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: 2024/07/18 Hora de Impresión: 11:34 a. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000014442 Fecha : 2024/07/18

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 822304

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA MAD 822304 2024/07/31	25,912,661.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 18072024 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	25,912,661.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	4,280,000.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	4,280,000.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	9,681,328.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	9,681,328.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	13,858,672.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	13,858,672.00
Totales			53,732,661.00	53,732,661.00

Elaboró: LIZZETH Revisó: _____ Aprobó: _____

Recibí conforme: _____
C.C.#

BBVA

REPORTE DE PAGO

Generador de pagos Plan B

Fecha: 18/07/2024
Cuenta Emisora: A
Importe Total: $114,483,339.00
No Ordenes: 2

Identificación	Beneficiario	Importe	Fp	Banco	Tc	NoCuenta	Fecha Limite AAAA	MM	DD	Concepto1	E-mail
901739327	UNION TEMPORAL NC 2023 IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU	$88,570,678.00	1	0007	01	04800003355	0000	00	00	SERVICIO DE VIGILANCIA	
900927441	SALUD SAS	$25,912,661.00	1	0001	01	096164629	0000	00	00	TRANSPORTE ASISTENCIAL	

Escuela Taller
Cartagena de Indias
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

O R D E N D E P A G O

ESTADO : APROBADO

SECCION PRINCIPAL :

UNIDAD EJECUTORA :

Consecutivo OPP: 19,152

Vigencia : 2024

Número : 39-0000011883

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2024/07/17
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT# MAD 822304 Prestación de servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de
Entradas : 24-0000011669,24-0000011669,24-0000011669

Entrada 24 - 0000011669. Factura MAD 822304

Rubro	Recurso	Tipo	Valor
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	4,280,000.00
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	9,681,328.00
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	13,858,672.00

VALOR TOTAL DE ORDEN DE PAGO:	**27,820,000.00**

Movimiento Contable de Conceptos Adicionales

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA MAD 822304	0.00	1,112,800.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA MAD 822304	0.00	238,139.00
2407220101	ESTAMPILLAS PARA LA JUSTICA FAMILIAR2% FA MAD 822304	0.00	556,400.00
Total		**0.00**	**1,907,339.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS:	**-1,907,339.00**

VALOR NETO A PAGAR: 25,912,661.00

Son : VEINTICINCO MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN 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 No. 001 SAMC-001-2024	Veintitrés Millones Quinientos Cuarenta Mil Pesos M/CTE ($23.540.000)		
PLAZO DE JECUCION	Hasta el 04/07/2024		
PLAZO PRORROGA	Hasta el 06/07/2024		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	**53-44-101030976** **53-44-101031187** **53-44-101028358** **53-44-101031187**	**FECHA DE APROBACIÓN**	11/03/2024 26/03/2024 14/02/2024 05/07/2024
FECHA DE INICIO	28/03/2024		
MES A PAGAR	FACTURA No.MAD 822304		

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-822304 correspondiente a la suma de, **VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL Pesos, ($ 27.820.000).**

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



OTROSI No 002	
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 mediante OTROSI No. 001 fechado el 17 de mayo de 2024 se prorroga el contrato SAMC-001- 2024 por valor de VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 23.540.000) y con plazo de ejecución hasta el 04 de julio de 2024, ascendiendo el valor total del contrato de vigilancia y seguridad privada a un total de SESENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($70.620.000,00).

6. Que de acuerdo a la terminación del contrato de comodato No. 2907 de 17 de octubre de 2017 y el inicio del contrato interadministrativo de Comodato No. 2628 de 17 de mayo de 2024 suscrito entre el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes y la Escuela Taller Cartagena de Indias – la ETCAR se obliga a continuar con la administración de los bienes de interés cultural –BIC- de propiedad de la Nación, con la finalidad de su protección, conservación,

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

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.

7. Que d ando continuidad a las obligaciones adquiridas con el Ministerio de las Culturas, las artes y los Saberes y en concordancia con el Plan de Acción 2024, la Escuela taller Cartagena de Indias requiere garantizar la continuidad del servicio de ambulancia en sitio el cual cubre a todas las personas que se encuentren dentro de sus instalaciones: funcionarios, clientes, proveedores y visitantes en situaciones de emergencia y traslados a los que haya lugar; en las instalaciones del Castillo de San Felipe de Barajas, de lunes a domingo, incluidos festivos en horario de 7:00 am a 7:00 pm. También incluye atención medica prehospitalaria, transporte asistencial del paciente desde el Castillo de San Felipe hasta el centro hospitalario.

8. Que en virtud de lo anterior, y para continuar eficientemente la operación del Castillo San Felipe de Barajas, es necesario garantizar la continuidad del servicio de ambulancia en sitio en el Castillo San Felipe de Barajas hasta tanto se surta un nuevo proceso de selección que garantice el servicio.

9. De acuerdo con la planeación y el cumplimiento de las obligaciones de la ETCAR como comodatario, la dirección general de la ETCAR ha determinado la necesidad de realizar una prórroga al contrato hasta el 06 de julio de 2024.

10. Que por la necesidad anteriormente expuesta, se requiere solicitar la prórroga al contrato SAMC-001-2024 con la empresa IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS, hasta el 06 de julio de 2024, para este tiempo se tendrá en cuenta el saldo a favor que asciende a la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTISEISMIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.426.666).

11. 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:	**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 6 de julio de 2024.
SEGUNDA:	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.
TERCERA:	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

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 822304

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 .: 11/07/2024 **EGRESO.:** 11/07/2024 **EDAD.:** 24

FECHA FACTURA .: 11.jul./2024
FECHA VENCIMIENTO.: 10.ago./2024
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000010111

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	VR. PARCIAL	VR. TOTAL
	Movimiento de Ambulancias			
6000008	SERVICIO DE AMBULANCIA EN SITIO	1,00	27.820.000,00	27.820.000,00

VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS CON 00/100 M.L.

SUBTOTAL	.:	27,820,000.00
VALOR CUOTA o COPAGO	.:	0.00
VALOR ICA	.:	0,00
VALOR CREE	.:	0,00
VALOR RET.FUENTE	.:	0,00
TOTAL A PAGAR	.:	27.820.000,00

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101031187	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	07	2024	22	03	2024	00:00	06	07	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AVE ANTONIO AREVALO-CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS-OF. CAVI	CARTAGENA, BOLIVAR	6566803

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUCIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL CONTRATISTA EN RELACION A LA PRESTACION DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO DE AMBULANCIA EN SITIO PARA LA ATENCION DE VISITANTES, CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DEL CASTILLO DE SAN FELIPE DE BARAJAS EN VIRTUD DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE COMODATO NO. 2907 DE 17 DE OCTUBRE DE 2017, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE CULTURA Y LA ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS. CONTRATO No.SAMC-001- 2024

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/03/2024	06/11/2024	$14,409,333.20	$14,409,333.20
CALIDAD DEL SERVICIO	22/03/2024	06/11/2024	$14,409,333.20	$14,409,333.20
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	22/03/2024	06/07/2027	$3,602,333.30	$3,602,333.30

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ADICION DE VALOR Y TIEMPO DE ACUERDO A OTRO SI No.002. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN SIN MODIFICACION ALGUNA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******24,000.00	$ *******8,000.00	$ *******6,080.00	$ **********38,080.00	$ ******32,420,999.70	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
SOC CONSULTORES LTDA	194675	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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

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

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

53-44-101031187

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101031187	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	07	2024	22	03	2024	00:00	06	07	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AVE ANTONIO AREVALO-CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS-OF. CAVI	CARTAGENA, BOLIVAR	6566803

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******24,000.00	$ *******8,000.00	$ *******6,080.00	$ **********38,080.00	$ *******32,420,999.70	CONTADO

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

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

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

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101580138739 1(3900)000000038080(96)20250322

REFERENCIA PAGO: 1101580138739-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	COD.SUC	NO.POLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101031187	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	07	2024	22	03	2024	00:00	06	07	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR	NIT: 800.169.265-3	AVE ANTONIO AREVALO-CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS-OF. CAVI	CARTAGENA, BOLIVAR	6566803

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

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

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

53-44-101031187

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 mayo al 06 Julio 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
5	2-jun	rene vaga	yc56676213	castillo san Felipe
3	7-jun	Kamila Torregrosa Márquez	14088073-0	clínica Cartagena del mar
4	7-jun	yorleidis altamar	1051889920	castillo san Felipe
1	12-jun	jhon garces hurtado	8103106	castillo san Felipe
2	17-jun	Claire yedess	23EA17810	castillo san Felipe
6	17-jun	mariana albazo Espinoza	1142520558	castillo san Felipe
7	18-jun	zaida Loaiza		castillo san Felipe
8	19-jun	regina maría	fz182409	castillo san Felipe
9	23-jun	Cristian Díaz	1143366705	castillo san Felipe
10	25-jun	Josemi Andrade	39739528	castillo san Felipe
11	26-jun	Telma manso	1,11624E+12	castillo san Felipe
12	30-jun	josefina cortes	39739528	castillo san Felipe
13	30-jun	Ana bernarda Gómez	1048065907	clínica cap de la esperanza
14	30-jun	Sebastián flores		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	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 42 H N 84B - 93	BARRANQUILLA-ATLANTICO	32441-48794	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-07	766969765	9469836027	E	2024/07/10	2024/07/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,973,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret	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 (45 Afiliados)																					$72,593,047	$11,614,900			$76,520,982	$3,089,900			$76,147,647	$1,014,500			$76,520,982		$2,171,900		$0	$0		$19,973,400
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (5 Afiliados)																					$866,669	$138,900			$866,669	$10,500			$693,334	$7,000			$866,669		$0		$0	$0		$156,400
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (5 Afiliados)																					$866,669	$138,900			$866,669	$10,500			$693,334	$7,000			$866,669		$0		$0	$0		$156,400
1	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS											X						23030 1	2	$86,667	$13,900	EPS005	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	1037634160	CORONADO POLO MELISA												X					23030 1	4	$173,334	$27,800	EPS005	4	$173,334	$7,000	CCF05	4	$173,333	$7,000	14-11	4	$173,334	0.000%	$0	4	$0	$0	SI	$41,800
3	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL													X				23020 1	4	$173,334	$27,800	EPS002	4	$173,334	$0	CCF05	4	$86,667	$0	14-11	4	$173,334	0.000%	$0	4	$0	$0	SI	$27,800
4	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN													X				23020 1	5	$216,667	$34,700	EPS005	5	$216,667	$0	CCF05	5	$216,667	$0	14-11	5	$216,667	0.000%	$0	5	$0	$0	SI	$34,700
5	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES													X				23030 1	5	$216,667	$34,700	ESS037	5	$216,667	$0	CCF05	5	$216,667	$0	14-11	5	$216,667	0.000%	$0	5	$0	$0	SI	$34,700

2024/07/11 04:43 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (20 Afiliados)																							$27,981,582	$4,477,200			$30,288,249	$1,263,300			$30,201,582	$1,208,200			$30,288,249		$258,300		$0	$0		$7,207,000
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (20 Afiliados)																							$27,981,582	$4,477,200			$30,288,249	$1,263,300			$30,201,582	$1,208,200			$30,288,249		$258,300		$0	$0		$7,207,000
6	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
7	CC	1143229620	ARIAS VASQUEZ YESENIA MARGARITA									X									23030 1	30	$1,707,124	$273,200	EPS002	30	$1,707,124	$68,300	CCF05	30	$1,707,124	$68,300	14-11	30	$1,707,124	0.522%	$9,000	30	$0	$0	SI	$418,800
8	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
9	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
10	CC	1140848438	CARDENAS ALTAMAR STEFANIA									X									23020 1	30	$1,791,124	$286,600	EPS010	30	$1,791,124	$71,700	CCF05	30	$1,791,124	$71,700	14-11	30	$1,791,124	0.522%	$9,400	30	$0	$0	SI	$439,400
11	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
12	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
13	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA																		23030 1	26	$1,126,667	$180,300	EPS005	26	$1,126,667	$45,100	CCF05	26	$1,646,667	$65,900	14-11	26	$1,126,667	0.522%	$5,900	26	$0	$0	SI	$297,200
14	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
15	CC	1001889638	GALVIS LEON DURLEY ADRIANA	X																		0	$0	$0	EPS010	11	$476,667	$59,600		0	$0	$0	14-11	11	$476,667	0.522%	$2,500	0	$0	$0	No	$62,100
16	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
17	CC	1192570795	GUTIERREZ MENDEZ ANDREA CAROLINA																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	ESS007	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
18	CC	32763181	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
19	CC	1001798849	MALDONADO ANDREWS ADALBERTO JUNIOR		X																	0	$0	$0	EPS041	3	$130,000	$16,300		0	$0	$0	14-11	3	$130,000	0.522%	$700	0	$0	$0	No	$17,000
20	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
21	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
22	CC	72231097	MARTINEZ DE LOS REYES EDUIN DE JESUS		X																23030 1	1	$46,667	$7,500	EPS010	1	$46,667	$1,900	CCF05	1	$46,667	$1,900	14-11	1	$46,667	0.522%	$300	1	$0	$0	SI	$11,600
23	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
24	CC	1143265057	VALENCIA RODRIGUEZ BLADIMIR	X																	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
25	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA									X									23100 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

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (25 Afiliados)																							**$43,744,796**	**$7,000,300**			**$45,366,064**	**$1,815,800**			**$45,452,731**	**$1,819,300**			**$45,366,064**		**$1,974,600**		**$0**	**$0**		**$12,610,000**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (25 Afiliados)																							**$43,744,796**	**$7,000,300**			**$45,366,064**	**$1,815,800**			**$45,452,731**	**$1,819,300**			**$45,366,064**		**$1,974,600**		**$0**	**$0**		**$12,610,000**
26	CC	1047424961	ALVARADO AREVALO DIMAS									X									230301	30	$1,860,613	$297,700	EPS017	30	$1,860,613	$74,500	CCF05	30	$1,860,613	$74,500	14-11	30	$1,860,613	4.350%	$81,000	30	$0	$0	SI	$527,700
27	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS									X									230301	28	$1,788,406	$286,200	EPS005	28	$1,788,406	$71,600	CCF05	28	$1,875,073	$75,100	14-11	28	$1,788,406	4.350%	$77,800	28	$0	$0	SI	$510,700
28	CC	11032971	BLANDON SILGADO DANIEL									X									230301	30	$1,576,584	$252,300	EPS010	30	$1,576,584	$63,100	CCF05	30	$1,576,584	$63,100	14-11	30	$1,576,584	4.350%	$68,600	30	$0	$0	SI	$447,100
29	CC	1047350214	CANTILLO SALAS JORGE LUIS									X									230301	30	$2,004,197	$320,700	EPS010	30	$2,004,197	$80,200	CCF05	30	$2,004,197	$80,200	14-11	30	$2,004,197	4.350%	$87,200	30	$0	$0	SI	$568,300
30	CC	1192923604	CASTILLA DE LA ROSA CESAR AUGUSTO									X									230301	30	$2,001,828	$320,300	EPS002	30	$2,001,828	$80,100	CCF05	30	$2,001,828	$80,100	14-11	30	$2,001,828	4.350%	$87,100	30	$0	$0	SI	$567,600
31	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO									X									230301	30	$1,987,766	$318,100	EPS010	30	$1,987,766	$79,600	CCF05	30	$1,987,766	$79,600	14-11	30	$1,987,766	4.350%	$86,500	30	$0	$0	SI	$563,800
32	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO									X									230301	30	$2,004,355	$320,700	EPS010	30	$2,004,355	$80,200	CCF05	30	$2,004,355	$80,200	14-11	30	$2,004,355	4.350%	$87,200	30	$0	$0	SI	$568,300
33	CC	1002442520	DEL TORO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN									X									230301	30	$1,873,191	$299,800	EPS005	30	$1,873,191	$75,000	CCF05	30	$1,873,191	$75,000	14-11	30	$1,873,191	4.350%	$81,500	30	$0	$0	SI	$531,300
34	CC	1143251836	DIX CARDENAS MIGUEL ALFONSO									X									230301	30	$1,923,148	$307,800	CCFC55	30	$1,923,148	$77,000	CCF05	30	$1,923,148	$77,000	14-11	30	$1,923,148	4.350%	$83,700	30	$0	$0	SI	$545,500
35	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL	X								X									230201	26	$1,134,374	$181,500	EPS002	26	$1,134,374	$45,400	CCF05	26	$1,134,374	$45,400	14-11	26	$1,134,374	4.350%	$49,400	26	$0	$0	SI	$321,700
36	CC	1007280092	HERNANDEZ PEREZ DAYSON DE JESUS									X									230301	30	$1,878,417	$300,600	EPS002	30	$1,878,417	$75,200	CCF05	30	$1,878,417	$75,200	14-11	30	$1,878,417	4.350%	$81,800	30	$0	$0	SI	$532,800
37	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL									X									230201	30	$1,878,417	$300,600	ESSC07	30	$1,878,417	$75,200	CCF05	30	$1,878,417	$75,200	14-11	30	$1,878,417	4.350%	$81,800	30	$0	$0	SI	$532,800
38	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE									X									231001	30	$1,984,381	$317,600	EPS010	30	$1,984,381	$79,400	CCF05	30	$1,984,381	$79,400	14-11	30	$1,984,381	4.350%	$86,400	30	$0	$0	SI	$562,800
39	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO									X									230301	30	$2,004,355	$320,700	EPS002	30	$2,004,355	$80,200	CCF05	30	$2,004,355	$80,200	14-11	30	$2,004,355	4.350%	$87,200	30	$0	$0	SI	$568,300
40	CC	1045697278	MARTINEZ GALERA JORGE ELIECER									X									230301	30	$1,905,885	$305,000	EPS010	30	$1,905,885	$76,300	CCF05	30	$1,905,885	$76,300	14-11	30	$1,905,885	4.350%	$83,000	30	$0	$0	SI	$540,600
41	CC	1045686789	MARTINEZ FUENTES LEWIN JOSE									X									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	SI	$368,600
42	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN									X									230201	25	$1,764,475	$282,400	EPS005	25	$1,764,475	$70,600	CCF05	25	$1,764,475	$70,600	14-11	25	$1,764,475	4.350%	$76,800	25	$0	$0	SI	$500,400
43	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS									X									25-14	30	$1,780,666	$285,000	EPS017	30	$1,780,666	$71,300	CCF05	30	$1,780,666	$71,300	14-11	30	$1,780,666	4.350%	$77,500	30	$0	$0	SI	$505,100
44	CC	8706021	OSORIO ARIAS NELSON AQUILES									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,621,268	$64,900	CCF05	30	$1,621,268	$64,900	14-11	30	$1,621,268	4.350%	$70,600	30	$0	$0	SI	$200,400
45	CC	8786380	PEREZ PALLARES HAROLD JOSE									X									230301	30	$1,909,610	$305,600	EPS010	30	$1,909,610	$76,400	CCF05	30	$1,909,610	$76,400	14-11	30	$1,909,610	4.350%	$83,100	30	$0	$0	SI	$541,500
46	CC	1043669781	PORRAS VEGA JEAN CARLOS									X									231001	30	$2,020,943	$323,400	EPS005	30	$2,020,943	$80,900	CCF05	30	$2,020,943	$80,900	14-11	30	$2,020,943	4.350%	$88,000	30	$0	$0	SI	$573,200
47	CC	1129515541	RAMOS MENDOZA JAIR JAVITH									X									25-14	30	$1,750,354	$280,100	CCFC55	30	$1,750,354	$70,100	CCF05	30	$1,750,354	$70,100	14-11	30	$1,750,354	4.350%	$76,200	30	$0	$0	SI	$496,500
48	CC	72276775	REYES CORREA GABRIEL ALBERTO	X								X									230301	25	$1,768,661	$283,000	EPS010	25	$1,768,661	$70,800	CCF05	25	$1,768,661	$70,800	14-11	25	$1,768,661	4.350%	$77,000	25	$0	$0	SI	$501,600
49	CC	1069501942	SANCHEZ ORTEGA LUIS EDUARDO									X									230301	30	$1,944,691	$311,200	ESSC07	30	$1,944,691	$77,800	CCF05	30	$1,944,691	$77,800	14-11	30	$1,944,691	4.350%	$84,600	30	$0	$0	SI	$551,400
50	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES									X									230301	25	$1,699,479	$272,000	ESSC07	25	$1,699,479	$68,000	CCF05	25	$1,699,479	$68,000	14-11	25	$1,699,479	4.350%	$74,000	25	$0	$0	SI	$482,000
Total			**Afiliados(45)**																				$72,593,047	$11,616,400			$76,520,982	$3,089,600			$76,347,647	$3,034,500			$76,530,982		$2,232,900		$0	$0		$19,973,400

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	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 42 H N 84B - 93	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3244148794	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-07	766969765	9469836027	E	2024/07/10	2024/07/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,973,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				41	$11,616,400	$0	$0	$11,616,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$961,000	$0	$0	$961,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$1,574,700	$0	$0	$1,574,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	28	$7,759,100	$0	$0	$7,759,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$1,321,600	$0	$0	$1,321,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$2,232,900	$0	$0	$2,232,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	45	$2,232,900	$0	$0	$2,232,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				43	$3,034,500	$0	$0	$3,034,500
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	43	$3,034,500	$0	$0	$3,034,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				45	$3,089,600	$0	$0	$3,089,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$147,100	$0	$0	$147,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$64,900	$0	$0	$64,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$1,243,200	$0	$0	$1,243,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$226,200	$0	$0	$226,200
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	4	$273,000	$0	$0	$273,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$16,300	$0	$0	$16,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$573,200	$0	$0	$573,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$545,700	$0	$0	$545,700
TOTAL				45	$19,973,400	$0	$0	$19,973,400

2024/07/11 04:43 PM

AMADSS
¡SALUD A TU ALCANCE!

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

0164

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

MOVIL 8 MES 6 AÑO 2024

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
02/06	Rene Vago	YC 56676273	Descomp ensacion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
07/06	Shaddayi Hernandez	1.1375347 6	Dolor de cabeza		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
07/06	YorLedis Al Tamar	1051889920	Descon Pensucion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
07/06	Kamila Torregroza	1405807 3-0	Convul cion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
12/06	Jhon Fernando Jarres	8103 106	Descon Pensucion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
17/06	Claire YeDess	23EA17810	Caida		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
17/06	Mariano ALFOZO	1142520558	dolor de Cabeza		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
18/06	ZAida Loaiza	—	Descon Pensucion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
19/06	Regina Maria	FZ7824 09	Caida		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
23/06	CrisTian DiAz	1143366705	HPotencion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
25/06	Jose Mir ANDrade	—	Descon Pensucion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
26/06	Telma Manso	1176240872657	Caida		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
30/06	JoseFina corTez	39739528	Descon Pensucion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
30/06	Ana Bernarda Gomez	1048065907	Herida		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	
30/06	Sebastian Florez	—	Laceracion		1	1			TAB	Edwin L		Edwin L	

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49551	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30-06-2024			ENTIDAD:		PLACA: IPS 016
NOMBRES: Sebastian Florez					
SEXO:	M X	F	ID:	TELEFONO:	EDAD: 10
DIAGNOSTICO: Laceraciones en miembros Inferiores					
				INFECTADO: SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Sue Sharma		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	09:01		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	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	Sue Sharma FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Al Area de enFermeria Paciente Menor de edad, En compañia de Su Familia, Se Observan Laceraciones en Mienbros inferior derecho e izquierdo Se Rediza Curación y 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 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 Lobo	CONDUCTOR:
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49561	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30-06-2024 | ENTIDAD: Magisterio | PLACA: IPS 046

NOMBRES: Ana Bernarda Gomez Vence

SEXO: M / F X | ID: 1048065907 | TELEFONO: 3053080524 | EDAD: 19

DIAGNOSTICO: Herida en ceja

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	16:20	16:21	BASICO: X / MED: / NEONAT:
DESTINO 2: Cap La esperanza	16:35	17:01	TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: X / DOBLE: / INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: | T/A: 120:76 | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: | SO2:

ANTECEDENTES:

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

Ingresa Paciente Femenino mayor de edad manifiesta que Recibe golpe en la parte de la ceja ha cual se Traslada Apuesta de salud Cap de la esperanza para que se le Realice suturacion, Queda Paciente en puesto de salud sin novedad Alguna

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

Ana Gomez Vence

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: Dima Alvarado

MEDICO:

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49550	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 30-06-2020 | ENTIDAD: | PLACA: EPS a/6

NOMBRES: Josefina Cortes Chavez

SEXO: M | F X | ID: 39739528 | TELEFONO: | EDAD: 55

DIAGNOSTICO: Descompensacion

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	13:39		BASICO: ✓	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: ✓	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 78 | T/A: 138/100 | FR: | TEMP: | GLASGOW: | SO2: 99

ANTECEDENTES:

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

Ingresa Paciente A Area de enfermeria Femenino Mayor de edad Manifiesta Averse descompensado se le Toman signos Vitales y se estabiliza en el Area Al Presentar nuevamente Descompensacion y Des mejora Sera Trasladada A Un centro de Salud mas Cercano para que sea Valorada Por medica

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:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49549	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 26-06-2024			ENTIDAD:			PLACA: 105 046	
NOMBRES: Telma Manso Chuquin Yo							
SEXO:	M	F X	ID: 1116240872687	TELEFONO:		EDAD: 47	
DIAGNOSTICO: Caida de su propia Altura							
					INFECTADO:	SI	NO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	16:09		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 79	T/A: 120/80	FR: 19	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 94
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 H Area de enFermeria La cual manifiesta Tener Caida de su propia Altura, se procede A Realizarce Curacion en miembro inFerior Derecho y procede A marcharce 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 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 49547	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 25-06-2024			ENTIDAD:		PLACA: IPS 046
NOMBRES: Josemir Andrade Oliveira					
SEXO:	M X	F	ID: 39735-28	TELEFONO:	EDAD: 72
DIAGNOSTICO: DesCon PenSaCon					
				INFECTADO: SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:35		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 130/80	FR: 18	TEMP: 37	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

Ingresa Paciente Masculino Mayor de edad Al area de enFermeria, Se observa con desCompensión y Salida de emesis, Se le Toman signos Vitales y se deja en reposo y en observacion al notar mejoria 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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Dimo Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 51074	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 12-06-2024 | ENTIDAD: | PLACA: EPS 046

NOMBRES: Jhon Fernando Garces Hurtado

SEXO: M X | F | ID: 8703706 | TELEFONO: | EDAD: 40

DIAGNOSTICO: Desconpensación

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: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 74 | T/A: 130/70 | FR: 19 | 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 paciente masculino mayor de edad Al Area de enfermeria, Manifiesta Sentirse Mareado. Se le Toman Signos Vitales y se Deja en Reposo

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: Simas Alvarado

MEDICO: | FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49560	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 17-06-2021	ENTIDAD:	PLACA: TSP 046	
NOMBRES: Claire Yedes			
SEXO: M F X	ID: 2EA12810	TELEFONO:	EDAD: 21
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: Castillo San Felipe	14:18		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 120/70	FR: 22	TEMP: 36	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 Paciente Femenino Mayor de edad Al Area de Enfermeria, Manifiesta Auer Sentido Mareo y Caida de Su Propia Altura, Causandose Laceración en miembro Inferior Izquierdo, Se procede Atomarce Signos vitales, y se le Realiza Curacion en herida, Paciente Se Marcha Sin Novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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 Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

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

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 07-06-2024 | ENTIDAD: | PLACA: ISP 046

NOMBRES: Kamila Torregroza Marquez

SEXO: M X | ID: 1408073-0 | TELEFONO: | EDAD: 7

DIAGNOSTICO: Crisis Convulsiva

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Elsa Bossa Dominguez | APELLIDOS:

ID: 1122822326 TEL: | PARENTESCO: Docente.

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA
ORIGEN 1: Castillo Santelipe	14:39	14:45
DESTINO 2: Clinica Cartagena del mar	14:48	15:10
DESTINO 3:		

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO: BASICO: X | MED: | NEONAT:

TIPO DE SERVICIO: SIMPLE: | DOBLE: | INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 130/100 | FC: 90 | FR: 22 | TEMP: 40 | GLASGOW: 15/14 | 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

Paciente menor de edad, se Traslada al centro Medico mascercano, Presenta crisis convulciba. y no Responde al llamado, se Traslada Ala clinica Cartagena del Mar el Cual es valorada por medico y personal de en Femeria de Turno, se deja Paciente en Clinica Cartagena del Mar viva, SPO2 98, Tem:40

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: | MEJORO: | DESCOMPENSO: | FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC: | T/A: | FR: | TEMP: 40 | GLASGOW: | SO2: 93

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

Elsa Bossa P.

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

0 — MEDICO

Dimo Alvarado — CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Diego Mauricio Ipuela

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 51076	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 07 - 06 - 2024			ENTIDAD:			PLACA: IPS 016	
NOMBRES: Yorleidis Altamar Espinosa							
SEXO:	M	F X	ID: 1057889920	TELEFONO:		EDAD: 12	
DIAGNOSTICO: Descompensación							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Leonor		APELLIDOS: Castilla Movilla	
ID: 1694382219	TEL: 3157888010	PARENTESCO: Docente	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:25		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE: X	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 89	T/A: 120/100	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 al Area de enfermeria menor de edad en compañia de su Docente Manifiesta Averce desmayado y presenta Descompensacion se Toman Signos Vitales y se deja en Reposo.

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

Leo M

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Dimo Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49548	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 23-06-2024		ENTIDAD:		PLACA: ISP 016	
NOMBRES: Cristian Diaz					
SEXO:	M X	F	ID: 1143667705	TELEFONO:	EDAD: 30
DIAGNOSTICO: Presion Baja					
				INFECTADO: SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo Sanfelipe	9:75		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 74	T/A: 130/85	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 99

ANTECEDENTES:

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

Ingresa Paciente Al Area de enfermeria mayor de edad manifiesta Que se siente con la Presion Baja Se le toman signos Vitales y se deja en Reposo Al sentirse 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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO:	CONDUCTOR: Camilo Castro
MEDICO: Edwin Lopez	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

AMADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49546	Codigo: F-AM8-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 19-06-2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: Regina Maria							
SEXO:	M	F X	ID: FZ182409	TELEFONO:		EDAD: 78	
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: Castilla San Felipe	11:35		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 90	T/A: 130/70	FR: 22	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

A la hora ingresa Paciente Femenino Mayor de edad Que Sufre Caida de Supropia Altura, Causandose Laceraciones en miembro Superior derecho, y miembro inferiores Derecho e Izquierda Se le Realiza Curacion y Sevenda Pie Izquierdo y 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

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 49541	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 18-06-2024			ENTIDAD:			PLACA: ISP 046	
NOMBRES: Zaida Loaiza Gutierre							
SEXO:	M	F X	ID:	TELEFONO:		EDAD: 72	
DIAGNOSTICO: Descompensación							
				INFECTADO:	SI	NO X	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:58		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 86	T/A: 130/100	FR: 22	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

Ingresa Paciente Femenino mayor de edad Al Area de enfermeria, manifiesta Tener mareo y sufrir desmayo, se evidencia hematoma en Cabeza, se Toman Signos Vitales y se deja en Reposo Al sentirce 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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Dimo Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 49563	Codigo: F-AMB-02 Versión: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 17/06/2024			ENTIDAD:			PLACA: LSP 046	
NOMBRES: MARIANA ALEJOS ESPINOSA.							
SEXO:	M	X	ID: 1145205523	TELEFONO: 3108052316		EDAD: 19.	
DIAGNOSTICO: Dolor de cabeza y mareo							
				INFECTADO:	SI	NO X	

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: MARISOL ESPINOSA.		APELLIDOS: ESPINOSA	
ID: 52805237	TEL: 3108052316	PARENTESCO: MADRE	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DEZPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: CASTILLO SAN PEDRO	13:19		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC:	T/A: 125/80	FR:	TEMP: 37	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 Femenino menor de edad en Con pubia de Semana manifiesta que se siente con mareo y precaje vomito, se Toman signos vitales y se Deja en Reposo Al Sentirse 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 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: Camilo CASTILLO
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

MADSS SALUD A TU ALCANCE	FORMULARIO DEL TRASLADO DE PACIENTES TRASLADO ASISTENCIAL EN AMBULANCIA 52546	Codigo: F-AMB-02 Version: 02 Vigente desde: 08/08/2019 Pagina 1 de 1

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 02-06-2024			ENTIDAD:			PLACA: ESP 046	
NOMBRES: Rene Vago							
SEXO:	M X	F	ID: 4C566[illegible]213	TELEFONO:		EDAD:	
DIAGNOSTICO: Descompensacion							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

FC: 18	T/A: 120/70	FR: 22	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 Paciente Masculino mayor de edad, Al Area de enfermeria, manifiesta Tener mareo y Taquicardia. se Procede A Tomarse signos Vitales, y al Estar mayor 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

Rene Lopez

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO: Edwin Lopez	CONDUCTOR: Dimo Alvarado
MEDICO:	FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN

1. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO**

CONTRATO:

Contrato de Prestación de Servicios No:

SAMC-001-2024

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:

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

OBJETO:

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..

2. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

Fecha inicial del contrato: 28/03/2024. Hasta: 06/07/2024

PRÓRROGAS: SI: X NO:

3. **. VALOR DEL CONTRATO – GARANTIA**

Valor Inicial: SETENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTA MIL PESOS M/CTE ($70.620.000).

Garantía SI:X NO:

ADICIONES: SI: X NO:

4. **¿El contrato tuvo otras modificaciones?**

SI: NO:X

5. **INFORME SOBRE EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS:**

De conformidad con los Informes de Ejecución Contractual que reposan en el expediente respectivo, los cuales dan cuenta del cumplimiento a satisfacción de las actividades del contrato y en atención a la Cláusula de supervisión del mismo, en calidad de Supervisor(a) se acredita que el contratista cumplió con las obligaciones pactadas y no se le impusieron sanciones.



Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN

6. BALANCE FINANCIERO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ **70.620.000**
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ **70.620.000**
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$ **42.800.000**
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$ **27.820.000**
SALDO PARA LIBERAR	$ 0

se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas o productos se entregaron por parte del contratista en medio digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato.

Así mismo, certifico que el contratista cumplió en debida forma los pagos al Sistema de Seguridad Social y pagos parafiscales.

Atentamente,

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

Apoyo a la Supervisión