariana de los Angeles Briceño Gonzalez

SEXO: M | F | X | ID: 1115940403 | TELEFONO | EDAD: 29

DIAGNOSTICO:

INFECTADO | SI | NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS

ID: | TEL: | PARENTESCO

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 130-80 | FR | TEMP: 36 | GLASGOW: | SO2: 96

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 Femenina quien se ve manifiesta estable acude Acompañada madre y hermana se toman signos vitales y se deja bajo observación

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: Oliver Lopez | CONDUCTOR:

MEDICO:

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA

49535

Codigo: F-AMB-07
Version: 02
Vigente desde: 03/06/2019
Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 17/05/2024 | ENTIDAD: SURA | PLACA:

NOMBRES: MARIA Valentina Perilla Salgado

SEXO: M [ ] X | ID: 2360 1701 | TELEFONO: 313 8830337 | EDAD 7 7

DIAGNOSTICO: Golpe de calor

INFECTADO | SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: NIDIA | APELLIDOS: AVILA

ID: 52477127 | TEL: 3138830337 | PARENTESCO: HIJA

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASINO San Pedro	17:15		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 97 | T/A: 110/60 | FR: 22 | TEMP: | GLASGOW: 15/15 | SO2: 97%

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 7 AÑOS DE EDAD LA CUAL INGRESA AL AREA DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR LA CUAL REFIERE SENTIRSE MAL SE LE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES ARROJAN T/A 110/60 ESTANDO NORMALES SE RESPONDE Y SE MARCHA DE LA CONVENCIONAL SIN NOVEDAD.

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 COMPAÑIA EN 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 RESPONSABILIDAD. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADES MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: ALFONSO GARCIA | CONDUCTOR:

MEDICO: | FIRMA