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: 2024/10/10 Hora de Impresión: 08:49 a. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000014906 **Fecha : 2024/10/10**

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. MAD827012

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA MAD827012 2024/10/09	25,700,596.00	0.00
1110050525	900927441	trf 10102024 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA	0.00	25,700,596.00
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			**52,712,910.00**	**52,712,910.00**

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	Octubre 10 de 2024 11:06 am

Número de Transacción: APII4285329043382606

Editor de Lotes

Fecha: Octubre 11 de 2024 08:42 am

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado en Proceso
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Corriente *******4231
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	PAGOS10102024
Fecha de Aplicación:	Octubre 10 de 2024
Valor del Lote:	$40.110.480,00
Cantidad de Registros:	4

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Enviado a Red	JAIME ALVAREZ	CC 1143407782	Davivienda	Cuenta Ahorros	0550488430371978	$9.038.644,00	--	DFS7926	ALIMENTO	--
2	Enviado a Red	PANAMERICANA	NI 830037946	Bancolombia	Cuenta Ahorros	05900007173	$1.371.240,00	--	FT183731	132826	--
3	éxito	CORPORACION ARTISTICA	NI 900184948	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24019545433	$4.000.000,00	191762387	RES151	PRIMER PAG	--
4	Enviado a Red	IPS MEDICINA AMBULATOR	NI 900927441	Banco de Bogotá	Cuenta Corriente	096164629	$25.700.596,00	--	MAD827012	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: 19,616

Vigencia : 2024

Número : 39-0000012343

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2024/10/09
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : PRESTACION DE SERVICIOS PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL
Entradas : 24-0000012134

Entrada 24 - 0000012134. Factura MAD827012

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 MAD827012	0.00	1,080,493.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA MAD827012	0.00	231,225.00
Total		**0.00**	**1,311,718.00**

VALOR TOTAL DE CONCEPTOS: **-1,311,718.00**

VALOR NETO A PAGAR: 25,700,596.00

Son : VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON 0/100

Central de Cuentas

Administrativo y Financiero

Contabilidad

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
Ordenador del Gasto

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN

CONTRATISTA	I.P.S MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA I.P.S MADSS		
FECHA DEL CONTRATO	22/07/2024		
-N° 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 827012**		

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-827012 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:

Durante el periodo del 26 de Agosto al 26 de septiembre del 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.

ITEM	FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	IDENTIFICACION	DESTINO
1	4/09/2024	GABRIEL PAJARO TOSCANO	1235042399	CASTILLO SAN FELIPE
2	7/09/2024	ELLEN KATHERINE LAHOUD GOMEZ	2594009-13	CASTILLO SAN FELIPE
3	7/09/2024	LORI GAY PETERS	A30326198	CASTILLO SAN FELIPE
4	9/09/2024	KARLA LILIANA LOPEZ BACHO	N05146588	CASTILLO SAN FELIPE
5	9/09/2024	LILIBETH HINOJOSA FLORES	2300587918	CASTILLO SAN FELIPE
6	9/09/2024	PATRICIA GUZMAN RUIZ	27542017	CASTILLO SAN FELIPE
7	10/09/2024	MARIA FERNANDA SUAREZ DIAZ	PP.A4675617	CASTILLO SAN FELIPE
8	10/09/2024	JAIRELIS SOFIA CABALLERO BALLESTERO	1437221017	CASTILLO SAN FELIPE
9	13/09/2024	SUZANA CRIQUITA	20A13806	CASTILLO SAN FELIPE
10	14/09/2024	JHON VICARIO	525831899	NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE
11	15/09/2024	JULIO CESAR ROMERO HURTADO	79388851	CASTILLO SAN FELIPE
12	16/09/2024	MA. TRINIDAD ONTIVERO ROGRIGUEZ	G34566023	CASTILLO SAN FELIPE
13	16/09/2024	MIRIAM ALBUJA DIAZ	1707665483	CASTILLO SAN FELIPE
14	17/09/2024	JHON ROBERT DUQUE	75038165	CASTILLO SAN FELIPE
15	20/09/2024	ASHOK MALLA	10084844.W.O	CASTILLO SAN FELIPE
16	20/09/2024	LISSETTE ROMERO CORREA	C600536619010	CASTILLO SAN FELIPE
17	23/09/2024	VIVIANA PATRICIA AHUMADA GOMEZ	45546002	CASTILLO SAN FELIPE
18	30/09/2024	GLADIS CAMPO	24284513	CASTILLO SAN FELIPE

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:

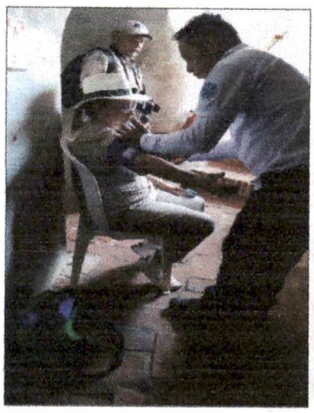


Escuela Taller
Cartagena de Indias

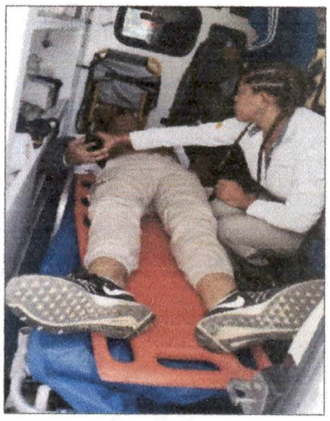
ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

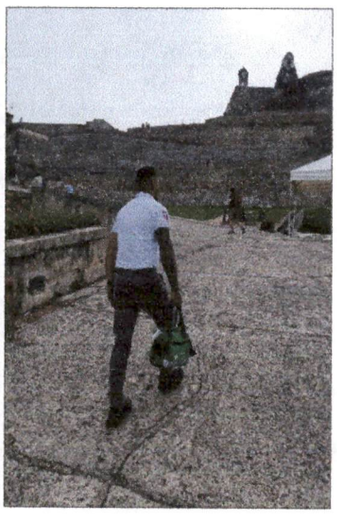
INFORME DE SUPERVISIÓN

Personal en Actividad:







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



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 (18)	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	$ 54.024.628
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA HASTA LA FECHA	$ 27.012.314
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA EN ESTA CUENTA	$ 27.012.314

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.

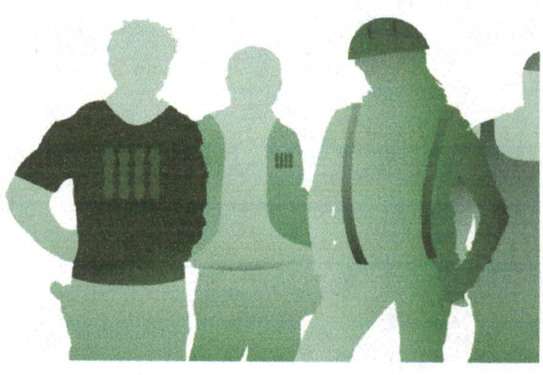
Fecha: 08 de octubre de 2024

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:



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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
No. MAD 827012

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 .: 7/10/2024 **EGRESO.:** 7/10/2024 **EDAD.:** 24

FECHA FACTURA .: 07.oct./2024
FECHA VENCIMIENTO.: 06.nov./2024
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000014267
AUTORIZACION.: Agosto - Septiembre

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 AGOSTO AL 26 DE SEPTIEMBRE 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

Medio de pago: Acuerdo mutuo
30 Dias

MADSSCOORDFACT | FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR | CONDICIONES DE PAGO

CUFE: ea80023bd0a597e296e6e725a7eab00c2c7a33dbdda4661cba0a13852df98fb16b3665c53121e8b30c3ebbd76de2eef7

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2024-08	2024-09	892851139	9472800992	E	2024/09/10	2024/09/05	BANCO DE BOGOTA	0	$19,773,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$11,464,900	$0	$0	$11,464,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$477,400	$0	$0	$477,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$1,561,500	$0	$0	$1,561,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	32	$8,651,100	$0	$0	$8,651,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$774,900	$0	$0	$774,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$2,091,500	$0	$0	$2,091,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	45	$2,091,500	$0	$0	$2,091,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$3,068,100	$0	$0	$3,068,100
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	44	$3,068,100	$0	$0	$3,068,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				45	$3,148,700	$0	$0	$3,148,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$179,700	$0	$0	$179,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$144,300	$0	$0	$144,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	16	$1,297,600	$0	$0	$1,297,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$309,400	$0	$0	$309,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	2	$125,600	$0	$0	$125,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$73,700	$0	$0	$73,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$521,600	$0	$0	$521,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$496,800	$0	$0	$496,800
TOTAL				45	$19,773,200	$0	$0	$19,773,200

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/09/05 09:33 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
34	CC	1042454442	CASTRO DARWIN	230301	29	$1,857,112	$297,200	EPS010	29	$1,857,112	$74,300	CCF05	29	$1,857,112	$74,300	14-11	29	$1,857,112	$80,800	29	$0	$0
35	CC	1045746630	CUETO ANDERSON	230301	15	$755,621	$120,900	CCFC55	15	$755,621	$30,300	CCF05	15	$755,621	$30,300	14-11	15	$755,621	$32,900	15	$0	$0
36	CC	1098762525	DAZA RAFAEL	230301	30	$1,836,946	$294,000	EPS010	30	$1,836,946	$73,500	CCF05	30	$1,836,946	$73,500	14-11	30	$1,836,946	$80,050	30	$0	$0
37	CC	1003442530	DEL TORO MARIA	230301	30	$1,619,600	$259,200	EPS005	30	$1,619,600	$64,800	CCF05	30	$1,619,600	$64,800	14-11	30	$1,619,600	$70,500	30	$0	$0
38	CC	1143251838	DIX MIGUEL	230301	30	$2,001,460	$320,300	CCFC55	30	$2,001,460	$80,100	CCF05	30	$2,001,460	$80,100	14-11	30	$2,001,460	$87,100	30	$0	$0
39	CC	1007280092	HERNANDEZ DAYSON	230301	28	$1,751,281	$280,300	EPS002	28	$1,751,281	$70,100	CCF05	28	$1,751,281	$70,100	14-11	28	$1,751,281	$76,200	28	$0	$0
40	CC	1050040845	HERRERA CRISTIAN	230301	30	$1,838,086	$294,100	ESSC07	30	$1,838,086	$73,600	CCF05	30	$1,838,086	$73,600	14-11	30	$1,838,086	$80,000	30	$0	$0
41	CC	1047492837	LOPEZ EDWIN	230301	30	$2,161,222	$345,800	ESSC24	30	$2,161,222	$86,500	CCF05	30	$2,161,222	$86,500	14-11	30	$2,161,222	$94,100	30	$0	$0
42	CC	1140874095	LOPEZ JORGE	231001	13	$983,004	$157,300	EPS010	13	$983,004	$39,400	CCF05	13	$983,004	$39,400	14-11	13	$983,004	$42,800	13	$0	$0
43	CC	1096402943	MARIN MARIO	230301	1	$120,541	$19,300	EPS002	1	$120,541	$4,900	CCF05	1	$1,312,207	$52,500	14-11	1	$120,541	$5,300	1	$0	$0
44	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE	230301	28	$1,805,514	$288,900	EPS010	28	$1,805,514	$72,300	CCF05	28	$1,892,181	$75,700	14-11	28	$1,805,514	$78,600	28	$0	$0
45	CC	1045686789	MARTINEZ LEWIN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0
46	CC	8734272	ORTIZ NORMAN	25-14	30	$1,716,406	$274,700	EPS017	30	$1,716,406	$68,700	CCF05	30	$1,716,406	$68,700	14-11	30	$1,716,406	$74,700	30	$0	$0
47	CC	8704021	OSORIO NELSON		0	$0	$0	ESSC24	10	$575,656	$23,100	CCF05	10	$1,441,722	$57,700	14-11	10	$575,656	$25,100	10	$0	$0
48	CC	8786380	PEREZ HAROLD	230301	30	$1,908,018	$305,300	EPS010	30	$1,908,018	$76,400	CCF05	30	$1,908,018	$76,400	14-11	30	$1,908,018	$83,000	30	$0	$0
49	CC	1129515541	RAMOS JAIR	25-14	30	$1,730,162	$277,200	CCFC55	30	$1,732,162	$69,300	CCF05	30	$1,732,162	$69,300	14-11	30	$1,732,162	$75,400	30	$0	$0
50	CC	1046813912	REDONDO RAFAEL	230301	29	$1,841,718	$294,700	EPS037	29	$1,841,718	$73,700	CCF05	29	$1,841,718	$73,700	14-11	29	$1,841,718	$80,200	29	$0	$0
51	CC	72276775	REYES GABRIEL	230301	28	$1,628,671	$260,600	EPS010	28	$1,628,671	$65,200	CCF05	28	$1,628,671	$65,200	14-11	28	$1,628,671	$70,900	28	$0	$0
52	CC	1045501942	SANCHEZ LUIS	230301	30	$1,934,893	$309,600	EPS005	30	$1,934,893	$77,400	CCF05	30	$1,934,893	$77,400	14-11	30	$1,934,893	$84,200	30	$0	$0
53	CC	1129495837	ZUBIRIA RAMON	230301	27	$1,677,955	$268,500	EPS002	27	$1,677,955	$67,200	CCF05	27	$1,807,955	$72,400	14-11	27	$1,677,955	$73,000	27	$0	$0
Total			**Afiliados(45)**			**$71,646,729**	**$11,464,900**			**$76,088,452**	**$3,148,700**			**$76,846,779**	**$3,068,100**			**$76,088,452**	**$2,091,500**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2024-08	2024-09	892851139	9472800992	E	2024/09/10	2024/09/05	BANCO DE BOGOTA	0	$19,773,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (45 Afiliados)						$71,646,729	$11,464,900			$76,088,452	$3,148,700			$76,846,779	$3,068,100			$76,088,452	$2,091,500		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (8 Afiliados)						**$526,669**	**$84,600**			**$1,393,336**	**$49,000**			**$1,039,998**	**$34,700**			**$1,393,336**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (8 Afiliados)						**$526,669**	**$84,600**			**$1,393,336**	**$49,000**			**$1,039,998**	**$34,700**			**$1,393,336**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	1192923604	CASTILLA CESAR	230301	1	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$0	$0	14-11	1	$43,334	$0	1	$0	$0
2	CC	1042454442	CASTRO DARWIN	230301	1	$43,334	$7,000	EPS010	1	$43,334	$0	CCF05	1	$43,333	$0	14-11	1	$43,334	$0	1	$0	$0
3	CC	1007280092	HERNANDEZ DAYSON	230301	2	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$0	CCF05	2	$86,666	$0	14-11	2	$86,667	$0	2	$0	$0
4	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE	230301	2	$86,667	$13,900	EPS010	2	$86,667	$3,500	CCF05	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	$0	2	$0	$0
5	CC	8706021	OSORIO NELSON		0	$0	$0	ESS024	20	$866,667	$34,700	CCF05	20	$866,666	$34,700	14-11	20	$866,667	$0	20	$0	$0
6	CC	1046813912	REDONDO RAFAEL	230301	1	$43,334	$7,000	EPS037	1	$43,334	$0	CCF05	1	$43,333	$0	14-11	1	$43,334	$0	1	$0	$0
7	CC	1047229274	VASQUEZ MAGALIS	23001	2	$93,333	$15,000	EPS010	2	$93,333	$3,800	CCF05	2	$0	$0	14-11	2	$93,333	$0	2	$0	$0
8	CC	1129486837	ZUBIRIA RAMON	230301	3	$130,000	$20,800	EPS002	3	$130,000	$5,200	CCF05	3	$0	$0	14-11	3	$130,000	$0	3	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (19 Afiliados)						**$29,892,664**	**$4,783,000**			**$32,892,664**	**$1,426,300**			**$31,685,997**	**$1,267,500**			**$32,892,664**	**$271,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (19 Afiliados)						**$29,892,664**	**$4,783,000**			**$32,892,664**	**$1,426,300**			**$31,685,997**	**$1,267,500**			**$32,892,664**	**$271,800**		**$0**	**$0**
9	CC	1129572621	ALVEAR NESTOR	230301	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF05	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	$11,550	30	$0	$0
10	CC	1143229620	ARIAS YESENIA	230301	30	$1,804,874	$289,100	EPS002	30	$1,806,874	$72,300	CCF05	30	$1,806,874	$72,300	14-11	30	$1,806,874	$9,500	30	$0	$0
11	CC	32651214	BULA LILIA		0	$0	$0	EPS002	30	$1,700,000	$68,000	CCF05	30	$1,700,000	$68,000	14-11	30	$1,700,000	$8,900	30	$0	$0
12	CC	1045758366	CALVO STEFANNY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
13	CC	1140848438	CARDENAS STEFANIA	230201	30	$1,704,499	$272,800	EPS010	30	$1,704,499	$68,200	CCF05	30	$1,704,499	$68,200	14-11	30	$1,704,499	$8,900	30	$0	$0
14	CC	72347680	CERVANTES JORGE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
15	CC	1042356934	CONRADO GUSTAVO	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF05	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$10,500	30	$0	$0
16	CC	1037634160	CORONADO MELISA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
17	CC	1045725334	CRESPO YULY	230301	30	$1,864,624	$298,400	EPS017	30	$1,864,624	$74,600	CCF05	30	$1,864,624	$74,600	14-11	30	$1,864,624	$9,800	30	$0	$0
18	CC	32980740	ESTRADA CATALINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
19	CC	1001859636	GALVIS DURLEY		0	$0	$0	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
20	CC	22546828	GRANADOS ZOIBETH	25-14	30	$2,010,000	$321,600	EPS017	30	$2,010,000	$80,400	CCF05	30	$2,010,000	$80,400	14-11	30	$2,010,000	$10,500	30	$0	$0
21	CC	1193570795	GUTIERREZ ANDREA	230301	30	$1,300,000	$208,000	ESS027	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
22	CC	32783181	HERNANDEZ MONICA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
23	CC	1042463096	MARTINEZ ARIEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
24	CC	32880304	MARTINEZ DIANA	25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF05	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$15,700	30	$0	$0
25	CC	72291343	MARTINEZ LUIS	230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF05	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$15,700	30	$0	$0
26	CC	1143265057	VALENCIA BLADIMIR	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
27	CC	1047229274	VASQUEZ MAGALIS	23001	28	$1,906,667	$305,100	EPS010	28	$1,908,667	$76,300	CCF05	28	$2,000,000	$80,000	14-11	28	$1,906,667	$10,000	28	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (26 Afiliados)						**$41,227,396**	**$6,597,300**			**$41,802,452**	**$1,673,400**			**$44,120,784**	**$1,765,900**			**$41,802,452**	**$1,819,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (26 Afiliados)						**$41,227,396**	**$6,597,300**			**$41,802,452**	**$1,673,400**			**$44,120,784**	**$1,765,900**			**$41,802,452**	**$1,819,700**		**$0**	**$0**
28	CC	1047424961	ALVARADO DIMAS	230301	30	$2,140,909	$342,600	EPS017	30	$2,140,909	$85,700	CCF05	30	$2,140,909	$85,700	14-11	30	$2,140,909	$93,200	30	$0	$0
29	CC	72328731	AMARIS JOSE	230301	30	$2,006,860	$321,100	EPS005	30	$2,006,860	$80,300	CCF05	30	$2,006,860	$80,300	14-11	30	$2,006,860	$87,300	30	$0	$0
30	CC	11032971	BLANDON DANIEL	230301	30	$1,959,335	$313,500	EPS010	30	$1,959,335	$78,400	CCF05	30	$1,959,335	$78,400	14-11	30	$1,959,335	$85,300	30	$0	$0
31	CC	1143261362	CAÑATE ANDERSON	230301	15	$755,621	$120,900	EPS005	15	$755,621	$30,300	CCF05	15	$755,621	$30,300	14-11	15	$755,621	$32,900	15	$0	$0
32	CC	72255657	CARO MICLE	230301	30	$1,993,189	$319,000	EPS010	30	$1,993,189	$79,800	CCF05	30	$1,993,189	$79,800	14-11	30	$1,993,189	$86,800	30	$0	$0
33	CC	1192923604	CASTILLA CESAR	230301	29	$1,901,252	$304,300	EPS002	29	$1,901,252	$76,100	CCF05	29	$1,944,585	$77,850	14-11	29	$1,901,252	$82,800	29	$0	$0

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 Agosto al 26 de septiembre del 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.

ITEM	FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	IDENTIFICACION	DESTINO
1	4/09/2024	GABRIEL PAJARO TOSCANO	1235042399	CASTILLO SAN FELIPE
2	7/09/2024	ELLEN KATHERINE LAHOUD GOMEZ	2594009-13	CASTILLO SAN FELIPE
3	7/09/2024	LORI GAY PETERS	A30326198	CASTILLO SAN FELIPE
4	9/09/2024	KARLA LILIANA LOPEZ BACHO	N05146588	CASTILLO SAN FELIPE
5	9/09/2024	LILIBETH HINOJOSA FLORES	2300587918	CASTILLO SAN FELIPE
6	9/09/2024	PATRICIA GUZMAN RUIZ	27542017	CASTILLO SAN FELIPE
7	10/09/2024	MARIA FERNANDA SUAREZ DIAZ	PP.A4675617	CASTILLO SAN FELIPE
8	10/09/2024	JAIRELIS SOFIA CABALLERO BALLESTERO	1437221017	CASTILLO SAN FELIPE
9	13/09/2024	SUZANA CRIQUITA	20A13806	CASTILLO SAN FELIPE
10	14/09/2024	JHON VICARIO	525831899	NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE
11	15/09/2024	JULIO CESAR ROMERO HURTADO	79388851	CASTILLO SAN FELIPE
12	16/09/2024	MA. TRINIDAD ONTIVERO ROGRIGUEZ	G34566023	CASTILLO SAN FELIPE
13	16/09/2024	MIRIAM ALBUJA DIAZ	1707665483	CASTILLO SAN FELIPE
14	17/09/2024	JHON ROBERT DUQUE	75038165	CASTILLO SAN FELIPE
15	20/09/2024	ASHOK MALLA	10084844.W.O	CASTILLO SAN FELIPE
16	20/09/2024	LISSETTE ROMERO CORREA	C600536619010	CASTILLO SAN FELIPE
17	23/09/2024	VIVIANA PATRICIA AHUMADA GOMEZ	45546002	CASTILLO SAN FELIPE
18	30/09/2024	GLADIS CAMPO	24284513	CASTILLO SAN FELIPE

Melisa Coronado Polo

MELISA CORONADO POLO
COORDINADORA DE FACTURACIÒN

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

MADSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MENSUAL

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

MOVIL 08 MES SEPTIEMBRE AÑO 2024

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
04/09	GABRIEL PAJARO TOSCANO	1235092399	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO		1			1	TAB	EDUARDO			
04/09	KARLA Liliana LOPEZ DACHO	U05146588	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO		1			1	TAB	EDUARDO			
04/09	LILIBETH HINOJOSA FLORES	2302587918	TRAUMA CEO		1			1	TAB	EDUARDO			
04/09	PATRICIA GERMAN RUIZ	27542017	GOLPE DE CABEZA		1			1	TAB	EDUARDO			
10/09	JANELIS SCABALLERO BALLESTERO	1.437.221017	VARICELA		1			1	TAB	EDUARDO			
10/09	MARIA FERNANDA SUAREZ DIAZ	PD.A4675617	GOLPE DE CABEZA		1			1	TAB	EDUARDO			
07/09	ELLEN KATHERINE	2594009-73	CAIDA		1			1	TAB	Eduardo			
07/09	LORI GAY	A303261 98	GOLPE DE CABEZA		1			1	TAB	Eduardo			
13/09	SOZANA CRISTINA	20A13806 8	GOLPE DE CABEZA		1			1	TAB	Eduardo			
14/09	JHON VISCAYA	52583189 9	CAIDA		1			1	TAB	Eduardo			
15/09	JULIO CESAR ROMERO HURTADO	79388851	CAIDA		1			1	TAB	EDUARDO			
16/09	LUCIAN ALZOLA DIAZ	1707665483	GOLPE DE CABEZA		1			1	TAB	EDUARDO			
16/09	TREVOR QUIÑONES RODRIGUEZ	6345660 23	CAIDA		1			1	TAB	EDUARDO			
17/09	JOHN ROBERT RIVERO	75038 165	CAIDA	ASMET SALUD	1			1	TAB	Eduardo			
19/09	ASHOX MALLA	10084844.W.O	CAIDA		1			1	TAB	Eduardo			
24/09	LISSETTE ROMERO	C600-536-619070	CAIDA		1			1	TAB	Eduardo			
23/09	VIVIANA PATRICIA	45546002	CAIDA DE LA PROPIA ALTURA	NUEVA EPS	1			1	TAB	Eduardo			
26/09	GLADIS CANTOS	24284513	CAIDA DE LA PROPIA ALTURA	NUEVA EPS	1			1	TAB	Eduardo			

Powered by CamScanner

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

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 octubre 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

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.

Sandra V Barrios

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 30-09-2024					HORA: 16:00		
NOMBRES: Gladis					APELLIDOS: Camino		
SEXO:	M	X	ID: 24284513	ENTIDAD: Nueva EPS		EDAD: 85	

DIAGNOSTICO:

Golpe de Calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Pilar		APELLIDOS: Rivera	
ID: 36293059	TEL:	PARENTESCO: Hija	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 110 / 50	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

Diabetes + Tencion Arterial

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino mayor de edad el Cual se observa descompensada y desorientada, se encuentra en compañia de su Familiar, se Toman signos Vitales y se Realiza Glucometria el cual Arroja 117 mg se deja en Reposo en la enfermeria para estabilizar, se Realiza Toma de Presion el cual Arroja valor de 121/56 Paciente manifiesta sentirce 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

30.293.059

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 13-09-2024 HORA: 14:15

NOMBRES: Suzana Criquita APELLIDOS: Tanguy Nelson

SEXO: M ☒ ID: 20A138068 ENTIDAD: EDAD: 22

DIAGNOSTICO: Golpe de calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 75 T/A: 115/67 FR: TEMP: 36 GLASGOW: SO2: 99

ANTECEDENTES: Niega

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente Femenino mayor de edad A1 Area de enfermeria el Cual manifiesta Tener dificultad Respirar y dolor Toracica, se le Toman Signos vitales y se deja en enfermeria en Recuperacion. Paciente se marcha A1 sentirse mejor Todo 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: 14-09-2024		ENTIDAD:	PLACA:
NOMBRES: Jhon Vicario			
SEXO: M X F	ID: 1075831099	TELEFONO:	EDAD: 67
DIAGNOSTICO: Caida de Su propia Altura Trauma Craneo cefalico			
		INFECTADO: SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	09:15	09:25	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Nuevo hospital de Bocagrande	10:03		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 127/75	FC: 58	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 96
ANTECEDENTES: Asma					
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

Se Realiza Atencion en el Area de Bonetes paciente Masculino Mayor de edad el Cual Sufre caida y Recibe Trauma en cabeza y Mienbro Superior Derecho Paciente manifiesta haber perdido el conocimiento Se Traslada a Centro de Salud para Valoracion medica. Paciente Queda en Hospital Bajo observacion medica y del Personal de enfermeria Queda Viva 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

X

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

TRIPULACION QUE REALIZA EL TRASLADO

PARAMEDICO	MEDICO	CONDUCTOR
Edwin Lopez		

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 1

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 09-09-2024				HORA: 14:10			
NOMBRES: Patricia				APELLIDOS: Gusman Ruiz			
SEXO:	M	X	ID: 27642017	ENTIDAD:		EDAD: 64	

DIAGNOSTICO:

Golpe de calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 140/90	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Se Realiza Atencion a Paciente Femenina mayor de edad en compañia de su Familiar el Cual manifiesta sentirse mareada y con debilidad, se le Realiza Toma de signos vitales y se lleva a enfermeria para dejarla en Reposo y bajo observacion, paciente manifiesta sentirse un poco mejor y se marcha de la enfermeria 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: Eduardo M.

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: 15-09-2024 HORA: 11:00

NOMBRES: Julio Cesar APELLIDOS: Romero Hurtado

SEXO: M F ID: 79388851 ENTIDAD: EDAD: 60 Años

DIAGNOSTICO:

Trauma MSI y MII Codo y Rodilla con Raspadura por Fricción

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Eli's APELLIDOS: García Segura

ID: 31386275 TEL: 3213593002 PARENTESCO: Esposa

EXAMEN FISICO

FC: 70 T/A: 138/86 FR: 19 TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Se Atiende Paciente Masculino Mayor De Edad De 60 Años Victima De Caida De Su Propia Altura Causandole Trauma MSI Codo, Trauma MII Rodilla Todas Con Abrasiones Por Fricción Por Tal Motivo Es Atendido Por Paramedicos De Turno Haciendo Toma De Signos Vitales y Curacion Luego Se Mantiene En Compañia De Su Esposa Consciente y Orientado

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

Julio Cesar Romero

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: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO:

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 16-09-2024			HORA: 11:40		
NOMBRES: MA. TRINIDAD			APELLIDOS: OSTIVERO RODRIGUEZ		
SEXO: M X	ID: 34566023	ENTIDAD:		EDAD: 52	

DIAGNOSTICO:

CAIDA DE SU PROPIA ALTURA (POLITRAUMATISMO)

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: MA. ELENA	APELLIDOS: MAGAÑA SABALA
ID: 0172045499035 TEL: 4433975410	PARENTESCO: AMIGAS

EXAMEN FISICO

FC: 86	T/A: 120/80	FR: 19	TEMP:	GLASGOW: 15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE DIRIGEN PARAMEDICOS A EL AREA DE TAMAZUNCHALE POR HACIADO DE GUARDIA A EL LLEGAR SE ENTREVISTA PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 52 AÑOS QUIEN MANIFIESTA HABER SUFRIDO CAIDA DE SU PROPIA ALTURA CAUSANDOLE POLITRAUMATISMO POR TAL MOTIVO ES TRASLADADA POR PARAMEDICOS DE TURNO A ENFERMERIA DONDE SE HACE CURACION A HERIDAS SUFRIDAS TRAS CAIDA LUEGO SE MARCHA EN COMPAÑIA DE UNA AMIGA POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE Y ORIENTADA

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

X

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:

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 16-09-2024 HORA: 10:20

NOMBRES: MIRIAN APELLIDOS: ALBUJA DIAZ

SEXO: M X ID: 1707665483 ENTIDAD: EDAD: 60 AÑOS

DIAGNOSTICO:

GOLPE DE CALOR

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: DANIELA APELLIDOS: ROJAS ALBUJA

ID: 1716037519 TEL: PARENTESCO: HIJA

EXAMEN FISICO

FC: 87 T/A: 125/82 FR: 19 TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 99

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE TRASLADAN PARAMEDICOS A EL AREA DE BOMBEROS POR LLAMADO DE GUARDIA DE TURNO A UNA TURISTA QUIENES AL LLEGAR ESCUCHAN QUE PERSONA DE SEXO FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 60 AÑOS QUIEN MANIFIESTA SENTIRSE CON MAREO Y VISIÓN BORROSA SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y HIDRATACIÓN JUEGO DE RESPONSE SIGUE SU RECORRIDO CON COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES CONSCIENTE Y ORIENTADA

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

X

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: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO:

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 17-09-2024 HORA: 14:10

NOMBRES: John Robert APELLIDOS: Duque

SEXO: M F ID: 75038165 ENTIDAD: Asmet salud EDAD: 55

DIAGNOSTICO:

Caida de su Propia Altura

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: T/A: 125/70 FR: TEMP: 36 GLASGOW: SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente masculino mayor de edad el cual manifiesta haberse caido y Recibe Trauma en miembro Inferior Derecho, se le Realiza Curacion 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

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 1

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 20-09-2024 HORA: 10:59

NOMBRES: HASHOK APELLIDOS: Malla

SEXO: M F ID: 1008484 ENTIDAD: W.O EDAD: 62

DIAGNOSTICO:

Caida de su propia Altura

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 el Cual manifiesta Haber Tenido Una caida de su Propia Altura. paciente manifiesta Tambien sentirse con marea se Toman Signos Vitales y se le Realiza Curacion en miembro inferior Izquierda, 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: 20-09-2024 | ENTIDAD: | PLACA:

NOMBRES: Lissette Romero Correa

SEXO: M ☐ F ☒ | ID: CC 600-536-619016 | TELEFONO: | EDAD: 63

DIAGNOSTICO: Caida de Sopropia MTura + Trauma craneo cefalico y MSD

INFECTADO: SI ☐ NO ☒

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	11:00	11:15	BASICO: ☒	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Nuevo Hospital Bocagrande	11:42		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 120/80	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

Lisset Romero

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se Atiende Paciente Femenino mayor de edad en el Area de Bonete el cual manifiesta Tener caida y golpearce la cabeza Recibiendo Herida en parte de la ceja, se le Realiza Curación y Se Toman signos Vitales, Paciente es Trasladada A Centro de Salud para Valoracion medica y Suturacion en la Herida Queda Paciente en Hospital Viva Bajo observacion medica y el Personal de enfermeria de Turno Todo Sin Novedad

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

FC:	T/A: 120/70	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 99

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

Ellen 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: 23-09-2024 | ENTIDAD: Nueva EPS | PLACA:

NOMBRES: Viviana Patricia Ahumedo Gomez

SEXO: M | F X | ID: 45546002 | TELEFONO: | EDAD: 42

DIAGNOSTICO: Mareo + Vomito

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

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

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 130 / 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

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Se Realiza Atencion en el Area del Parqueadero A Paciente Femenino mayor de edad el Cual manifiesta Tener mareo y Vomito se Toman Signos Vitales y se deja en Reposo Al Presentar los mismo sintomas se Traslada A Un Puesto de Atencion 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

Viviana

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 1047414761

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: _____

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

MOVIL: 08 MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2024

DIA	09	
PACIENTE:	LILIBETH HINOJOSA FLORES	
IDENTIFICACION:	2300587918	
ENTIDAD:		
DX:	TRAUMA MID TOBILLO	
INSUMOS UTILIZADOS:	VENDA 3X5	
PARAMEDICO:	EDUARDO MARTINEZ	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	14	
PACIENTE:	Jhon Vivanco	
IDENTIFICACION:	52883899	
ENTIDAD:		
DX:	Trauma en Cabeza	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 4x5 + gasas	
PARAMEDICO:	Edu lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	17	
PACIENTE:	John Robert Duque	
IDENTIFICACION:	75038765	
ENTIDAD:	Asmet salud	
DX:	Caida de su propia altura laceracion en MSI	
INSUMOS UTILIZADOS:	gasas + SSN	
PARAMEDICO:	Edu lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

DIA	20	
PACIENTE:	Lissette Romero Correa	
IDENTIFICACION:	C.C 536 619 016	
ENTIDAD:		
DX:	Trauma en cabeza	
INSUMOS UTILIZADOS:	Venda 5x5	
PARAMEDICO:	Edu lopez	
REPOSICION:	FECHA	QUIEN ENTREGA

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

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: 04-09-2024 | HORA: 09:30

NOMBRES: GABRIEL | APELLIDOS: PAJARA TOSCANO

SEXO: M / F | ID: 1235.042399 | ENTIDAD: | EDAD: 25

DIAGNOSTICO:

TRAUMA PIERNA INTERCOSTAL DERECHA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: | APELLIDOS:

ID: | TEL: | PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 87 | T/A: 120/70 | FR: 19 | TEMP: 36.0 | GLASGOW: 15 | SO2: 98

ANTECEDENTES:

VIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ENCUENTRA PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD 25 AÑOS EN POSICIÓN FOWLER EN LA ACERA QUIEN MANIFIESTA SER VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO CAMINABA POR LA CARRETERA SIENDO IMPACTADO POR UNA MOTOCICLETA LA CUAL SE DIO A LA FUGA POR TAL MOTIVO UN PONAL SE DIRIGIO A NOSOTROS A PEDIR COLABORACIÓN CON TAL CUENTO EL CUAL ES ATENDIDO POR PARAMEDICOS DE EL CASTILLO Y TRASLADADO A OTRA MOVIL PARA SER LLEVADO A CENTRO ASISTENCIAL PARA VALORACIÓN MEDICA Y ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS CONSCIENTE Y ORIENTADO

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

Gabriel Pajaro

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: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Eduardo Enrique Martinez Rios

Res. Sab - 13 - 2022002022

PARAMEDICO

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: 07-09-2024				HORA: 11:40	
NOMBRES: Ellen Katherine				APELLIDOS: Lahood Gómez	
SEXO: M	F	ID: 2594004-13	ENTIDAD:		EDAD: 38

DIAGNOSTICO:

Caida de su Propia Altura

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 120/70	FR:	TEMP: 36	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente de sexo Femenino mayor de edad el Cual sufre caida de su Propia Altura. Al Caer Recibe trauma en miembros superiores laceraciones y miembros inferiores causandole laceraciones, se le Realiza Curacion 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

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: 07-09-2024				HORA: 11:15	
NOMBRES: Lori Gay				APELLIDOS: Peters	
SEXO: M X F	ID: USA		ENTIDAD: A30326198 USA		EDAD: 69

DIAGNOSTICO:

T670 Golpe de Calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Alan PETERS		APELLIDOS:	
ID:	TEL: 7025+1920560	PARENTESCO:	Esposo.

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 105 / 90	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Se le brinda la primera Atención, Se le Toma la presión y Se deja en Reposo en la enfermeria, Paciente Manifiesta Sentirse Con Mareo, Se le Recomienda hidratarse 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: Colin 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: 09-09-2024 HORA: 11:40

NOMBRES: KARLA LILIANA APELLIDOS: LOPEZ BACHO

SEXO: M X ID: N05146598 ENTIDAD: SEGUROS MONTERREY EDAD: 46

DIAGNOSTICO:

DOLOR INTENSO REG INGUINAL DERECHA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: SONIA EVA ARELLANES APELLIDOS: ARELLANES NUÑEZ

ID: PP.1259146 TEL: 2216410136 PARENTESCO: TIA

EXAMEN FISICO

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

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 46 AÑOS QUIEN MANIFIESTA DOLOR EN REGIÓN INGUINAL DERECHA CON PERIODO MENSTRUAL DE 4 DIAS CON UN SANGRADO CAFE Y COAGULOS CON UNA EVOLUCIÓN DE 6 HORAS SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES TA: 156/101 SPO: 99 FC: 71 FR: 19 LA CUAL SE DEJA EN OBSERVACIÓN Y JUEGO SE MANCHA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CONSCIENTE Y ORIENTADA

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

X

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: Eduardo Enrique Martinez Rios

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: 09-09-2024 HORA: 18:00

NOMBRES: LIBETH APELLIDOS: HINOJOSA FLORES

SEXO: M X ID: 2300587918 ENTIDAD: EDAD: 24

DIAGNOSTICO:

TRAUMA M.I.D TOBILLO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: DUVAN APELLIDOS: ROZO

ID: 1015463326 TEL: PARENTESCO: PAREJA

EXAMEN FISICO

FC: 87 T/A: 109/61 FR: 18 TEMP: 36 GLASGOW: 15 SO2: 99

ANTECEDENTES:

NIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE SOLICITA PARAMEDICOS EN EL AREA DE DOVETE AL LLEGAR ENCONTRAMOS PACIENTE MAYOR DE EDAD 24 AÑOS FEMENINA QUIEN MANIFIESTA CAER CON UN FAMILIAR DE UNA ALTURA DE APROXIMADAMENTE 70 CM CAUSANDOLE TRAUMA M.I.D TOBILLO POR TAL MOTIVO SE BAJA EN SILLA DE RUEDAS A ENFERMERIA PARA MAYOR REVISIÓN HACIENDOLE VENDAJE DE MIEMBRO AFECTADO Y TOMA DE SIGNOS VITALES, POSTERIORMENTE SALE DE ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE SU PAREJA POR MEDIOS PROPIOS CONSCIENTE Y ORIENTADA

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.

X

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: Eduardo Enrique Martinez Rios

Res. Sab - 13 - 2022002022

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: 10-09-2024 HORA: 13:00

NOMBRES: MARIA FERNANDA APELLIDOS: SUAREZ DIAZ

SEXO: M X ID: PA4675617 ENTIDAD: EDAD: 51

DIAGNOSTICO:

Golpe De Calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: RAUL APELLIDOS: STA MARIA

ID: PAJ865034 TEL: PARENTESCO: Esposo

EXAMEN FISICO

FC: 101 T/A: 124/77 FR: TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 97

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Se Hace Atención Prehospitalaria En El Area De Bosete De Paciente Femenino Mayor De Edad De 51 Años Quien Se Encuentra Descompensada Por Golpe De Calor Se Traslada En Silla De Ruedas Hacia Enfermeria Donde Se Atiende Y Se Toman Signos Vitales Se Deja En Reposo Hasta Su Reestablecimiento Luego Se Moviliza Por Medios Propios En Compañia De Su Esposo Consciente Y Orientada

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:

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: 10-09-2024 HORA: 9:36

NOMBRES: JAINELIS SOFIA APELLIDOS: CABALLERO BALLESTERO

SEXO: M X ID: 1.437.221.017 ENTIDAD: EDAD: 12

DIAGNOSTICO:

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: MARIA E. DIAZ MARTELO APELLIDOS: DIAZ MARTELO

ID: 22949440 TEL: PARENTESCO: PROFESORA

EXAMEN FISICO

FC: 87 T/A: 97/61 FR: TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 97

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MENOR DE EDAD DE 12 AÑOS QUIEN ACUDE A ENFERMERIA EN COMPAÑIA DE SU MAESTRA LA CUAL MANIFIESTA QUE LA NIÑA SE SIENTE EN MAREO Y HIZO UN VOMITO SE PROCEDE A SER TOMA DE SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRIA SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA QUE SE DESTAJRA Y SE MARCHA POR MEDIOS PROPIOS EN COMPAÑIA DE SU PROFESORA CONSCIENTE Y ORIENTADA

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

x Maria E Diaz M.

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: X MEJORO: DESCOMPENSO: FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: