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: 2024/12/16 Hora de Impresión: 09:06 a. m.

COMPROBANTE DE EGRESOS No: 01-0000015264 **Fecha : 2024/12/16**

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. 829441

Cuenta	Aux/Cco/Ter/Cli/Prov	Descripción	Débito	Crédito
2401010102	900927441	FA 829441 2024/12/31	25,160,350.00	0.00
1110060107	900927441	TRF 16122024 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.#

BBVA

REPORTE DE PAGO

Generador de pagos Plan B

Identificación	Beneficiario	Importe	Fp	Banco	Tc	NoCuenta	Fecha Limite AAAA	MM	DD	Concepto1	E-mail
811009788	DISTRACOM S.A	$1,955,120.00	1	0013	01	559106273	0000	00	00	FT 365682	
804000044	DELTHAC 1 SEGURIDAD LTDA	$396,733,109.00	1	0032	01	21500274625	0000	00	00	FT 8123	
901054612	GRUPO CONSERVAR SAS	$57,622,531.00	1	0019	01	9291005710	0000	00	00	FT 179 FT178	
860007386	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	$43,923,600.00	1	0001	01	051004208	0000	00	00	FT 1717887	
45512481	YARA ELENA DEL RIO MARRUGO	$649,666.00	1	0007	02	78643984953	0000	00	00	DEVOLUCION	
900927441	IPS MEDICINA AMBULATORIA	$25,160,350.00	1	0001	01	096164629	0000	00	00	FT829441	

326.044.376

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

ORDEN DE PAGO

ESTADO : APROBADO

SECCION PRINCIPAL :

UNIDAD EJECUTORA :

Consecutivo OPP: 19,949

Vigencia : 2024

Número : 39-0000012676

VIGENCIA ACTUAL

Fecha Orden Pago : 2024/12/13
Pagado a : I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.
Nit : 900927441
Descripcion : FT# 829441 PRESTACIÓN DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO DE AMBULANCIA
Entradas : 24-0000012468

Entrada 24 - 0000012468. Factura 829441

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
2407220101	ESTAMPILLAS PARA LA JUSTICA FAMILIAR2% FA 829441	0.00	540,246.00
2436280101	RET ICA POR SERVICIOS 8,56 X 1000 FA 829441	0.00	231,225.00
2436050102	SERVICIOS GRAL P. JURIDICA FA 829441	0.00	1,080,493.00
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

Contabilidad

Administrativo y Financiero

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
Ordenador del Gasto

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN

CONTRATISTA	I.P.S MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA I.P.S MADSS		
FECHA DEL CONTRATO	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 829441**		

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-829441 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

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 829441

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 .: 2/12/2024 **EGRESO**.: 2/12/2024 **EDAD**.: 24

FECHA FACTURA .: 02.dic./2024
FECHA VENCIMIENTO.: 01.ene./2025
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000016799
AUTORIZACION.:OCTUBRE - NOVIEMBRE

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 OCTUBRE AL 26 DE NOVIEMBRE DEL 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

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 octubre al 26 de noviembre 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	3/11/2024	JESUS D. ESCUDERO FLORES	16075069	CASTILLO SAN FELIPE
2	3/11/2024	MARIA YEPES MACIAS	1203096613	CASTILLO SAN FELIPE
3	4/11/2024	CARMEN CERROLAZA	PAN33674	CASTILLO SAN FELIPE
4	7/11/2024	LEANDRO DA SILVA CORDEIRO	026678041-55	CASTILLO SAN FELIPE
5	10/11/2024	KAROLAY ALBA DORIAN	1143401024	CASTILLO SAN FELIPE
6	11/11/2024	SORAYA NOHEMI GUERRA	124385049	CASTILLO SAN FELIPE
7	12/11/2024	ANDRES MOISES LOZANO	30153727	CLINICA BARU
8	12/11/2024	YURI AMANDA CASTELLAR	1143363676	CLINICA BARU
9	18/11/2024	TERRI SARA ABOFKY		CASTILLO SAN FELIPE
10	21/11/2024	SOCORRO ORTIZ DE BURBANO	41100141	CASTILLO SAN FELIPE
11	22/11/2024	NAHOMI ANDRADE RAMON		CASTILLO SAN FELIPE
12	22/11/2024	JUAN CARLOS DE LA HOZ BERNAL	73160839	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/11/2024	YESICA PAOLA VARGAS PAJARO	1050967825	CASTILLO SAN FELIPE
14	24/11/2024	LOIDA ESTHER PAVA CORDOBA	1043294673	CASTILLO SAN FELIPE
15	25/11/2024	ALBEIRO DE JESUS ARBOLEDA VALENCIA	16474924	CASTILLO SAN FELIPE
16	26/11/2024	PATRICIA VARGAS NIETO	41101726	CASTILLO SAN FELIPE
17	26/11/2024	NICOLE SORIANO ORTIZ	N3773185	CASTILLO SAN FELIPE
18	26/11/2024	MARIA ISABEL CHANONA FERRER	CAF51018MCSHRS	CASTILLO SAN FELIPE
19	26/11/2024	ELENIS CECILIA ZARATE CARO	1043982664	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:





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 (19)	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	$ 81.036.942
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA HASTA LA FECHA	$ 54.024.628
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA EN ESTA CUENTA	$ 27.012.314



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900927441	9	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 42 H N 84B - 93	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3244148794	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1044403665	9477203576	E	2024/11/13	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	$20,373,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (46 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (10 Afiliados)																																
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (10 Afiliados)																																
1	CC	1098762525	DAZA EBRAHIM RAFAEL ANTONIO											X								23030 1	2	EPS010	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
2	CC	1007280092	HERNANDEZ PEREZ DAYSON DE JESUS											X								23030 1	2	EPS002	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
3	CC	32783181	HERNANDEZ VILORIA MONICA ESTHER													X						25-14	2	EPS005	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
4	CC	1140874095	LOPEZ BRAVO JORGE											X								23100 1	2	EPS010	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
5	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO										X									23030 1	1	EPS002	1	CCF05	1	14-11	1	0.000%	1	SI
6	CC	1090402943	MARIN MELO MARIO ERNESTO											X								23030 1	1	EPS002	1	CCF05	1	14-11	1	0.000%	1	SI
7	CC	1042463096	MARTINEZ BARRIOS ARIEL NAISEL											X								23030 1	2	EPS002	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
8	CC	8734272	ORTIZ OLIVARES NORMAN DE JESUS										X									25-14	1	EPS017	1	CCF05	1	14-11	1	0.000%	1	SI
9	CC	1046813912	REDONDO MORANTES RAFAEL AUGUSTO										X									23030 1	1	EPS037	1	CCF05	1	14-11	1	0.000%	1	SI
10	CC	1046813912	REDONDO MORANTES RAFAEL AUGUSTO											X								23030 1	2	EPS037	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
11	CC	1069501942	SANCHEZ ORTEGA LUIS EDUARDO											X								23030 1	2	EPS005	2	CCF05	2	14-11	2	0.000%	2	SI
12	CC	1129486837	ZUBIRIA ALDANA RAMON EMIRO										X									23030 1	1	EPS002	1	CCF05	1	14-11	1	0.000%	1	SI

2024/11/2

| Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (19 Afiliados) | | |

| Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (27 Afiliados) | | |

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900927441	9	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 42 H N 84B - 93	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3244148794	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1044403665	9477203576	E	2024/11/13	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	$20,373,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				43	$11,786,000	$0	$0	$11,786,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$617,300	$0	$0	$617,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,021,600	$0	$0	$1,021,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	34	$9,347,700	$0	$0	$9,347,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$799,400	$0	$0	$799,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				46	$2,259,900	$0	$0	$2,259,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	46	$2,259,900	$0	$0	$2,259,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$3,084,000	$0	$0	$3,084,000
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	45	$3,084,000	$0	$0	$3,084,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				46	$3,243,300	$0	$0	$3,243,300
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$149,300	$0	$0	$149,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$149,100	$0	$0	$149,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	16	$1,289,700	$0	$0	$1,289,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$209,400	$0	$0	$209,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	2	$129,500	$0	$0	$129,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$99,600	$0	$0	$99,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	11	$712,300	$0	$0	$712,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$504,400	$0	$0	$504,400
TOTAL				46	$20,373,200	$0	$0	$20,373,200

2024/11/2

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 dos (2) días del mes de diciembre 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

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

Z D 9 A 7 B F B E 0 A B 2 3 D Z

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 20 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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

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

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 octubre al 26 de noviembre 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	3/11/2024	JESUS D. ESCUDERO FLORES	16075069	CASTILLO SAN FELIPE
2	3/11/2024	MARIA YEPES MACIAS	1203096613	CASTILLO SAN FELIPE
3	4/11/2024	CARMEN CERROLAZA	PAN33674	CASTILLO SAN FELIPE
4	7/11/2024	LEANDRO DA SILVA CORDEIRO	026678041-55	CASTILLO SAN FELIPE
5	10/11/2024	KAROLAY ALBA DORIAN	1143401024	CASTILLO SAN FELIPE
6	11/11/2024	SORAYA NOHEMI GUERRA	124385049	CASTILLO SAN FELIPE
7	12/11/2024	ANDRES MOISES LOZANO	30153727	CLINICA BARU
8	12/11/2024	YURI AMANDA CASTELLAR	1143363676	CLINICA BARU
9	18/11/2024	TERRI SARA ABOFKY		CASTILLO SAN FELIPE
10	21/11/2024	SOCORRO ORTIZ DE BURBANO	41100141	CASTILLO SAN FELIPE
11	22/11/2024	NAHOMI ANDRADE RAMON		CASTILLO SAN FELIPE
12	22/11/2024	JUAN CARLOS DE LA HOZ BERNAL	73160839	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/11/2024	YESICA PAOLA VARGAS PAJARO	1050967825	CASTILLO SAN FELIPE
14	24/11/2024	LOIDA ESTHER PAVA CORDOBA	1043294673	CASTILLO SAN FELIPE
15	25/11/2024	ALBEIRO DE JESUS ARBOLEDA VALENCIA	16474924	CASTILLO SAN FELIPE
16	26/11/2024	PATRICIA VARGAS NIETO	41101726	CASTILLO SAN FELIPE
17	26/11/2024	NICOLE SORIANO ORTIZ	N3773185	CASTILLO SAN FELIPE
18	26/11/2024	MARIA ISABEL CHANONA FERRER	CAF51018MCSHRS	CASTILLO SAN FELIPE
19	26/11/2024	ELENIS CECILIA ZARATE CARO	1043982664	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	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: 25-11-2024			HORA: 11.10		
NOMBRES: Albeiro de Jesus Arboleda			APELLIDOS:		
SEXO: M X F	ID: 16474924	ENTIDAD: Salud Total.		EDAD: 65	

DIAGNOSTICO:

Desvanecimiento (Golpe de Calor).

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Luz elena		APELLIDOS: Berio Zapata.	
ID: 43008407	TEL: 3016379109	PARENTESCO: Esposa.	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 112/90	FR:	TEMP: 35	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ala Hora Ingresa Paciente Masculino mayor de edad al cual Sufre Desvanecimiento y manifiesta Tener Dificultad para Respirar, se procede A tomar Signos vitales y estabilizar en la enfermeria se le dan indicaciones y se hidrata, 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

A. Olivero

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: 26-11-2024				HORA: 10:15	
NOMBRES: PATRICIA				APELLIDOS: VALDEZ ALLETO	
SEXO:	M	F	ID: 41101726	ENTIDAD:	EDAD: 40 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TENSIÓN ALTA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: WILMER		APELLIDOS: HALA MAYA	
ID: 0266750 578	TEL: 312-2750111	PARENTESCO: ESPOSO	

EXAMEN FISICO

FC: 84	T/A: 120/84	FR: 18	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 99

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE EN EL AREA DE REANIMACIÓN PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD 40 AÑOS QUIEN SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE ENCUENTRA CON TENSIÓN ARTERIAL ALTA SE HACE MANIOBRAS Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA SU RECUPERACIÓN DONDE SE MANCHA 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

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: 26/11/2024 | HORA: 11:34

NOMBRES: NICOLE | APELLIDOS: SORIANO ORTIZ

SEXO: M [X] | ID: N3773495 | ENTIDAD: | EDAD: 21 AÑOS

DIAGNOSTICO:

GOLPE DE CALOR

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: HANJU | APELLIDOS: CEDEÑO

ID: 66236056 | TEL: 3126432344 | PARENTESCO: AMIGAS

EXAMEN FISICO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2:
88	109/72	18		15	98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD 21 AÑOS QUIEN SE DESCOMPENSA EN EL AREA DE MAGISTRAL Y LA TRASLADAMOS A ENFERMERIA DONDE SE HACE NUEVAMENTE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN QUIEN TRAS RECUPERARSE SE MANCHA EN COMPAÑIA DE UNA AMIGA 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

Nanju Cedeño Lima

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:
	X		

RESPONSABLE DE LA ATENCION

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: 26-11-2024		HORA: 12:00	
NOMBRES: MARIA ISABEL		APELLIDOS: CHAVARRO FARFAN	
SEXO: M X	ID: 1075310	ENTIDAD:	EDAD: 73 AÑOS

DIAGNOSTICO:

GOLPE DE CALOR

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2:
97	153 / 78	07	36	15	98

ANTECEDENTES:

HIPERTENSA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD 73 AÑOS QUIEN INGRESA CON MAREO Y NAUSEAS SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN TRAS SU RECUPERACIÓN SE HACHA COMPAÑIA DE LA GUIA 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: X	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: 26-11-2024				HORA: 14:15	
NOMBRES: JENIS CECILIA				APELLIDOS: ZARATE CANO	
SEXO:	M	F	ID: 1043982664	ENTIDAD: SALUD TOTAL	EDAD: 32

DIAGNOSTICO:

CEFALEA ASOCIADA A MIGRAÑA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 97	T/A: 112/76	FR: 18	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 97

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD 32 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON FUERTE DOLOR DE CABEZA SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN TRAS SU RECUPERACIÓN SE MARCHA A SU SITIO DE LABORES CONSCIENTE Y ORIENTADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

X

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

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TR SLADO

ESTABLE:	MEJORO: X	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO:

AMADSS
SALUD A TU ALCANCE

REGISTRO DE PACIENTE MEN

MOVIL 8 | MES 11 | AÑO 22

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFE		
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIM DESI SE TER
03/11	Jesus D. Escudero Flores	1607 5069	Vertigo		/	/	
03/11	Maria Yepes Macias	1205096613	Diabetes Alta		/	/	
04/11	Carmen Cerrolaza	PAN33674	Mareo		/	/	/
07/11	Leandro Da silva	026675091-55	Golpe de calor		/	/	/
10/11	Farolay Alba Dorian	7743407024	Dolor Abdominal		/	/	/
11/11	Soraya Noemi Guerra	1243 85 049	Caida		/	/	
12/11	Andres moises lozano	30.753 727	Trauma		/	/	
13/11	Yuri Amanda Castellar	1.743363676	Trauma		/	/	
15/11	Terri Sara ABOFay				/	/	
21/11	Soraya Ortiz De Buelvas	41100141	Tension Alta		/	/	
22/11	Nathali Hidalgo Ramon		Temperatura Alta		/	/	
22/11	Juan Carlos De la Hoz Bossa	73160839	Mareo		/	/	
22/11	Yesica P. Vargas Pajaro	1050967825	Dolor de Cabeza		/	/	
24/11	Elodia Pavo	1043294673	Descompensacion		/	/	
25/11	Alberto de Jesus	7647492 4	Golpe de calor		/	/	
26/11	Patricia Vargas Nieto	41101726	Golpe de calor		/	/	
26/11	Nicole Sorieso	NJ3773485	Golpe de calor		/	/	
26/11	Maria I. Chandona Ferrer	CAFS101BMCSHRS	Golpe de calor		/	/	
26/11	Yenis Parate	1043982664	Referida Urgencia		/	/	

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: 24-11-2024				HORA: 11:49		
NOMBRES: Loida Rosa				APELLIDOS: Cordoba		
SEXO:	M	X	ID: 1043294673	ENTIDAD: Coosalud		EDAD: 57
DIAGNOSTICO:						

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 126/75	FR:	TEMP: 35	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente A Area de enfermeria Femenina Mayor de edad el cual manifiesta sentirse mareada y Sufre Desmayo, se Procede a Tomarce Signos Vitales y Dejarse en Reposo Paciente manifiesta sentirse un poco 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

Loida Rosa

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: X	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: 22/11/2024 HORA: 11:16

NOMBRES: NAHOMI APELLIDOS: ANDRADE RAMON

SEXO: M F ID: ENTIDAD: EDAD: 9 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TEMPERATURA ALTA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: KATI APELLIDOS: ANDRADE

ID: 0301639717 TEL: 0984973436 PARENTESCO: T.A

EXAMEN FISICO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2:
130	105/67	16	99.7	15	97

ANTECEDENTES:

NIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MENOR DE EDAD DE 9 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON TEMPERATURA ALTA SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA QUE SE RESTABLECE UN POCO SE MARCHA EN COMPAÑIA DE FAMILIARES RESPONSABLES CON RECOMENDACIONES 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

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 Enriquez

Sab - 11 - 20

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: 22/III/2024		HORA: 11:35	
NOMBRES: JUAN CARLOS		APELLIDOS: DE LA HOZ BENJAL	
SEXO: M / F	ID: 73160839	ENTIDAD: SALUD TOTAL	EDAD: 51 AÑOS

DIAGNOSTICO:
TEMPERATURA ALTA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 83	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	S02: 97

ANTECEDENTES:
NIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD DE 51 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERÍA CON MAREO SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA QUE SE RESTABLESE Y REGRESA A LABORES CONSCIENTE

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 Enrique Martínez Ríos
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: 22/11/2024		HORA:	
NOMBRES: JESICA PAOLA		APELLIDOS: VARGAS PAJARO	
SEXO: M F	ID: 1050967825	ENTIDAD: SALUD TOTAL	EDAD: 29 AÑOS

DIAGNOSTICO:

CEFALEA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	S02:

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINA MAYOR DE EDAD DE 29 AÑOS QUIEN MANIFIESTA DOLOR DE CABEZA SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES SE DEJA EN REPOSO HASTA SU RESTABLECIMIENTO SE MARCHA 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.

Jesica Paola Vargas 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:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Eduardo Enrique Martinez Rios
Reg. Sab - 13 - 2022002073
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: 03-11-2024				HORA: 2:03	
NOMBRES: JESUS DANIEL				APELLIDOS: ESCUDERO FLOREZ	
SEXO: M	F	ID: 1007506969	ENTIDAD:		EDAD: 31 AÑOS
DIAGNOSTICO: VERTIGO					

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 91	T/A: 130/79	FR: 18	TEMP: 36	GLASGOW: 99	SO2: 99

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD DE 31 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON CUADRO CLINICO DE AOX 2 HORAS DE MAREOS Y NAUSEAS POR TAL MOTIVO ES ATENDIDO POR PARAMEDICOS EN TURNO HACIENDO TOMA DE SIGNOS VITAL Y GLUCOMETRIA JUEGO SE MANCHA POR MEDIOS PROPIOS CONSCIENTE Y ORIENTADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

FIRMA Y DOCUMENTO

X

ME NIEGO A RECIBIR ATENCION, SIENDO INFORMADO DE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS Y CORRIENDO CO[illegible] LOS RIESGOS BAJO MI RESPONSABILIDAD. FIRMO DECLARANDO QUE ME ENCUENTRO EN PLENO USO Y RAZON DE MIS FACULTADE[illegible]MENTALES. FIRMA Y DOCUMENTO

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	ALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

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: 03-11-2024		HORA: 3:10	
NOMBRES: MARIA		APELLIDOS: VELEZ MACIAS	
SEXO: M F	ID: 1203096613	ENTIDAD:	EDAD: 52 AÑOS

DIAGNOSTICO:

DIABETES SEGUNDA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 130/76	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

DIABETICA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 52 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA POR FALTA DE OXIGENO SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRIA LUEGO SE MANCHA CONSCIENTE Y CALIENTADA

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: X	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: 04 · 11 · 2024			HORA: 08:39		
NOMBRES: Carmen			APELLIDOS: GRANADA		
SEXO: M	ID: PAN 33675	ENTIDAD:		EDAD: 24	

DIAGNOSTICO:

Mareo + Salida de emesis

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: WCA		APELLIDOS: DURBAN	
ID: 7628575	TEL: 3167401322	PARENTESCO: AMIGA	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 105/65	FR:	TEMP: 35.7	GLASGOW:	SO2: 94

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente al Area de enfermeria de sexo Femenino mayor de edad el cual manifiesta sentirse mareada y ganas de vomitar, se Toman signos vitales y se deja en Reposo, Paciente Tiene salida de emesis, se deja en Reposo y manifiesta sentirse un poco 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 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: 07-11-2024					HORA: 10:10		
NOMBRES: Leandro Da Silva					APELLIDOS: Cordeiro		
SEXO:	M	F	ID:	ENTIDAD: 026678041-55		EDAD:	30

DIAGNOSTICO: Golpe de Calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Maria Luiza		APELLIDOS: Borges	
ID: 5432441	TEL: +5567982409	PARENTESCO: novio	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 130/70	FR:	TEMP: 35	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente femenina de 36 Años Manifiesto Sentirse Con Mareo y Nauseas, Se le Toman Signos Vitales y Se deja en Reposo dandole Como recomendación la hidratación., Paciente Evoluciona Satisfactoriamente. y Se Marcha para Continuar Su recorrido por las Instalaciones.

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 ENFERMERÍA 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: X	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: 10-11-2024				HORA: 14:29	
NOMBRES: Karolay				APELLIDOS: Alba Dorian	
SEXO:	M	X	ID: 1.143401024	ENTIDAD:	EDAD: 27

DIAGNOSTICO:

Dolor Abdominal

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 111/67	FR:	TEMP: 35	GLASGOW: 15/15	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente al Area de enfermeria de sexo Femenino mayor de edad guarda de seguridad del castillo el cual manifiesta Tener dolor abdominal, se Toman signos Vitales y se deja en Reposo, Paciente se marcha a Sentirce mejor 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: Edw 1OP02

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: 11-11-2024 HORA: 16:40

NOMBRES: Soraya Noemi APELLIDOS: Guerra Salazar

SEXO: M X ID: 724385049 ENTIDAD: EDAD: 40

DIAGNOSTICO:

Caida de su Propia Altura + esguince

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: T/A: 139 / 80 FR: TEMP: 35 GLASGOW: SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino Mayor de edad Ingresa al Area de enfermeria, el Cual manifiesta Tener caida de su Propia Altura Causandose Trauma en miembro superior derecha y Causandose esguince grado 1° en miembro inferior Izquierda, Se le Rediga Vendaje en miembro inferior Izquierda, 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: X	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Alan 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 12-11-2024 | ENTIDAD: | PLACA ULN 52F

NOMBRES YuRy AManda CasTellar

SEXO M F X | ID: 1.141363676 | TELEFONO: 3226611377 | EDAD: 32

DIAGNOSTICO Accidente de Transito-Trauma en Caderas

INFECTADO: SI | NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES Ingri Cabarca CasTelar | APELLIDOS:

ID 45538906 TEL: | PARENTESCO: Prima

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO
ORIGEN 1: CastiLLo la Fdipe	12:20	12:25	BASICO: X MED: NEONAT:
DESTINO 2: Clinica de Bacu		12:55	TIPO DE SERVICIO
DESTINO 3			SIMPLE: DOBLE: INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A 130/70 | FC: | FR: | TEMP: 35 | GLASGOW: | SO2: 95

ANTECEDENTES: niega

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Ingrid Cabarcas CasTellar
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de Sexo Femenino mayor de edad Victima de Accidente de Transito en calidad de Parrillera Refiere que se movilizaba en la moto Cuando un carro Callo los in Reta Al Caer Al Pavimento Recibe multiple Traumas, Se Traslada a centro de salud para valoracion medica, Queda paciente en clinica de Bacu vivo bajo observacion medica y Personal de enfermeria 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: | 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 COMPAÑIA EN GENERAL. FIRMA Y DOCUMENTO

Yo Ingrid Cabarcas Castellar

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

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: 12-29-2024				ENTIDAD:		PLACA:	
NOMBRES: Andres Moises Lozano Madrid							
SEXO	M X	F	ID: 30.753727	TELEFONO: 321851		EDAD: 21	
DIAGNOSTICO: Trauma en miembro inferiores + zona lumbar							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	12:20	12:25	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Clinica Baru	12:55		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 128/70	FC:	FR:	TEMP: 35	GLASGOW:	SO2: 95

ANTECEDENTES:

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Andres Moises
FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Masculino mayor de edad el cual manifiesta movilizarce en la moto cuando fue impactada por un carro al caer al pavimento recibe multiples trauma, se traslada a centro de salud para valoracion medica. queda paciente en clinica de Baru bajo observacion medica y personal de enfermeria

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE: X	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

+ Andres Moises Lozano Madrid..

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 General
C.C. 1067937834
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: 18-11-2024			ENTIDAD:		PLACA:		
NOMBRES: Terri Carol Bofky							
SEXO:	M	F X	ID:	TELEFONO:	EDAD: 69		
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	12:39		BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2:			TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 165 / 70	FC:	FR:	TEMP: 35	GLASGOW:	SO2: 93
ANTECEDENTES:					

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

FIRMA DEL MEDICO QUIEN ENTREGA /ENFERMERA JEFE

Terri Bofsky

FIRMA DEL PACIENTE / ACOMPAÑANTE

OBSERVACIONES - MOTIVO DE TRASLADO Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenino mayor de edad Ingresa A Area de enfermeria el Cual Manifiesta sentirse con Fatiga y mareada, se le evidencia laceracion en Miembro Inferior Derecho, se procede a Tomarle Signo Vitales y Curar la herida, se deja en Reposo y 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

X

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 21-11-2024 HORA: 16:40

NOMBRES: SOCORRO NOHEMI APELLIDOS: ORTIZ DE BURBANO

SEXO: M F X ID: 41100141 ENTIDAD: COMPENSAR EDAD: 74 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TENSIÓN ALTA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: LUZ MARINA APELLIDOS: OTERO ROIZ

ID: 52621709 TEL: 3208805951 PARENTESCO: AHIJADA

EXAMEN FISICO

FC: 87 T/A: 160 110 FR: 20 TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 95

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 74 AÑOS QUIEN MANIFIESTA QUE LE FALTABA EL AIRE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN Y ASMA SE ATIENDE EN EL AREA DE SAN CARLOS Y SE TRASLADA A ENFERMERIA DONDE SE HACEN MANIOBRAS Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN HASTA SU RESTABLECIMIENTO SE MARCHA EN COMPAÑIA DE 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.

Carlos Diaz

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

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

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:

