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: 2024/09/13 Hora de Impresión: 05:08 p. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000014744 Fecha : 2024/09/13

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 825128

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA MAD 825128 2024/08/31	25,160,350.00	0.00
1110050525	900927441	TRF 13092024 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	25,160,350.00
0330050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	27,012,314.00	0.00
0322050505	900927441	EGRESO RUBRO: 2.1.2.02.02.8.08 / 110	0.00	27,012,314.00
Totales			52,172,664.00	52,172,664.00

Elaboró: LIZZETH Revisó: _____ Aprobó: _____

Recibí conforme: _____
C.C.#

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Lizzeth Rivera	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS	CADMINITRATIVA	200.116.248.98	Septiembre 13 de 2024 04:21 pm

Número de Transacción: APII4257323568722865

Editor de Lotes

Fecha: Septiembre 13 de 2024 04:53 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******4231
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	PAGOIPS
Fecha de Aplicación:	Septiembre 13 de 2024
Valor del Lote:	$25.160.350,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	IPS MEDICINA AMBULATOR	NI 900927441	Banco de Bogotá	Cuenta Corriente	096164629	$25.160.350,00	--	PAGO	PAGO	--

Imprimir Cerrar

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: 19,421

Vigencia : 2024

Número : 39-0000012150

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2024/08/31
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT# MAD 825128 PRESTACIÓN DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO DE
Entradas : 24-0000011939

Entrada 24 - 0000011939. Factura MAD 825128

Rubro	Recurso	Tipo	Valor
2.1.2.02.02.8.08 - OTROS SERVICIOS	110 - RECURSOS PROPIOS	Vr-inicial	27,012,314.00

VALOR TOTAL DE ORDEN DE PAGO:	**27,012,314.00**

Movimiento Contable de Conceptos Adicionales

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA MAD 825128	0.00	1,080,493.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA MAD 825128	0.00	231,225.00
2407220101	ESTAMPILLAS PARA LA JUSTICA FAMILIAR2% FA MAD 825128	0.00	540,246.00
Total		**0.00**	**1,851,964.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS:	**-1,851,964.00**

VALOR NETO A PAGAR: **25,160,350.00**

Son : VEINTICINCO MILLONES CIENTO SESENTA MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 0/100

Central de Cuentas

Administrativo y Financiero

Contabilidad

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
Ordenador del Gasto



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 825128

CLIENTE .:	ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS	**FECHA FACTURA** .:	27.ago./2024
NIT .:	800169265	**FECHA VENCIMIENTO**.:	26.oct./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°** .:	000012287
INGRESO .:	27/08/2024 **EGRESO**.: 27/08/2024 **EDAD**.: 24	**AUTORIZACION**.:	julio-agosto

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	VR. PARCIAL	VR. TOTAL
	Movimiento de Ambulancias			
6000008	SERVICIO DE AMBULANCIA EN SITIO	1,00	27.012.314,00	27.012.314,00

VEINTISIETE MILLONES DOCE MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS CON 00/100 M.L.

SERVICIO DE AMBULANCIA EN SITIO DEL 26 DE JULIO AL 26 AGOSTO 2024

SUBTOTAL	.:	27,012,314.00
VALOR CUOTA o COPAGO	.:	0.00
VALOR ICA	.:	0,00
VALOR CREE	.:	0,00
VALOR RET.FUENTE	.:	0,00
TOTAL A PAGAR	.:	27.012.314,00

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 # 18764070612671 RANGO 618969 - 2000000 VIGENCIA DE 12 MESES

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

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	22/07/2024		
-Nº DEL CONTRATO-	SAMC-005-2024		
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO DE AMBULANCIA EN SITIO PARA LA ATENCIÓN DE VISITANTES, CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DEL CASTILLO DE SAN FELIPE DE BARAJAS EN VIRTUD DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE COMODATO NO. 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.		
VALOR DEL CONTRATO	Ciento Cuarenta y Ocho Millones Quinientos Sesenta y Siete Mil Setecientos Veintisiete Pesos ($ 148.567.727,00)		
PLAZO DE JECUCION	Hasta el 31/12/2024		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	**53-44-101032799** **53-44-101033031**	**FECHA DE APROBACIÓN**	10/07/2024 23/07/2024
FECHA DE INICIO	26/07/2024		
MES A PAGAR	**FACTURA No.MAD 825128**		

CERTIFICADOS	NUMERO	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	204	2024/05/29	$ 159.250.000.00
REGISTRO	380	2024/07/22	$ 148.567.727.00

Con fundamento en el informe de gestión presentado por el CONTRATISTA, el suscrito **SANDRA SCHMALBACH PEREZ,** Supervisor del Contrato **No SAMC-005 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-005 de 2024**, complementado con la siguiente información.

Informe de gestión, se verifica y valida el cumplimiento de las actividades relacionadas en el informe aportado por el contratista.

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-825128 correspondiente a la suma de, **VEINTISIETE MILLONES DOCE MIL TRECIENTOS CATORCE Pesos, ($ 27.012.314).**

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

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-005-2024

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:

IPS Medicina Ambulancia Domiciliaria Su Salud S.A.S Salud I.P.S MADSS

OBJETO:

"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO DE AMBULANCIA EN SITIO PARA LA ATENCI+ON DE VISITANTES, CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DEL CASTILLO DE SAN FELIPE DE BARAJAS EN VITUD DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE COMODATO No. 2628 DE 17 DE MAYO DE 2024, SUSCRITO ENTRE MINISTERIO DE LAS CULTUAS, LAS ARTES Y LOS SABERES Y LA ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS.

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

Fecha inicial del contrato: 22 de julio de 2024

Hasta: Hasta el 31 de diciembre de 2024

PRÓRROGAS: SI: NO: **x**

3. VALOR DEL CONTRATO – GARANTIA

Valor Inicial: CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL STECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($ 148.567.727,00)

Garantía SI: x NO:

53.44.101033031 de 23 de julio de 2024

ADICIONES: SI: NO: x

VALOR ADICIONAL: 0

VALOR TOTAL: CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL STECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($ 148.567.727,00)

4. ¿El contrato tuvo otras modificaciones?

SI: **NO:** X



Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN

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

"La Empresa IPS MADSS, durante el periodo del 26 de julio que dio inicio al contrato hasta el 26 de agosto de 2024, con el servicio de la ambulancia básica, estuvieron dispuestos al llamado y la atención de los visitantes, personal operativo interno vinculado al Castillo San Felipe de Barajas, cumpliendo con el objetico del contrato, con la prestación permanente de transporte asistencial Básico en sitio (TAB), bajo la modalidad de área protegida.
Se realizan diferentes atenciones al momento de requerir los servicios de atención y estabilización de pacientes a trasladar, donde la mayoría de esta atención fueron en adultos mayores.

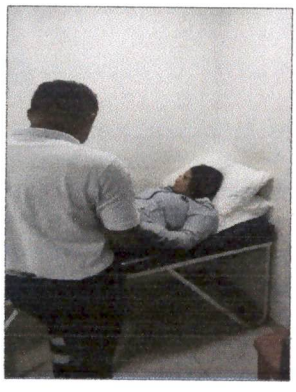
ITEN	FECHA	NOMBRE	ID	DESTINO
1	1-ago	CARLOS REYES GRASS	5743069	CASTILLO SAN FELIPE
2	1-ago	AIDA MEDINA MOSQUERA	71521239	CASTILLO SAN FELIPE
3	1-ago	ALBA RUIZ	43529420	CASTILLO SAN FELIPE
4	3-ago	KELLY POLANCO	45690692	METROPOLITANA MEDICAL CENTER
5	4-ago	PEDRO MORENO	19103438	CASTILLO SAN FELIPE
6	7-ago	REIBER CEBALLO	35066872	CASTILLO SAN FELIPE
7	7-ago	FANNY LE MORVAN	L561253706110	CASTILLO SAN FELIPE
8	8-ago	FIDELINA MEDINA	N00194591	CASTILLO SAN FELIPE
9	9-ago	EDUWIGES ESTRADA	2632811	CLINICA EL MAR
10	14-ago	NATALIA CHIQUILLO	1042579857	CASTILLO SAN FELIPE
11	17-ago	MARIA NYSSEN	14084252	CASTILLO SAN FELIPE
12	18-ago	JHAN CARLOS FRANCO OSOSRIO	1007260759	CLINICA MADRE BERNARDA
13	19-ago	RAFAEL BERNARDO	73093598	CASTILLO SAN FELIPE
14	20-ago	ADRIANA MARIA	67040345	castillo san Felipe
15	20-ago	FERNANDEZ ZABALETA GRIENIS	73196927	CLINICA EL MAR

Novedades: SI **NO** X (en caso afirmativo describir novedad **)** "

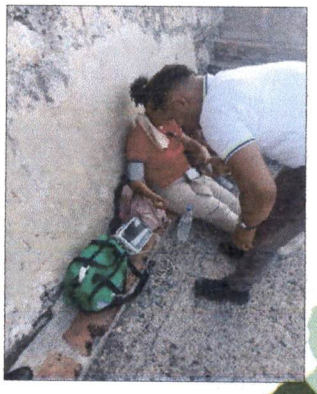
Aportar evidencias:

Se aporta como evidencias fotos de la atención de visitantes y personal vinculado y de los paramédicos en sus actividades:

Personal en Actividad:



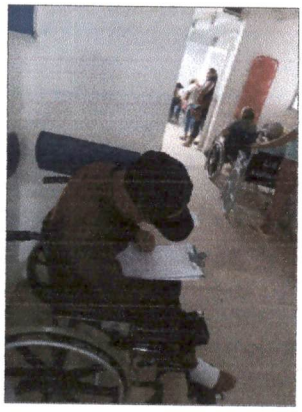




Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN






6. BALANCE FINANCIERO

Detalle de los servicios de aseo prestados en el mes de Agosto

Servicio	Cantidad	Vr. Unitario	Total
Servicio prestado de atención y traslado de pacientes (15)	1		27.012.314
		Subtotal	27012314
		AIU 10%	0
		IVA 19% AIU	0
		TOTAL	**$ 27.012.314**

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 148.567.727.00
VALOR TOTAL EJECUTADO HASTA LA FECHA	$ 27.012.314
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA HASTA LA FECHA	$ 0
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA EN ESTA CUENTA	$ 27.012.314

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN

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 y que estos cumplieron con las especificaciones exigidas en el contrato.

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

Fecha: 02 de septiembre de 2024

Atentamente,

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

LUZ ADRIANA MARTINEZ OCAMPO
Asesora Administrativa
Apoyo a la Supervisión

VB Financiero:



aportes en línea

Planilla Integrada

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

2024/07/15 09:48 AM

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$0	$80,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,000,000	4%	$80,000	ARL SURA	30	$2,000,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$1,815,800						$1,819,300						$1,974,600				$0		$0		$0		$0	
	$1,815,800						$1,819,300						$1,974,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$74,500		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,860,613	4%	$74,500	ARL SURA	30	$1,860,613	4.35%	4	$81,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,600		CAJACOPI ATLANTICO	28	$1,875,073	4%	$75,100	ARL SURA	28	$1,788,406	4.35%	4	$77,800	28	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$63,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,576,584	4%	$63,100	ARL SURA	30	$1,576,584	4.35%	4	$68,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,197	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,197	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,001,828	4%	$80,100	ARL SURA	30	$2,001,828	4.35%	4	$87,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$79,600		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,987,766	4%	$79,600	ARL SURA	30	$1,987,766	4.35%	4	$86,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,355	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,355	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,873,191	4%	$75,000	ARL SURA	30	$1,873,191	4.35%	4	$81,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$77,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,923,148	4%	$77,000	ARL SURA	30	$1,923,148	4.35%	4	$83,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$45,400		CAJACOPI ATLANTICO	26	$1,134,374	4%	$45,400	ARL SURA	26	$1,134,374	4.35%	4	$49,400	26	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,878,417	4%	$75,200	ARL SURA	30	$1,878,417	4.35%	4	$81,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,878,417	4%	$75,200	ARL SURA	30	$1,878,417	4.35%	4	$81,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$79,466		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,984,381	4%	$79,400	ARL SURA	30	$1,984,381	4.35%	4	$86,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,355	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,355	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	4.35%	4	$56,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$76,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,905,885	4%	$76,300	ARL SURA	30	$1,905,885	4.35%	4	$83,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,600		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,764,475	4%	$70,600	ARL SURA	25	$1,764,475	4.35%	4	$76,800	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,780,666	4%	$71,300	ARL SURA	30	$1,780,666	4.35%	4	$77,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$64,900		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,621,268	4%	$64,900	ARL SURA	30	$1,621,268	4.35%	4	$70,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$76,400		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,909,610	4%	$76,400	ARL SURA	30	$1,909,610	4.35%	4	$83,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,900		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,020,943	4%	$80,900	ARL SURA	30	$2,020,943	4.35%	4	$88,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,750,354	4%	$70,100	ARL SURA	30	$1,750,354	4.35%	4	$76,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,800		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,768,661	4%	$70,800	ARL SURA	25	$1,768,661	4.35%	4	$77,000	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$77,800		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,944,691	4%	$77,800	ARL SURA	30	$1,944,691	4.35%	4	$84,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,000		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,699,479	4%	$68,000	ARL SURA	25	$1,699,479	4.35%	4	$74,000	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$3,089,600						$3,094,500						$2,232,900				$0		$0		$0		$0	

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						$1,400,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,000,000	4%	$80,000	
																				$7,000,300						$1,815,800	
																				$7,000,300						$1,815,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,860,613	16%	SIN RIESGO	$297,700	$0	$0	$0	$0	$0	$297,700		FAMISANAR	30	$1,860,613	4%	$74,500	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	28	$1,788,406	16%	SIN RIESGO	$286,200	$0	$0	$0	$0	$0	$286,200		SANITAS	28	$1,788,406	4%	$71,600	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,576,584	16%	SIN RIESGO	$252,300	$0	$0	$0	$0	$0	$252,300		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,576,584	4%	$63,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,197	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,004,197	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,001,828	16%	SIN RIESGO	$320,300	$0	$0	$0	$0	$0	$320,300		SALUD TOTAL	30	$2,001,828	4%	$80,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,987,766	16%	SIN RIESGO	$318,100	$0	$0	$0	$0	$0	$318,100		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,987,766	4%	$79,600	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,355	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,004,355	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,873,191	16%	SIN RIESGO	$299,800	$0	$0	$0	$0	$0	$299,800		SANITAS	30	$1,873,191	4%	$75,000	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,923,148	16%	SIN RIESGO	$307,800	$0	$0	$0	$0	$0	$307,800		CAJACOPI	30	$1,923,148	4%	$77,000	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	26	$1,134,374	16%	SIN RIESGO	$181,500	$0	$0	$0	$0	$0	$181,500		SALUD TOTAL	26	$1,134,374	4%	$45,400	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,878,417	16%	SIN RIESGO	$300,600	$0	$0	$0	$0	$0	$300,600		SALUD TOTAL	30	$1,878,417	4%	$75,200	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	30	$1,878,417	16%	SIN RIESGO	$300,600	$0	$0	$0	$0	$0	$300,600		MUTUAL SER	30	$1,878,417	4%	$75,200	
						$1,300,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$1,994,381	16%	SIN RIESGO	$317,600	$0	$0	$0	$0	$0	$317,600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,984,381	4%	$79,400	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,355	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		SALUD TOTAL	30	$2,004,355	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,905,885	16%	SIN RIESGO	$305,000	$0	$0	$0	$0	$0	$305,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,905,885	4%	$76,300	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	25	$1,764,475	16%	SIN RIESGO	$282,400	$0	$0	$0	$0	$0	$282,400		SANITAS	25	$1,764,475	4%	$70,600	
						$1,300,000	No	Variable	COLPENSIONES	30	$1,780,666	16%	SIN RIESGO	$285,000	$0	$0	$0	$0	$0	$285,000		FAMISANAR	30	$1,780,666	4%	$71,300	
						$1,300,000	No	Variable		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		COOSALUD MOVILIDAD	30	$1,621,268	4%	$64,900	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,909,610	16%	SIN RIESGO	$305,600	$0	$0	$0	$0	$0	$305,600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,909,610	4%	$76,400	
						$1,300,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$2,020,943	16%	SIN RIESGO	$323,400	$0	$0	$0	$0	$0	$323,400		SANITAS	30	$2,020,943	4%	$80,900	
						$1,300,000	No	Variable	COLPENSIONES	30	$1,750,354	16%	SIN RIESGO	$280,100	$0	$0	$0	$0	$0	$280,100		CAJACOPI	30	$1,750,354	4%	$70,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	25	$1,768,661	16%	SIN RIESGO	$283,000	$0	$0	$0	$0	$0	$283,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	25	$1,768,661	4%	$70,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,944,691	16%	SIN RIESGO	$311,200	$0	$0	$0	$0	$0	$311,200		MUTUAL SER	30	$1,944,691	4%	$77,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	25	$1,699,479	16%	SIN RIESGO	$272,000	$0	$0	$0	$0	$0	$272,000		MUTUAL SER	25	$1,699,479	4%	$68,000	
																				$11,616,400						$3,099,600	

2024/07/15 09:48 AM

aportes en línea

Planilla Integrada

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
25	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA	Dependiente	240	No	No													X														
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202(25 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(25 Afiliados)																																		
26	CC	1047424961	ALVARADO AREVALO DIMAS	Dependiente	240	No	No													X														
27	CC	72320731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS	Dependiente	234	No	No													X														
28	CC	11032971	BLANDON SILGADO DANIEL	Dependiente	240	No	No													X														
29	CC	1047350214	CANTILLO SALAS JORGE LUIS	Dependiente	240	No	No													X														
30	CC	1192923604	CASTILLA DE LA ROSA CESAR AUGUSTO	Dependiente	240	No	No													X														
31	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO	Dependiente	240	No	No													X														
32	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO	Dependiente	240	No	No													X														
33	CC	1002442520	DEL TORO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN	Dependiente	240	No	No													X														
34	CC	1143251836	DIX CARDENAS MIGUEL ALFONSO	Dependiente	240	No	No													X														
35	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL	Dependiente	208	No	No				X	2024/06/30								X														
36	CC	1007280092	HERNANDEZ PEREZ DAYSON DE JESUS	Dependiente	240	No	No													X														
37	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL	Dependiente	240	No	No													X														
38	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE	Dependiente	240	No	No													X														
39	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO	Dependiente	240	No	No													X														
40	CC	1045686789	MARTINEZ FUENTES LEWIN JOSE	Dependiente	240	No	No																											
41	CC	1045697278	MARTINEZ GALERA JORGE ELIECER	Dependiente	240	No	No													X														
42	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN	Dependiente	200	No	No													X														
43	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS	Dependiente	240	No	No													X														
44	CC	8706021	OSORIO ARIAS NELSON AQUILES	Dependiente - Cotizante con indemnización sustitutiva o devolución de saldos	240	No	No													X														
45	CC	8786380	PEREZ PALLARES HAROLD JOSE	Dependiente	240	No	No													X														
46	CC	1043669781	PORRAS VEGA JEAN CARLOS	Dependiente	240	No	No													X														
47	CC	1129515541	RAMOS MENDOZA JAIR JAVITH	Dependiente	240	No	No													X														
48	CC	72276775	REYES CORREA GABRIEL ALBERTO	Dependiente	200	No	No				X	2024/06/25								X														
49	CC	1069501942	SANCHEZ ORTEGA LUIS EDUARDO	Dependiente	240	No	No													X														
50	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES	Dependiente	200	No	No													X														
Total		**Afiliados(45)**																																

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$10,500						$7,000						$0				$0		$0		$0		$0	
	$10,500						$7,000						$0				$0		$0		$0		$0	
$0	$2,500		CAJACOPI ATLANTICO	2	$0	0%	$0	ARL SURA	2	$86,667	0%	4	$0	2	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$7,000		CAJACOPI ATLANTICO	4	$173,333	4%	$7,000	ARL SURA	4	$173,334	0%	1	$0	4	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	4	$86,667	0%	$0	ARL SURA	4	$173,334	0%	4	$0	4	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	5	$216,667	0%	$0	ARL SURA	5	$216,667	0%	4	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	5	$216,667	0%	$0	ARL SURA	5	$216,667	0%	4	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$1,263,300						$1,208,200						$258,300				$0		$0		$0		$0	
	$1,263,300						$1,208,200						$258,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$88,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,200,000	4%	$88,000	ARL SURA	30	$2,200,000	0.522%	1	$11,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,707,124	4%	$68,300	ARL SURA	30	$1,707,124	0.522%	1	$9,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,700,000	4%	$68,000	ARL SURA	30	$1,700,000	0.522%	1	$8,900	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,700		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,791,124	4%	$71,700	ARL SURA	30	$1,791,124	0.522%	1	$9,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	4.35%	4	$56,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,000,000	4%	$80,000	ARL SURA	30	$2,000,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$45,100		CAJACOPI ATLANTICO	26	$1,646,667	4%	$65,900	ARL SURA	26	$1,126,667	0.522%	1	$5,900	26	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$59,600			0	$0	0%	$0	ARL SURA	11	$476,667	0.522%	1	$2,500	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$0	$80,400		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,010,000	4%	$80,400	ARL SURA	30	$2,010,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$16,300			0	$0	0%	$0	ARL SURA	3	$130,000	0.522%	1	$700	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$120,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$3,000,000	4%	$120,000	ARL SURA	30	$3,000,000	0.522%	1	$15,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$120,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$3,000,000	4%	$120,000	ARL SURA	30	$3,000,000	0.522%	1	$15,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$1,900		CAJACOPI ATLANTICO	1	$46,667	4%	$1,900	ARL SURA	1	$46,667	0.522%	1	$300	1	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION											SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	APP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
																				$138,900						$10,500	
																				$138,900						$10,500	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	2	$86,667	16%	SIN RIESGO	$13,900	$0	$0	$0	$0	$0	$13,900		SANITAS	2	$86,667	4%	$3,500	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	4	$173,334	16%	SIN RIESGO	$27,800	$0	$0	$0	$0	$0	$27,800		SANITAS	4	$173,334	4%	$7,000	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	4	$173,334	16%	SIN RIESGO	$27,800	$0	$0	$0	$0	$0	$27,800		SALUD TOTAL	4	$173,334	0%	$0	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	5	$216,667	16%	SIN RIESGO	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$34,700		SANITAS	5	$216,667	0%	$0	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	5	$216,667	16%	SIN RIESGO	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$34,700		MUTUAL SER	5	$216,667	0%	$0	
																				$4,477,200						$1,263,300	
																				$4,477,200						$1,263,300	
						$2,200,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,200,000	16%	SIN RIESGO	$352,000	$0	$0	$0	$0	$0	$352,000		SANITAS	30	$2,200,000	4%	$88,000	
						$1,400,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,709,124	16%	SIN RIESGO	$273,200	$0	$0	$0	$0	$0	$273,200		SALUD TOTAL	30	$1,709,124	4%	$68,300	
						$1,700,001	No	Fijo		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		SALUD TOTAL	30	$1,700,000	4%	$68,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,400,000	No	Variable	PROTECCION	30	$1,791,124	16%	SIN RIESGO	$286,600	$0	$0	$0	$0	$0	$286,600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,791,124	4%	$71,700	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$2,000,001	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,000,000	4%	$80,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	26	$1,126,667	16%	SIN RIESGO	$180,300	$0	$0	$0	$0	$0	$180,300		SANITAS	26	$1,126,667	4%	$45,100	
						$1,300,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$975,000	No			0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	11	$476,667	12.5%	$59,600	
						$2,010,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$2,010,000	16%	SIN RIESGO	$321,600	$0	$0	$0	$0	$0	$321,600		FAMISANAR	30	$2,010,000	4%	$80,400	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		MUTUAL SER	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,300,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$975,000	No			0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		NUEVA EPS MOVILIDAD	3	$130,000	12.5%	$16,300	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$3,000,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$3,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$1,400,000	No	Fijo	PORVENIR	1	$46,667	16%	SIN RIESGO	$7,500	$0	$0	$0	$0	$0	$7,500		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	1	$46,667	4%	$1,900	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	

2024/07/15 09:48 a.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (45 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0(5 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(5 Afiliados)																																		
1	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS	Dependiente	0	No	No																	X	2024/06/08	2024/06/09								
2	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA	Dependiente	0	No	No																							X	2024/06/01	2024/06/04		
3	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL	Dependiente	0	No	No													X	2024/06/18	2024/06/19											
4	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN	Dependiente	0	No	No													X	2024/06/21	2024/06/25											
5	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES	Dependiente	0	No	No													X	2024/06/21	2024/06/25											
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101(20 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(20 Afiliados)																																		
6	CC	1129572821	ALVEAR ALTAMAR NESTOR JOSE	Dependiente	240	No	No																											
7	CC	1143229630	ARIAS VASQUEZ YESENIA MARGARITA	Dependiente	240	No	No												X														
8	CC	32651214	BULA BULA LILIA ESTHER	Dependiente - Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad	240	No	No																											
9	CC	1045758366	CALVO BARRAZA STEFANNY PAOLA	Dependiente	240	No	No																											
10	CC	1140848438	CARDENAS ALTAMAR STEFANIA	Dependiente	240	No	No												X														
11	CC	72347680	CERVANTES RUIZ JORGE ELIECER	Dependiente	240	No	No																											
12	CC	1042356934	CONRADO GONZALEZ GUSTAVO ALBERTO	Dependiente	240	No	No																											
13	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA	Dependiente	208	No	No																											
14	CC	32580740	ESTRADA THOMAS CATALINA	Dependiente	240	No	No																											
15	CC	1001889638	GALVIS LEON DURLEY ADRIANA	Aprendices en etapa productiva	88	No	No		X	2024/06/20																								
16	CC	22546828	GRANADOS TRUYOL ZOIBETH MARIA	Dependiente	240	No	No																											
17	CC	1193570795	GUTIERREZ MENDEZ ANDREA CAROLINA	Dependiente	240	No	No																											
18	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER	Dependiente	240	No	No																											
19	CC	1001798849	MALDONADO ANDREWS ADALBERTO JUNIOR	Aprendices en etapa productiva	24	No	No				X	2024/06/03																						
20	CC	1042463096	MARTINEZ BARRIOS ARIEL NAISEL	Dependiente	240	No	No																											
21	CC	32880304	MARTINEZ BULA DIANA MARIA	Dependiente	240	No	No																											
22	CC	72291363	MARTINEZ BULA LUIS CARLOS	Dependiente	240	No	No																											
23	CC	72231097	MARTINEZ DE LOS REYES EDUIN DE JESUS	Dependiente	8	No	No				X	2024/06/01																						
24	CC	1143265057	VALENCIA RODRIGUEZ BLADIMIR	Dependiente	240	No	No		X	2024/06/01																								

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5BF226C4642F25E3

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ADRIANA PATRICIA PEÑA BARRAZA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1140820887 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 245495-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES



245495-T

ADRIANA PATRICIA
PEÑA BARRAZA
C.C. 1140820887
RES. INSCRIPCION 657 DEL 03/08/2018
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

252843 271915

Identificación Plástica S.A. 180017/0118

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

PAZ Y SALVO
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
El suscrito Revisor Fiscal

CERTIFICA

Que **IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD SAS**, identificada con **NIT. 900.927.441-9**, se encuentra al día, con los pagos al sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo. Por lo que declaro que se encuentran a PAZ y SALVO.

La presente certificación se expide a petición del interesado a los tres (3) días del mes de septiembre de 2024.

Atentamente,

ADRIANA PATRICIA PEÑA BARRAZA
CC 1.140.820.887
REVISOR FISCAL
TP 245495 -T

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

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 825128

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 .: 27/08/2024 **EGRESO.:** 27/08/2024 **EDAD.:** 24

FECHA FACTURA .: 27.ago./2024
FECHA VENCIMIENTO.: 26.oct./2024
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000012287
AUTORIZACION.:julio-agosto

CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	VR. PARCIAL	VR. TOTAL
	Movimiento de Ambulancias			
6000008	SERVICIO DE AMBULANCIA EN SITIO	1,00	27.012.314,00	27.012.314,00

VEINTISIETE MILLONES DOCE MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS CON 00/100 M.L.

SERVICIO DE AMBULANCIA EN SITIO DEL 26 DE JULIO AL 26 AGOSTO 2024

SUBTOTAL	.:	27,012,314.00
VALOR CUOTA o COPAGO	.:	0.00
VALOR ICA	.:	0,00
VALOR CREE	.:	0,00
VALOR RET.FUENTE	.:	0,00
TOTAL A PAGAR	.:	27.012.314,00

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 VIGENCIA DE 12 MESES
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

ANEXO 10 – FORMATO OFERTA ECONÓMICA

DETALLES	CANT	CARACTERISTICAS	PLAZO	VALOR UNITARIO (MES)	VR TOTAL
SERVICIO DE AMBULANCIA PARA EL CASTILLO SAN FELIPE DE BARAJAS (TAB)	1	SERVICIO DE AREA PROTEGIDA QUE CUBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DE SUS INSTALACIONES EMPLEADOS, CLIENTES, PROVEEDORES Y VISITANTES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, URGENCIAS Y TRASLADOS A QUE HAYA LUGAR EN LAS INSTALACIONES DEL FUERTE DE SAN FELIPE DE BARAJAS Y SUS ALREDEDORES DE LUNES A DOMINGO, INCLUYENDO FESTIVOS DE 7:00 AM A 7:00 PM	5 MESES Y 15 DIAS	$ 27.012.314,00	$ 148.567.727
TOTAL					$ 148.567.727

EL VALOR TOTAL DE LA OFERTA ECONOMICA ES DE: CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL U OFERENTE PERSONA NATURAL:
LUIS CARLSO MARTINEZ BULA
REP. LEGAL
C.C.:72.291.363 de BARRANQUILLA

NOTAS INSTRUCTIVAS:

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

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Durante el periodo del 26 de Julio al 26 Agosto 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	1-ago	CARLOS REYES GRASS	5743069	CASTILLO SAN FELIPE
2	1-ago	AIDA MEDINA MOSQUERA	71521239	CASTILLO SAN FELIPE
3	1-ago	ALBA RUIZ	43529420	CASTILLO SAN FELIPE
4	3-ago	KELLY POLANCO	45690692	METROPOLITANA MEDICAL CENTER
5	4-ago	PEDRO MORENO	19103438	CASTILLO SAN FELIPE
6	7-ago	REIBER CEBALLO	35066872	CASTILLO SAN FELIPE
7	7-ago	FANNY LE MORVAN	L561253706110	CASTILLO SAN FELIPE
8	8-ago	FIDELINA MEDINA	N00194591	CASTILLO SAN FELIPE
9	9-ago	EDUWIGES ESTRADA	2632811	CLINICA EL MAR
10	14-ago	NATALIA CHIQUILLO	1042579857	CASTILLO SAN FELIPE
11	17-ago	MARIA NYSSEN	14084252	CASTILLO SAN FELIPE
12	18-ago	JHAN CARLOS FRANCO OSOSRIO	1007260759	CLINICA MADRE BERNARDA
13	19-ago	RAFAEL BERNARDO	73093598	CASTILLO SAN FELIPE
14	20-ago	ADRIANA MARIA	67040345	castillo san Felipe
15	20-ago	FERNANDEZ ZABALETA GRIENIS	73196927	CLINICA EL MAR

ZOIBETH GRANADOS TRUYOL
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

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

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 20-08-2024		HORA: 12:00	
NOMBRES: ADRiana Maria		APELLIDOS: Reina Galvis	
SEXO: M F	ID: 67040345	ENTIDAD: Colsanitas	EDAD: 38

DIAGNOSTICO:

Caida de su Propia Altura

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 120/80	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

A la hora ingresa paciente Al Area de enfermeria el Cual manifiesta haberse caido y Doblarse el miembro inferior Izquierdo. Se Procede A Vendarse el miembro Inferior Izquierdo en la zona del Tobillo y se le Realiza Curación en miembro Superior Derecho, Al se Tirce mejor se marcha sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lopez

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: 20-08-2024 | ENTIDAD: MUTual | PLACA:

NOMBRES: Fernadez ZAbaleta Griemis

SEXO: M X F | ID: 73196927 | TELEFONO: 3004985799 | EDAD: 42

DIAGNOSTICO: Prolapsos de hemorroides

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Eludis Zabaleta | APELLIDOS:

ID: TEL: | PARENTESCO: MaMá

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	08:42		BASICO:	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Clinica cartagena del mar	08:59		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 140/80	FC:	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Griemis T Z
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo masculino mayor de edad el cual sufre desmayo y se evidencia salida de sangre por el Ano el cual se le hace valoracion y se encuentra debil se procede Atrasladarlo Al Centro de salud mas cercano para se valorado por un medico

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

Griemis T Z

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Pedro 185

PARAMEDICO | MEDICO | CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Evelyn Rivera V.
RM128401

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 19-08-2024		HORA: 14:40	
NOMBRES: Rafael Bernardo		APELLIDOS: Rodriguez villa	
SEXO: M / F	ID: 73093598	ENTIDAD:	EDAD: 64

DIAGNOSTICO:

Torcedura de Tobillo

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 128/80	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente masculino al Area de enfermeria el cual manifiesta haberse doblado en miembro inferior derecho y se evidencia un pequeño hinchazon, se Procede Avendarce el pie ala Altura del Tobillo y se Toman Signos Vitales Paciente se marcha sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

FIRMA Y DOCUMENTO

Rafael Rodriguez · CC 73093598

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lopez

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: 15-08-2024 | ENTIDAD: SURA | PLACA:

NOMBRES: Jhancarlos Franco Osorio

SEXO: M X F | ID: 1007260759 | TELEFONO: 3136159244 | EDAD: 34

DIAGNOSTICO: esguince grado 1

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	08:00		BASICO: X MED: NEONAT:
DESTINO 2: Clinica Madre Bernarda	12:20		TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

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

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Jhan Franco
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo masculino mayor de edad consciente estable el cual manifiesta haberse doblado el pie derecho al subir unas escaleras el cual sufre esguince grado 1 y manifiesta tener mucho dolor se traslada a la clinica para que sea valorado por medica queda Paciente en clinica vivo bajo observación medica y de personal de enfermeria de turno

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Jhancarlos Franco CC 1007260759

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR
Edwin Lopez		

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Luis F. Villanueva Flórez
RM 0942

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 18-08-2024				HORA: 08:00	
NOMBRES: Jhan carlos				APELLIDOS: Franco Osorio	
SEXO: M	F	ID: 1007260759	ENTIDAD: Coosalud		EDAD: 34

DIAGNOSTICO:

Esguince grado 1

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 120/80	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente Al Area de enfermeria mayor de edad de sexo masculino, manifiesta que Al subir una escalera Pisa mal y se Tuerce el Tobillo Derecho, se Toman signos Vitales y se venda el miembro inferior derecho Ala Altura del Tobillo Paciente se deja en Reposo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

Jhan carlos Franco Osorio 1007260759

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edu Lopez

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: 17-08-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: MARIA TERESA DE JESUS UYSSEN MALDONADO

SEXO: M X | ID: P.P. 14084232 | TELEFONO: | EDAD: 64

DIAGNOSTICO: Caida de Superior Altura

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Ma. Teresa Sanchez Primo y Salcedo | APELLIDOS:

ID: INE de Mexico III: H400 | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 130/80	FC: 78	FR: 17	TEMP:	GLASGOW: 35-5	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 FEMENINA MAYOR DE EDAD DE 64 AÑOS QUIEN CAE DE SU PROPIA ALTURA CAUSANDOLE TRAUMA EN MSD MANO POR TAL MOTIVO ES ATENDIDA POR PARAMEDICOS EN TURNO APLICANDO CREMA FORZ Y VENDAJE, HACIENDO TOMAS DE SIGNOS VITALES Y RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS Y DE LABORACIÓN POR IMAGENOLOGICO.

PACIENTE SE MARCHA DE ESTANCIA POR MEDIOS PROPIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Eduardo Enrique Martinez Rios
Ces. Sab. 13-2022002022
PARAMEDICO

PARAMEDICO | MEDICO | CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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: 01 - 08 - 2024 | ENTIDAD: Avanzar | PLACA:

NOMBRES: Carlos Alberto Reyes Grass

SEXO: M x F | ID: 5743069 | TELEFONO: | EDAD: 75

DIAGNOSTICO: Golpe de Calor

INFECTADO: SI | NO x

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	10:44		BASICO: x	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A	FC	FR	TEMP	GLASGOW	SO2
99/62	60	19	36		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 al Area de enfermeria, Paciente mayor de edad Consciente, manifiesta sentirse mareado el Cual se procede a Tomarse signos vitales el cual Arroja la Tencion Arterial Baja se deja en reposo en el Area de enfermeria paciente se marcha sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE	MEJORO	DESCOMPENSO	FALLECIO

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC	T/A	FR	TEMP	GLASGOW	SO2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Edwin Lopez
PARAMEDICO

MEDICO

CONDUCTOR 1047421963

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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: 01-08-2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: Aida esperanza Medina Mosquera							
SEXO:	M	F X	ID: 0775211239	TELEFONO:		EDAD: 82	
DIAGNOSTICO: Descompensacion + Hinchazon en miembros inferiores							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES		APELLIDOS:	
ID	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo Santa Fe	11:00		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 132/70	FC: 42	FR: 30	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98
ANTECEDENTES:					

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Aida Mosquera de Lora
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino mayor de edad el cual se encontraba con un fuerte dolor en caderas y miembros inferiores Derecha e izquierda, se encuentra descompensada y mareada Se procede a Tomarse Signos Vitales y Dejarla en Area de enfermeria para estabilizarla, se deja en Reposo y al sentirse mejor se marcha sin novedad.

Se le Recomienda ser Valorada por un medico por Hinchazon en los Pies

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

Aida Mosquera de Lora

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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: 01-08-2024				ENTIDAD: SURA		PLACA:	
NOMBRES: Alba Lucia Ruiz Granados							
SEXO:	M	F	ID: 43529126	TELEFONO:		EDAD: 57	
DIAGNOSTICO: Caida de su propia Altura							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	12:39		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 126/70	FC: 91	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 de sexo Femenino mayor de edad manifiesta Aver Tenido Caida de su propia Altura el Cual sufre de esguince en miembro inferior Izquierdo, se le Toma Signos Vitales y se Venda el miembro Afectado se marcha al sentirse mejor sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Edwin Lopez
PARAMEDICO

MEDICO

CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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: 03-08-2024 | ENTIDAD: SURA | PLACA:

NOMBRES: Kellys Johanna Polanco Zuñiga

SEXO: M [ ] F [X] | ID: 45690692 | TELEFONO: 3145964127 | EDAD: 43

DIAGNOSTICO: Traumatismo en Caderas y miembro inferior Izquierdo

INFECTADO: SI [ ] NO [X]

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castilla San Felipe	07:00	09:40	BASICO: X MED: NEONAT:
DESTINO 2: Metropolitan Medical Center	09:58		TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 134/85	FC:	FR: 31	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

Kellys Polanco
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino mayor de edad Ingresa Al Area de en Fermeria Con Fuerte Dolor en Caderas y miembro inferior Izquierdo, Por Tal motivo se Trasla A Centro de salud mas Cercano Para ser Valorada Por medico, Se Lega Paciente estable viva, Queda Bajo observacion medica y del personal De enFermeria sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC:	T/A: 130/80	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 95

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

Kellys Polanco

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

POBLACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO

Dr. J. Félix Henao Balseiro
Médico general
R.M 1 [illegible]298
MEDICO

1047429961
CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 04-08-2024 HORA: 12:50

NOMBRES: Pedro Antonio APELLIDOS: Moreno Leon

SEXO: M F ID: 19703438 ENTIDAD: Sanitas EDAD: 74

DIAGNOSTICO:

Caida de su Propia Altura

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: T/A: 130/86 FR: TEMP: 36 GLASGOW: SO2: 98

ANTECEDENTES:

Diabetes +

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente al Area de enfermeria, manifestando Tener caida de su Propia Altura se observa laceracion en miembro Inferior Derecho. se procede a curar herida y se le Toman Signos Vitales, paciente al sentirse mejor se marcha sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lopez

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 07-08-2024			HORA: 11:58		
NOMBRES: Reiber Jesus			APELLIDOS: Ceballos Varela		
SEXO: M / F	ID: 35066872	ENTIDAD:		EDAD: 11	

DIAGNOSTICO:

Dx con Sensacion

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Arlyn		APELLIDOS: Varela Hernandez	
ID: 12.227.387	TEL: +584247375078	PARENTESCO: Madre	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 101/65	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente menor de edad en compañia de sus padres, manifiesta sentirse mareada y ganas de vomitar se toman signos vitales y se pela en Reposo, paciente manifiesta sentirse mejor y se marcha sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lopez

MADSS	HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 07-08-2024			HORA: 15:00		
NOMBRES: Fanny M. Le Morvan			APELLIDOS:		
SEXO:	M	X	ID: 1567-2537-06110	ENTIDAD:	EDAD: 54

DIAGNOSTICO:

Caida de su propia Altura + Torcedura de Tobillo

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 141/70	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente de sexo Femenino mayor de edad al area de enFermeria el cual manifiesta Tenercaida y Averce Torcido el Pie Izquierdo, se le Toman signos y se procede Averdarce el Pie Izquierdo Paciente se marcha Sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lopez

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: 08-08-2024			ENTIDAD:		PLACA:
NOMBRES: Fidelia Medina Vazquez					
SEXO:	M	X	ID: N00194591	TELEFONO:	EDAD: 51
DIAGNOSTICO: Mareo					
				INFECTADO:	SI / NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Miguel		APELLIDOS: Miguel Sanchez	
ID:	TEL:	PARENTESCO: Esposo	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo Santelpe	10:30		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 121/78	FC:	FR:	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

Fidelia
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente de Sexo Femenino, mayor de edad al Area de Enfermeria, Paciente manifiesta sentirse con mareo, se Toman Signes Vitales y se deja en Reposo Al sentirse mejor se marcha sin novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

*

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Edwar Lopez
PARAMEDICO

MEDICO

CONDUCTOR 1047421764

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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: 09-08-2024 | ENTIDAD: 02632811 | PLACA:

NOMBRES: Eduwiges Estrada Chavez

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

DIAGNOSTICO: Caida de su propia Altura

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	11:01		BASICO: X MED: NEONAT:
DESTINO 2: Clinica Cartagena del mar	11:31		TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3:			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 140/80 | FC: | FR: | TEMP: 36 | GLASGOW: | SO2: 98

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Eduwiges Estrada Chavez
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente de sexo Femenino el cual sufre caida de su propia altura, causandose Trauma en miembro interior Derecho. manifiesta Tener Fuerte dolor el cual es Trasladada a un Centro de salud mas cercano para ser Valorado por medico

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: | MEJORO: | DESCOMPENSO: | FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

Edwin Lopez
PARAMEDICO

MEDICO
Daysy Gonzalez Mancilla
Médico General
R.M. 1001306220 Cartagena

CONDUCTOR

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION:

MADSS	**HISTORIA CLINICA DE ATENCION PREHOSPITALARIA**	Codigo: MAD-OP-FR-041 Versión: 01 Vigente desde: 29/07/2024 Pagina 1 de 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 14-08-2024 HORA: 14:40

NOMBRES: NaTalia SoFia APELLIDOS: ChiQuillo orTiz

SEXO: M F ID: 1042579857 ENTIDAD: Sanidad EDAD: 19

DIAGNOSTICO:

Mareo + Descompensación

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: T/A: 119/66 FR: TEMP: 36 GLASGOW: SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente Femenino mayor de edad al Area de enfermeria, manifiesta sentirse mareada. Con ganas de vomitar, se le toman signos Vitales, y se Realiza glucometria el cual Arroja 22mg, se deja en Reposo, paciente manifiesta Sentirse Mejor y se marcha sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA PRESENTE AUTORIZO A IPS MADSS A PRESTAR ATENCION Y TODAS LAS ACCIONES CONSECUENTES DERIVADAS DEL MISMO. RENUNCIO A RECLAMAR LEGALMENTE CONTRA EL PERSONAL PARAMEDICO O DE ENFERMERIA Y CERTIFICO QUE HE TENIDO OPORTUNIDAD DE SOLICITAR INFORMACIÓN Y ACLARACIÓN SOBRE TODO AQUELLO QUE NO ENTENDÍ, RECIBIENDO EXPLICACIÓN CLARA SENCILLA Y SATISFACTORIA. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA PUDIENDO EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO.

FIRMA Y DOCUMENTO

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, 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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Ley

AMADSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

MOVIL 5 | MES 8 | AÑO 2024 | 0209

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

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
01/08	Carlos Alberto Reyes	5743069	Salud oral		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L	
01/08	Aida esperanza medina	071522239	Descon Psicosis		1		1		TAB	edwin lopez		Edwin L	
01/08	Alba lucia Ruiz	43529426	Caida	SURA	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
03/08	Kellys Johanna Polanco	456906 92	gastro	SURA	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
04/08	Pedro Antonio	19103438	Caida	Sanitas	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
07/08	Reiber Jesus	35066572	Descon Psicosis		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
07/08	Fanny M. Le Marcana	L567.257706.110	Caida		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
08/08	Fidelia Medina Vazquez	N00144541	mareo		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
09/08	Edwiges Estrada chavez		caida		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
14/08	Natalia Sofia Chacin	1042579857	Descon Psicosis	Sanidad	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
17/08	Maria Teresa Jesus Hassen Maldonado	P.P. 140884252	CAIDA		1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
18/08	Jhan carlos Franco	1007260759	esguince	Consalud	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
19/08	Rafael Bernardo	73093598	esguince	Salud+otal	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
20/08	Fernandez zabaleta	73196927	Violencia intrafamiliar	Mutual	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	
20/08	Adriana maria Reina	67040345	Caida	Colsanitas	1		1		TAB	Edwin Lopez		Edwin L.	

MADSS	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD HOJA DE GASTOS MOVILES	CODIGO: MAD-OP-FR-026 VERSION: 001 VIGENCIA: ENE-22 VoBo: Coord. Administrativa

MOVIL: 8 MES: 8 AÑO: 2024

DIA	4	
PACIENTE:	Pedro Antonio moreno Leon	
IDENTIFICACION:	79103438	
ENTIDAD:	Sanitas	
DX:	Caida de Su propia Altura + laceración	
INSUMOS UTILIZADOS:	Cateter #16 + gasas	
PARAMEDICO:	Edwin Lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	07	
PACIENTE:	Fanny M. le Marran	
IDENTIFICACION:	1561!253706770	
ENTIDAD:		
DX:	Caida de Su Propia Altura + Torcedura de Tobillo	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 3x5	
PARAMEDICO:	Edwin Lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	17	
PACIENTE:	MARIA TERESA DE JESUS DUSSEN MALDONADO	
IDENTIFICACION:	1408975Z	
ENTIDAD:		
DX:	TRAUMA MSD MANO	
INSUMOS UTILIZADOS:	VENDA 3X5	
PARAMEDICO:	EDUARDO MARTINEZ	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	18	
PACIENTE:	Jhan Carlos Franco Osorio	
IDENTIFICACION:	1007260759	
ENTIDAD:	Coosalud	
DX:	esguince	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 4x5	
PARAMEDICO:	Edwin Lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	19	
PACIENTE:	Rafael bernardo Rodriguez Villa	
IDENTIFICACION:	73093598	
ENTIDAD:	Salud Total	
DX:	esguince	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 4x5	
PARAMEDICO:	Edwin lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

Powered by CamScanner

	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD HOJA DE GASTOS MOVILES	CODIGO: MAD-OP-FR-026 VERSION: 001 VIGENCIA: ENE-22 VoBo: Coord. Administrativa

MOVIL: 8 MES: 8 AÑO: 2024

DIA	07	
PACIENTE:	Alba Lucia Ruiz Granados	
IDENTIFICACION:	4352 9920	
ENTIDAD:	SURA	
DX:	Caida de su propia Altura + Esguince de grado 1	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 1 - 3x5 + gasa + Betadine 5cc + SSN 1	
PARAMEDICO:	Elvira Lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	20	
PACIENTE:	ADRIANA MARIA Reina galvis	
IDENTIFICACION:	67040745	
ENTIDAD:	Colsanitas	
DX:	Caida De su Propia Altura	
INSUMOS UTILIZADOS:	venda 3x5	
PARAMEDICO:	Elvira Lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA		
PACIENTE:		
IDENTIFICACION:		
ENTIDAD:		
DX:		
INSUMOS UTILIZADOS:		
PARAMEDICO:		
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA		
PACIENTE:		
IDENTIFICACION:		
ENTIDAD:		
DX:		
INSUMOS UTILIZADOS:		
PARAMEDICO:		
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA		
PACIENTE:		
IDENTIFICACION:		
ENTIDAD:		
DX:		
INSUMOS UTILIZADOS:		
PARAMEDICO:		
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

Powered by CamScanner

PAZ Y SALVO
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
El suscrito Revisor Fiscal

CERTIFICA

Que **IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD SAS**, identificada con **NIT. 900.927.441-9**, se encuentra al día, con los pagos al sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo. Por lo que declaro que se encuentran a PAZ y SALVO.

La presente certificación se expide a petición del interesado a los treinta (30) días del mes de agosto de 2024.

Atentamente,

ADRIANA PATRICIA PEÑA BARRAZA
CC 1.140.820.887
REVISOR FISCAL
TP 245495 -T

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

aportes en línea

Planilla Integrada

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	946983627	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

2024/07/15 09:48 AM

aportes en línea

Planilla Integrada

EMPLEADO									NOVEDADES																										
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
25	CC	1047229274	VASQUEZ CASTRO MAGALIS MARCELA	Dependiente	240	No	No													X														
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202(25 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(25 Afiliados)																																		
26	CC	1047424961	ALVARADO AREVALO DIMAS	Dependiente	240	No	No													X														
27	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS	Dependiente	224	No	No													X														
28	CC	11032971	BLANDON SILGADO DANIEL	Dependiente	240	No	No													X														
29	CC	1047350214	CANTILLO SALAS JORGE LUIS	Dependiente	240	No	No													X														
30	CC	1192923604	CASTILLA DE LA ROSA CESAR AUGUSTO	Dependiente	240	No	No													X														
31	CC	1042454442	CASTRO JIMENEZ DARWIN HUMBERTO	Dependiente	240	No	No													X														
32	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO	Dependiente	240	No	No													X														
33	CC	1002442520	DEL TORO MARTINEZ MARIA DEL CARMEN	Dependiente	240	No	No													X														
34	CC	1143251836	DIX CARDENAS MIGUEL ALFONSO	Dependiente	240	No	No													X														
35	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL	Dependiente	208	No	No				X	2024/06/30								X														
36	CC	1007280092	HERNANDEZ PEREZ DAYSON DE JESUS	Dependiente	240	No	No													X														
37	CC	1050040845	HERRERA BALDOVINO CRISTIAN DANIEL	Dependiente	240	No	No													X														
38	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE	Dependiente	240	No	No													X														
39	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO	Dependiente	240	No	No													X														
40	CC	1045686789	MARTINEZ FUENTES LEWIN JOSE	Dependiente	240	No	No													X														
41	CC	1045697278	MARTINEZ GALERA JORGE ELIECER	Dependiente	240	No	No													X														
42	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN	Dependiente	200	No	No													X														
43	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS	Dependiente	240	No	No													X														
44	CC	8706021	OSORIO ARIAS NELSON AQUILES	Dependiente - Cotizante con indemnización sustitutiva o devolución de saldos	240	No	No													X														
45	CC	8786380	PEREZ PALLARES HAROLD JOSE	Dependiente	240	No	No													X														
46	CC	1043669781	PORRAS VEGA JEAN CARLOS	Dependiente	240	No	No													X														
47	CC	1129515541	RAMOS MENDOZA JAIR JAVITH	Dependiente	240	No	No													X														
48	CC	72276775	REYES CORREA GABRIEL ALBERTO	Dependiente	200	No	No				X	2024/06/25								X														
49	CC	1069501942	SANCHEZ ORTEGA LUIS EDUARDO	Dependiente	240	No	No													X														
50	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES	Dependiente	200	No	No													X														
Total	**Afiliados(45)**																																	

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						$1,400,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,000,000	4%	$80,000	
																				$7,000,300						$1,815,800	
																				$7,000,300						$1,815,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,860,613	16%	SIN RIESGO	$297,700	$0	$0	$0	$0	$0	$297,700		FAMISANAR	30	$1,860,613	4%	$74,500	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	28	$1,788,406	16%	SIN RIESGO	$286,200	$0	$0	$0	$0	$0	$286,200		SANITAS	28	$1,788,406	4%	$71,600	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,576,584	16%	SIN RIESGO	$252,300	$0	$0	$0	$0	$0	$252,300		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,576,584	4%	$63,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,197	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,004,197	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,001,828	16%	SIN RIESGO	$320,300	$0	$0	$0	$0	$0	$320,300		SALUD TOTAL	30	$2,001,828	4%	$80,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,987,766	16%	SIN RIESGO	$318,100	$0	$0	$0	$0	$0	$318,100		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,987,766	4%	$79,600	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,355	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,004,355	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,873,191	16%	SIN RIESGO	$299,800	$0	$0	$0	$0	$0	$299,800		SANITAS	30	$1,873,191	4%	$75,000	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,923,148	16%	SIN RIESGO	$307,800	$0	$0	$0	$0	$0	$307,800		CAJACOPI	30	$1,923,148	4%	$77,000	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	26	$1,134,374	16%	SIN RIESGO	$181,500	$0	$0	$0	$0	$0	$181,500		SALUD TOTAL	26	$1,134,374	4%	$45,400	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,878,417	16%	SIN RIESGO	$300,600	$0	$0	$0	$0	$0	$300,600		SALUD TOTAL	30	$1,878,417	4%	$75,200	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	30	$1,878,417	16%	SIN RIESGO	$300,600	$0	$0	$0	$0	$0	$300,600		MUTUAL SER	30	$1,878,417	4%	$75,200	
						$1,300,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$1,984,381	16%	SIN RIESGO	$317,400	$0	$0	$0	$0	$0	$317,400		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,984,381	4%	$79,400	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$2,004,355	16%	SIN RIESGO	$320,700	$0	$0	$0	$0	$0	$320,700		SALUD TOTAL	30	$2,004,355	4%	$80,200	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,906,885	16%	SIN RIESGO	$305,000	$0	$0	$0	$0	$0	$305,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,906,885	4%	$76,300	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	25	$1,764,475	16%	SIN RIESGO	$282,400	$0	$0	$0	$0	$0	$282,400		SANITAS	25	$1,764,475	4%	$70,600	
						$1,300,000	No	Variable	COLPENSIONES	30	$1,780,666	16%	SIN RIESGO	$285,000	$0	$0	$0	$0	$0	$285,000		FAMISANAR	30	$1,780,666	4%	$71,300	
						$1,300,000	No	Variable		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		COOSALUD MOVILIDAD	30	$1,621,268	4%	$64,900	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,909,610	16%	SIN RIESGO	$305,600	$0	$0	$0	$0	$0	$305,600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,909,610	4%	$76,400	
						$1,300,000	No	Variable	COLFONDOS	30	$2,020,943	16%	SIN RIESGO	$323,400	$0	$0	$0	$0	$0	$323,400		SANITAS	30	$2,020,943	4%	$80,900	
						$1,300,000	No	Variable	COLPENSIONES	30	$1,750,354	16%	SIN RIESGO	$280,100	$0	$0	$0	$0	$0	$280,100		CAJACOPI	30	$1,750,354	4%	$70,100	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	25	$1,768,661	16%	SIN RIESGO	$283,000	$0	$0	$0	$0	$0	$283,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	25	$1,768,661	4%	$70,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,944,691	16%	SIN RIESGO	$311,200	$0	$0	$0	$0	$0	$311,200		MUTUAL SER	30	$1,944,691	4%	$77,800	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	29	$1,699,479	16%	SIN RIESGO	$272,000	$0	$0	$0	$0	$0	$272,000		MUTUAL SER	29	$1,699,479	4%	$68,000	
																				$11,616,400						$3,089,600	

2024/07/15 09:48 AM

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$0	$80,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,000,000	4%	$80,000	ARL SURA	30	$2,000,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$1,815,800						$1,819,300						$1,974,600				$0		$0		$0		$0	
	$1,815,800						$1,819,300						$1,974,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$74,500		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,860,613	4%	$74,500	ARL SURA	30	$1,860,613	4.35%	4	$81,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,600		CAJACOPI ATLANTICO	28	$1,875,073	4%	$75,100	ARL SURA	28	$1,788,406	4.35%	4	$77,800	28	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$63,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,576,584	4%	$63,100	ARL SURA	30	$1,576,584	4.35%	4	$68,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,197	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,197	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,001,828	4%	$80,100	ARL SURA	30	$2,001,828	4.35%	4	$87,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$79,600		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,987,766	4%	$79,600	ARL SURA	30	$1,987,766	4.35%	4	$86,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,355	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,355	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,873,191	4%	$75,000	ARL SURA	30	$1,873,191	4.35%	4	$81,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$77,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,923,148	4%	$77,000	ARL SURA	30	$1,923,148	4.35%	4	$83,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$45,400		CAJACOPI ATLANTICO	26	$1,134,374	4%	$45,400	ARL SURA	26	$1,134,374	4.35%	4	$49,400	26	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,878,417	4%	$75,200	ARL SURA	30	$1,878,417	4.35%	4	$81,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,878,417	4%	$75,200	ARL SURA	30	$1,878,417	4.35%	4	$81,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$79,400		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,984,381	4%	$79,400	ARL SURA	30	$1,984,381	4.35%	4	$86,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,200		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,004,355	4%	$80,200	ARL SURA	30	$2,004,355	4.35%	4	$87,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	4.35%	4	$56,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$76,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,905,885	4%	$76,300	ARL SURA	30	$1,905,885	4.35%	4	$83,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,600		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,764,475	4%	$70,600	ARL SURA	25	$1,764,475	4.35%	4	$76,800	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,780,666	4%	$71,300	ARL SURA	30	$1,780,666	4.35%	4	$77,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$64,900		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,621,268	4%	$64,900	ARL SURA	30	$1,621,268	4.35%	4	$70,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$76,400		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,909,610	4%	$76,400	ARL SURA	30	$1,909,610	4.35%	4	$83,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,900		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,020,943	4%	$80,900	ARL SURA	30	$2,020,943	4.35%	4	$88,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,100		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,750,354	4%	$70,100	ARL SURA	30	$1,750,354	4.35%	4	$76,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,800		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,768,661	4%	$70,800	ARL SURA	25	$1,768,661	4.35%	4	$77,000	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$77,800		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,944,691	4%	$77,800	ARL SURA	30	$1,944,691	4.35%	4	$84,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,000		CAJACOPI ATLANTICO	25	$1,699,479	4%	$68,000	ARL SURA	25	$1,699,479	4.35%	4	$74,000	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$3,069,600						$3,034,500						$2,232,900				$0		$0		$0		$0	

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$10,500						$7,000						$0				$0		$0		$0		$0	
	$10,500						$7,000						$0				$0		$0		$0		$0	
$0	$3,500		CAJACOPI ATLANTICO	2	$0	0%	$0	ARL SURA	2	$86,667	0%	4	$0	2	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$7,000		CAJACOPI ATLANTICO	4	$173,333	4%	$7,000	ARL SURA	4	$173,334	0%	1	$0	4	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	4	$86,667	0%	$0	ARL SURA	4	$173,334	0%	4	$0	4	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	5	$216,667	0%	$0	ARL SURA	5	$216,667	0%	4	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$0		CAJACOPI ATLANTICO	5	$216,667	0%	$0	ARL SURA	5	$216,667	0%	4	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$1,263,300						$1,208,200						$258,300				$0		$0		$0		$0	
	$1,263,300						$1,208,200						$258,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$88,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,200,000	4%	$88,000	ARL SURA	30	$2,200,000	0.522%	1	$11,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,300		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,707,124	4%	$68,300	ARL SURA	30	$1,707,124	0.522%	1	$9,000	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$68,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,700,000	4%	$68,000	ARL SURA	30	$1,700,000	0.522%	1	$8,900	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$71,700		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,791,124	4%	$71,700	ARL SURA	30	$1,791,124	0.522%	1	$9,400	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	4.35%	4	$56,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,000,000	4%	$80,000	ARL SURA	30	$2,000,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$45,100		CAJACOPI ATLANTICO	26	$1,646,667	4%	$65,900	ARL SURA	26	$1,126,667	0.522%	1	$5,900	26	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$59,600			0	$0	0%	$0	ARL SURA	11	$476,667	0.522%	1	$2,500	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$0	$80,400		CAJACOPI ATLANTICO	30	$2,010,000	4%	$80,400	ARL SURA	30	$2,010,000	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$16,300			0	$0	0%	$0	ARL SURA	3	$130,000	0.522%	1	$700	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$120,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$3,000,000	4%	$120,000	ARL SURA	30	$3,000,000	0.522%	1	$15,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$120,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$3,000,000	4%	$120,000	ARL SURA	30	$3,000,000	0.522%	1	$15,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$1,900		CAJACOPI ATLANTICO	1	$46,667	4%	$1,900	ARL SURA	1	$46,667	0.522%	1	$300	1	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		CAJACOPI ATLANTICO	30	$1,300,000	4%	$52,000	ARL SURA	30	$1,300,000	0.522%	1	$6,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vlp	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	APP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
																				$138,900						$10,500	
																				$138,900						$10,500	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	2	$86,667	16%	SIN RIESGO	$13,900	$0	$0	$0	$0	$0	$13,900		SANITAS	2	$86,667	4%	$3,500	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	4	$173,334	16%	SIN RIESGO	$27,800	$0	$0	$0	$0	$0	$27,800		SANITAS	4	$173,334	4%	$7,000	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	4	$173,334	16%	SIN RIESGO	$27,800	$0	$0	$0	$0	$0	$27,800		SALUD TOTAL	4	$173,334	0%	$0	
						$1,300,000	No	Variable	PROTECCION	5	$216,667	16%	SIN RIESGO	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$34,700		SANITAS	5	$216,667	0%	$0	
						$1,300,000	No	Variable	PORVENIR	5	$216,667	16%	SIN RIESGO	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$34,700		MUTUAL SER	5	$216,667	0%	$0	
																				$4,477,200						$1,263,300	
																				$4,477,200						$1,263,300	
						$2,200,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,200,000	16%	SIN RIESGO	$352,000	$0	$0	$0	$0	$0	$352,000		SANITAS	30	$2,200,000	4%	$88,000	
						$1,400,000	No	Variable	PORVENIR	30	$1,707,124	16%	SIN RIESGO	$273,200	$0	$0	$0	$0	$0	$273,200		SALUD TOTAL	30	$1,707,124	4%	$68,300	
						$1,700,001	No	Fijo		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		SALUD TOTAL	30	$1,700,000	4%	$68,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,400,000	No	Variable	PROTECCION	30	$1,791,124	16%	SIN RIESGO	$286,600	$0	$0	$0	$0	$0	$286,600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,791,124	4%	$71,700	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$2,000,001	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$2,000,000	4%	$80,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	26	$1,126,667	16%	SIN RIESGO	$180,300	$0	$0	$0	$0	$0	$180,300		SANITAS	26	$1,126,667	4%	$45,100	
						$1,300,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$975,000	No			0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	11	$476,667	12.5%	$59,600	
						$2,010,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$2,010,000	16%	SIN RIESGO	$321,600	$0	$0	$0	$0	$0	$321,600		FAMISANAR	30	$2,010,000	4%	$80,400	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		MUTUAL SER	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$1,300,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$975,000	No			0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		NUEVA EPS MOVILIDAD	3	$130,000	12.5%	$16,300	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SALUD TOTAL	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$3,000,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$3,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,000,000	16%	SIN RIESGO	$480,000	$0	$0	$0	$0	$0	$480,000		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$3,000,000	4%	$120,000	
						$1,400,000	No	Fijo	PORVENIR	1	$46,667	16%	SIN RIESGO	$7,500	$0	$0	$0	$0	$0	$7,500		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	1	$46,667	4%	$1,900	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	

2024/07/15 09:48 a.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	lge	Fecha Inicio lge	Fecha Fin lge	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (45 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0(5 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(5 Afiliados)																																		
1	CC	72328731	AMARIS RAMOS JOSE LUIS	Dependiente	0	No	No																	X	2024/06/08	2024/06/09								
2	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA	Dependiente	0	No	No																							X	2024/06/01	2024/06/04		
3	CC	72266428	HERAZO ZAMBRANO VIRGILIO RAFAEL	Dependiente	0	No	No														X	2024/06/18	2024/06/19											
4	CC	1001852031	OROZCO CASTRO JUAN SEBASTIAN	Dependiente	0	No	No														X	2024/06/21	2024/06/25											
5	CC	1143453367	VILORIA CARRILLO KEVIN ANDRES	Dependiente	0	No	No														X	2024/06/21	2024/06/25											
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101(20 Afiliados)																																		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO(20 Afiliados)																																		
6	CC	1129572821	ALVEAR ALTAMAR NESTOR JOSE	Dependiente	240	No	No																											
7	CC	1143229620	ARIAS VASQUEZ YESENIA MARGARITA	Dependiente	240	No	No													X														
8	CC	32651214	BULA BULA LILIA ESTHER	Dependiente - Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad	240	No	No																											
9	CC	1045758366	CALVO BARRAZA STEFANNY PAOLA	Dependiente	240	No	No																											
10	CC	1140848438	CARDENAS ALTAMAR STEFANIA	Dependiente	240	No	No													X														
11	CC	72347680	CERVANTES RUIZ JORGE ELIECER	Dependiente	240	No	No																											
12	CC	1042356934	CONRADO GONZALEZ GUSTAVO ALBERTO	Dependiente	240	No	No																											
13	CC	1037634160	CORONADO POLO MELISA	Dependiente	208	No	No																											
14	CC	32580740	ESTRADA THOMAS CATALINA	Dependiente	240	No	No																											
15	CC	1001889638	GALVIS LEON DURLEY ADRIANA	Aprendices en etapa productiva	88	No	No		X	2024/06/20																								
16	CC	22546828	GRANADOS TRUYOL ZOIBETH MARIA	Dependiente	240	No	No																											
17	CC	1193570795	GUTIERREZ MENDEZ ANDREA CAROLINA	Dependiente	240	No	No																											
18	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER	Dependiente	240	No	No																											
19	CC	1001798849	MALDONADO ANDREWS ADALBERTO JUNIOR	Aprendices en etapa productiva	24	No	No				X	2024/06/03																						
20	CC	1042463096	MARTINEZ BARRIOS ARIEL NAISEL	Dependiente	240	No	No																											
21	CC	32880304	MARTINEZ BULA DIANA MARIA	Dependiente	240	No	No																											
22	CC	72291363	MARTINEZ BULA LUIS CARLOS	Dependiente	240	No	No																											
23	CC	72231097	MARTINEZ DE LOS REYES EDUIN DE JESUS	Dependiente	8	No	No				X	2024/06/01																						
24	CC	1143265057	VALENCIA RODRIGUEZ BLADIMIR	Dependiente	240	No	No		X	2024/06/01																								

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

REGISTRO DE COMPROMISOS

aaaa/mm/dd **No. 32 2400000380**

Fecha Expedición : 2024/07/22 **APROBADO**

Dcto. Relacionado : C.D.P No. 29-2400000204

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	2024/07/22	148,567,727.00
				TOTALES	148,567,727.00

Para un Total de:

148,567,727.00 **CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS CON**

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

Vencimiento	VrCuota
2024/08/22	29,713,545.40
2024/09/22	29,713,545.40
2024/10/22	29,713,545.40
2024/11/22	29,713,545.40
2024/12/22	29,713,545.40

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
JEFE DE PRESUPUESTO

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

aaaa/mm/dd

Fecha Expedición : 2024/05/29 **No. 29 2400000204**

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

Fecha Prorroga : 2024/12/31

Ordenador del Gasto: : SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

Objeto : PRESTACION DE SERVICIOS PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

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	2024/05/29	159,250,000.00
				TOTALES	159,250,000.00

Para un Total de:

159,250,000.00 CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL 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

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	53-44-101033031	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
23	07	2024	24	07	2024	00:00	31	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movii Red Bancolombia éxito Efecty Gana Gana Red Codensa

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
$ *****177,823.00	$ *******8,000.00	$ ******35,306.00	$ **********221,129.00	$ *******66,855,477.15	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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101580139876 7(3900)0000002211 29(96)20250724

REFERENCIA PAGO: 1101580139876-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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	53-44-101033031	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
23	07	2024	24	07	2024	00:00	31	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

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 PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO EN RELACION A 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 INTERADMINISTRATIVODE COMODATO NO. 2626 DE 17 DE MAYO DE 2024, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE LASCULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES Y LA ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS. CONTRATO No. SAMC-005- 2024.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/07/2024	30/04/2025	$29,713,545.40
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	24/07/2024	31/12/2027	$7,428,386.35
CALIDAD DEL SERVICIO	24/07/2024	30/04/2025	$29,713,545.40

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****177,823.00	$ *******8,000.00	$ ******35,306.00	$ **********221,129.00	$ *******66,855,477.15	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

53-44-101033031

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	53-44-101032799	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	07	2024	15	07	2024	00:00	15	10	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movi Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito Olímpica CP COMERCIO

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
$ ******22,687.00	$ *******8,000.00	$ *******5,830.00	$ **********36,518.00	$ *******15,125,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO 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 DIRECCION 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)110158013893 80(3900)000000036518(96)20250715

REFERENCIA PAGO: 1101580138938-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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	53-44-101032799	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	07	2024	15	07	2024	00:00	15	10	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

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:

GARANTIZAR LA SERIEDAD DE LA OFERTA REFERENTE A 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. 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. PROCESO DE SELECCION ABREVIADA DE MENOR CUANTIA NO. SAMC-005-2024.

AMPARA LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL OFRECIMIENTO EN LOS EVENTOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 2.2.1.2.3.1.9 DEL DECRETO 1082 DE 2015.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
SERIEDAD DE LA OFERTA	**15/07/2024**	**15/10/2024**	**$15,125,000.00**

FECHA ADJUDICACIÓN : 23/07/2024

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******22,687.00	$ *******8,000.00	$ *******5,830.00	$ **********36,518.00	$ *******15,125,000.00	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

53-44-101032799

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

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

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 23 de Julio de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

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