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)		
VALOR DEL OTRO SI	Cincuenta y seis Millones Setecientos Mil Pesos M/TE$ 56.700.000		
PLAZO DE JECUCION	Hasta el 31/12/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOSCIENTOS CINCO CON DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE MILLONÉSIMOS ($ 205.267.727)		
PLAZO EJECUCION OTRO SI	Hasta el 28 de Febrero 2025		
NATURALEZA DEL CONTRATISTA	Persona Jurídica		
PÓLIZAS DEL CONTRATO	**53-44-101032799** **53-44-101033031** **53-44-101033031**	**FECHA DE APROBACIÓN**	10/07/2024 23/07/2024 31/12/2024
FECHA DE INICIO	26/07/2024		
MES A PAGAR	**FACTURA No.MAD831506**		

CERTIFICADOS	NUMERO	FECHA	VALOR
DISPONIBILIDAD	204	2024/05/29	$ 159.250.000.00
DISPONIBILIDAD	006	2025/01/02	$ 56.700.000
REGISTRO	380	2024/07/22	$ 148.567.727.00
REGISTRO	006	2025/01/02	$ 56.700.000

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-831506 correspondiente al servicio de ambulancia en sitio del 01 de enero al 31 de enero, por valor de **VEINTISIETE MILLONES DOCE MIL TRESCIENTOS 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 28 de febrero de 2025

PRÓRROGAS: SI: x NO:

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
53.44.101033031 de 31 de diciembre de 2024

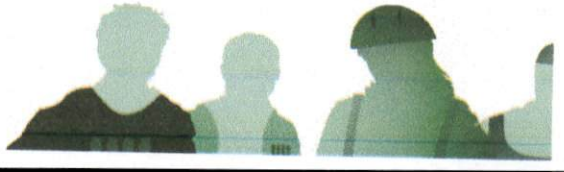
ADICIONES: SI: X NO:

VALOR ADICIONAL: CINCUENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/TE $ 56.700.000

VALOR TOTAL: CIEDOSCIETOS CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($ 205.267.727)

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 01 de Enero al 31 de Enero del 2025, 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	2/01/2025	MARIA JOSE ARIAS DIAZ	1071789557	CASTILLO SAN FELIPE
19	4/01/2025	YENIFER CONEO MIRANDA	1148692770	CASTILLO SAN FELIPE
2	6/01/2025	NAIARA NADER	AA1393623	CASTILLO SAN FELIPE
3	8/01/2025	ZULMA PINTO PATARROYO	63556271	CASTILLO SAN FELIPE
4	8/01/2025	ALBERTO ENRRIQUE MATOS SALAS	9146986	CASTILLO SAN FELIPE
5	8/01/2025	ANDRES FELIPE ZAPATA DUEÑAS	9997642	CASTILLO SAN FELIPE
14	9/01/2025	MARIA EVELIN RODRIGUEZ	0781679	HOSPITAL DE BOCAGRANDE
6	13/01/2025	JUAN CARLOS GONZALEZ	73575626	CASTILLO SAN FELIPE
7	13/01/2025	MARIANA ARGUEDAS CACERES	872199074	CASTILLO SAN FELIPE
8	14/01/2025	AMY MADAY MARTINEZ		CASTILLO SAN FELIPE
9	16/01/2025	MARIA DEL CARMEN CASTAÑO RIOS	32456063	CASTILLO SAN FELIPE
10	18/01/2025	SHINGUANGLI	L000765009709	CASTILLO SAN FELIPE
11	22/01/2025	CHRISTIAN JOSE GAMBOA CASTRO	116570971	CASTILLO SAN FELIPE
12	22/01/2025	SUELI MARINS DE OLIVERA	2013492174	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/01/2025	FATIMA ANAELSY POLANCO RODRIGUEZ		CASTILLO SAN FELIPE
15	26/01/2025	GERALD REDONDO HIDALGO	305960914	CASTILLO SAN FELIPE
16	26/01/2025	CECILIA VARGAS JAIME	37832650	CASTILLO SAN FELIPE
17	26/01/2025	MARIA VIRGELINA RIOS PEÑA	24570420	CASTILLO SAN FELIPE
18	29/01/2025	MATIAS SUAREZ MARIA	1014880473	CASTILLO SAN FELIPE
20	31/01/2025	SHARON DE LOS ANGELES DELGADO JARQUIN	207540304	CASTILLO SAN FELIPE

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

Aportar evidencias:

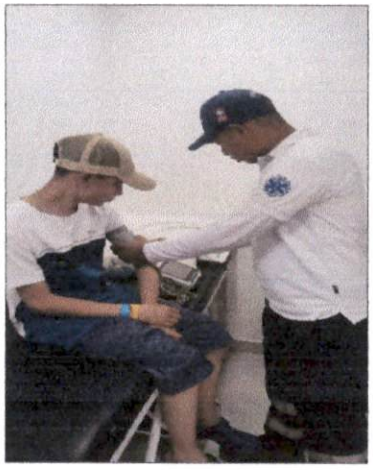
Se aporta como evidencias fotos de la atención de visitantes y personal vinculado y de los paramédicos en sus actividades:



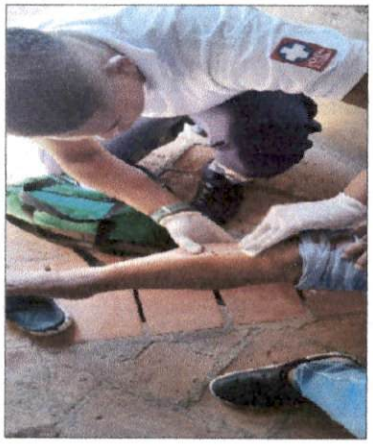
Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

INFORME DE SUPERVISIÓN







Personal en Actividad:




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 (20)	1		$ 27.012.314
		Subtotal	$ 27.012.314
		AIU 10%	0
		IVA 19% AIU	0
		TOTAL	**$** 27.012.314

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 205.267.727
VALOR TOTAL EJECUTADO HASTA LA FECHA	$ 139.563.623
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA HASTA LA FECHA	$ 139.563.623
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: 04 de febrero de 2025

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:



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 831506

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 .: 3/02/2025 **EGRESO.**: 3/02/2025 **EDAD.**: 25

FECHA FACTURA .: 03.feb./2025
FECHA VENCIMIENTO.: 05.mar./2025
TIPO.: EMPRESAS
POLIZA .:
EVENTO N° .: 000018955
AUTORIZACION.:1 - 31 DE ENERO

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 01 AL 31 DE ENERO DEL 2025

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

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

REGISTRO DE COMPROMISOS

aaaa/mm/dd **No. 32 2500000006**

Fecha Expedición : 2025/01/02

Dcto. Relacionado : C.D.P No. 29-2500000006

Unidad :
Ordenador del Gasto : SANDRA PAOLA SCHMABALCH PEREZ
Objeto :PRESTACIÓN DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO DE AMBULANCIA EN SITIO

Proveedor : 900927441 I.P.S.MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.

El suscrito Jefe de Presupuesto

CERTIFICA

Que en el (los) siguiente(s) rubro(s), del presupuesto de gastos de :
FUNCIONAMIENTO X _INVERSION , para la vigencia fiscal de 2025
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	2/01/2025	56,700,000
				TOTALES	56,700,000

Para un Total de:
56,700,000

CINCUENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE

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

Vencimiento	VrCuota
31/12/2025	56,700,000

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ
DIRECTORA GENERAL

Escuela Taller
Cartagena de Indias

ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

aaaa/mm/dd

Fecha Expedición : 2025/01/02 **No. 29 2500000006**

Fecha Vencimiento : 2025/12/31 **APROBADO**

Fecha Prorroga : 2025/12/31

Ordenador del Gasto: : SANDRA PAOLA SCHMABALCH PEREZ

Objeto : PRESTACIÓN DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO DE AMBULANCIA EN SITIO

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 2025
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	2/01/2025	56,700,000
				TOTALES	56,700,000

Para un Total de:

56,700,000 **CINCUENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE**

Observaciones :

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

SANDRA PAOLA SCHMALBACH PEREZ

DIRECTORA GENERAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101033031	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2024	24	07	2024	00:00	28	02	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito CA COMFAORIENTE

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******38,452.00	$ *******8,000.00	$ *******8,825.00	$ **********55,278.00	$ *******92,370,477.15	CONTADO

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

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

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

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101580155511 1(3900)000000055278(96)20250724

REFERENCIA PAGO: 1101580155511-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101033031	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2024	24	07	2024	00:00	28	02	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

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

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

53-44-101033031

FIRMA AUTORIZADA: José Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101033031	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2024	24	07	2024	00:00	28	02	2028	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO EN RELACION A PRESTACION DE SERVICIO PERMANENTE DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO DE
AMBULANCIA EN SITIO PARA LA ATENCION DE VISITANTES, CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DEL CASTILLO DE SAN FELIPE DE BARAJAS EN VIRTUD DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVODE COMODATO NO. 2628 DE 17 DE MAYO DE 2024, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE LASCULTURAS, LAS ARTES Y LOS SABERES Y LA ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS. CONTRATO No. SAMC-005- 2024.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/07/2024	30/06/2025	$41,053,545.40	$41,053,545.40
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	24/07/2024	28/02/2028	$10,263,386.35	$10,263,386.35
CALIDAD DEL SERVICIO	24/07/2024	30/06/2025	$41,053,545.40	$41,053,545.40

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ADICION Y PRORROGA DE VIGENCIA DE ACUERDO A OTROSI No 001 DE FECHA 18 DE DICIEMBRE 2024. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN SIN MODIFICACION ALGUNA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******38,452.00	$ *******8,000.00	$ *******8,825.00	$ **********55,278.00	$ *******92,370,477.15	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
SOC CONSULTORES LTDA	194675	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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

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

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

53-44-101033031

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORTIFICACIONES
CARTAGENA DE INDIAS

OTROSI No 001	
Contrato	**SAMC-005- 2024**
Entidad contratante:	**ESCUELA TALLER CARTAGENA DE INDIAS - ETCAR**
Nit:	**800.169.265-3**
Contratista:	**IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS**
Identificación:	**NIT 900.927.441-9**

La Escuela Taller Cartagena de Indias – ETCAR, establecimiento público descentralizado, adscrito a la Alcaldía del Distrito, creado por Decreto No. 981 de 1992 con NIT 800.169.265-3, representada por **SANDRA PAOLA SCHMALBACH PÉREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.128.052.695 de Cartagena, actuando en nombre de la Escuela Taller Cartagena de Indias, establecimiento público descentralizado, adscrito a la Alcaldía del Distrito, creado por Decreto No. 981 de 1992 con NIT 800.169.265-3, representado en este acto por su Directora, según Decreto 1891 del 09 de diciembre de 2024, facultado para suscribir el presente Otrosí y quien para efectos del presente contrato se denominará LA ETCAR, por una parte y por otra, **IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS**, identificada con **NIT 900.927.441-9**, legalmente representada por **LUIS CARLOS MARTÍNEZ BULA** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 72.291.363 de Barranquilla, acuerdan celebrar el presente otrosí que se regirá por las cláusulas que se definen en este documento, previa las siguientes

CONSIDERACIONES

1.En virtud del contrato interadministrativo de Comodato No. 2628 de 2024 suscrito con el Ministerio de las Culturas, los Artes y los Saberes, la Escuela Taller se obligó a administrar los bienes de interés cultural –BIC- de propiedad de la Nación, con la finalidad de su protección, conservación, mantenimiento, restauración, puesta en valor y divulgación, de tal manera que se resalten los valores, históricos, científicos artísticos y estéticos y se genere apropiación social.

2. Que en cumplimiento del plan de Acción 2024, la Dirección Administrativa formuló los estudios previos del proceso de contratación de Selección Abreviada de Menor Cuantía para seleccionar al contratista que presta el servicio permanente de Transporte Asistencial Básico de ambulancia básica en sitio de 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 Cultura y la Escuela Taller Cartagena de Indias.

3. Que el día 22 de julio de 2024, se suscribió el contrato SAMC-005-2024, celebrado entre la Escuela Taller Cartagena de Indias (ETCAR) y IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARA SU SALUD S.A.S. SIGLA IPS MADSS, identificada con NIT 900.927.441-9, con el objeto de *"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."*

4. Que el valor inicial del contrato fue fijado en *CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($148.567.727)*, incluidos todos los gastos en que deba incurrir el CONTRATISTA para la ejecución del mismo, incluido el IVA y demás impuestos y descuentos a que haya lugar, y su plazo fue establecido hasta el 31 de diciembre de 2024.

5.Que que la operación del Castillo San Felipe de Barajas, bien de interés cultural incluido en el contrato comodato es continua, se da en los 365 días del año, salvo caso fortuito, es necesario garantizar la continuidad del servicio de ambulancia en sitio el cual cubre a todas las personas que se encuentren dentro de sus instalaciones: funcionarios, clientes, proveedores y visitantes en situaciones de emergencia y traslados a los que haya lugar; en las instalaciones del Castillo de San Felipe de Barajas, de lunes a domingo, incluidos festivos en horario de 7:00 am a 7:00 pm, la Dirección General considera indispensable adicionar y prorrogar el Contrato SAMC-005-2024, hasta tanto se surta un nuevo proceso de contratación que garantice la prestación servicio.

6. Que la Dirección General solicitó prorrogar el contrato SAMC-005-2024 desde el 1 de enero hasta el día 28 de febrero de 2025, adicionando al mismo la suma de CINCUENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/TE ($56.700.000,00) a su valor inicial.

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

7. Que La prórroga solicitada fue aprobada por el Comité Directivo de Comodato el día 18 de diciembre de 2024, tal como consta en acta de la misma fecha.
8. Que el presente modificatorio se justifica conforme a los lineamientos establecidos en el artículo 40 de la Ley 80 de 1993 y se sujeta a las disposiciones de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015, demás normas concordantes y complementarias; y se rige por las siguientes:

CLÁUSULAS	
PRIMERA:	**ADICIONAR** a LA CLAUSULA QUINTA VALOR DEL CONTRATO SAMC-005-2024, la suma **CINCUENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/TE ($56.700.000,00)** para un valor total del contrato de **DOSCIENTOS CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEITISIETE PESOS M/CTE ($205.267.727).** PARÁGRAFO PRIMERO: El valor de la presente adición, se encuentra amparado en la resolución 222 de 23 de diciembre de 2024. PARAGRAFO SEGUNDO: la ETCAR cancelará el valor de la presente adición mediante un pago mensual previa presentación de factura y expedición del certificado de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato.
SEGUNDA:	**PLAZO:** Prorróguese el plazo de ejecución del contrato SAMC-005-2024, es decir el tiempo durante el cual el contratista se compromete a ejecutar a entera satisfacción de la Escuela Taller Cartagena de Indias los servicios del contrato, hasta el 28 de febrero de 2025.
TERCERA:	El contratista deberá modificar las garantías de cumplimiento establecidas en la cláusula séptima del contrato SAMC-005-2024 y su minuta electrónica, de acuerdo con los cambios efectuados mediante el presente documento.
CUARTA:	Las demás cláusulas del contrato que no se modifican por este documento, continúan vigentes y son de obligatorio cumplimiento para las partes.

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

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

INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Enero del 2025, 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	2/01/2025	MARIA JOSE ARIAS DIAZ	1071789557	CASTILLO SAN FELIPE
19	4/01/2025	YENIFER CONEO MIRANDA	1148692770	CASTILLO SAN FELIPE
2	6/01/2025	NAIARA NADER	AA1393623	CASTILLO SAN FELIPE
3	8/01/2025	ZULMA PINTO PATARROYO	63556271	CASTILLO SAN FELIPE
4	8/01/2025	ALBERTO ENRRIQUE MATOS SALAS	9146986	CASTILLO SAN FELIPE
5	8/01/2025	ANDRES FELIPE ZAPATA DUEÑAS	9997642	CASTILLO SAN FELIPE
14	9/01/2025	MARIA EVELIN RODRIGUEZ	0781679	HOSPITAL DE BOCAGRANDE
6	13/01/2025	JUAN CARLOS GONZALEZ	73575626	CASTILLO SAN FELIPE
7	13/01/2025	MARIANA ARGUEDAS CACERES	872199074	CASTILLO SAN FELIPE
8	14/01/2025	AMY MADAY MARTINEZ		CASTILLO SAN FELIPE
9	16/01/2025	MARIA DEL CARMEN CASTAÑO RIOS	32456063	CASTILLO SAN FELIPE
10	18/01/2025	SHINGUANGLI	L000765009709	CASTILLO SAN FELIPE
11	22/01/2025	CHRISTIAN JOSE GAMBOA CASTRO	116570971	CASTILLO SAN FELIPE
12	22/01/2025	SUELI MARINS DE OLIVERA	2013492174	CASTILLO SAN FELIPE
13	22/01/2025	FATIMA ANAELSY POLANCO RODRIGUEZ		CASTILLO SAN FELIPE
15	26/01/2025	GERALD REDONDO HIDALGO	305960914	CASTILLO SAN FELIPE
16	26/01/2025	CECILIA VARGAS JAIME	37832650	CASTILLO SAN FELIPE
17	26/01/2025	MARIA VIRGELINA RIOS PEÑA	24570420	CASTILLO SAN FELIPE
18	29/01/2025	MATIAS SUAREZ MARIA	1014880473	CASTILLO SAN FELIPE
20	31/01/2025	SHARON DE LOS ANGELES DELGADO JARQUIN	207540304	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

MOVIL

MES ENERO AÑO 2025

0154

Codigo: MAD-OP-FR-008
Version: 03
Vigente desde: 01/12/2023

FECHA	NOMBRE PACIENTE	IDENTIFICACION	DX	ENTIDAD	AREA DESINFECCIÓN				TIPO DE SERVICIO	AUXILIAR	MEDICO	FIRMA	VERIFICACIÓN
					LIMPIEZA ENTRE PACIENTE Y PACIENTE	LIMPIEZA DIARIA (FINAL DE TURNO)	LIMPIEZA Y DESINFECCION SEMANAL TERMINAL	LIMPIEZA-DESINF DE DOTACION Y DISPOSITIVOS MEDICO					
02/01	Maria Jose Arias Diaz	1071709557	TRAUMA BAJA	SANITA	/	/	/	/	TAB	Eduardo			
06/01	NAIARA NADER	AAI393673	[illegible]		/	/	/	/	TAB	[illegible]			
08/01	Zulma Rubio Patarroyo	63556271	DOLOR DE CABEZA	SANITA	/	/	/	/	TAB	Eduardo			
08/01	ALBERTO E. MATOS SALAS	9146986	DOLOR DE CABEZA	SURA	/	/	/	/	TAB	Eduardo			
08/01	ANDRES F. ZARATA OVEÑAS	9997642	DOLOR DE CABEZA	SURA	/	/	/	/	TAB	Eduardo			
13/01	JUAN CARLOS GONZALEZ	73575626	DOLOR DE CABEZA	COOSALUD	/	/	/	/	TAB	Eduardo			
13/01	MARIANA ALBARRAN CASTRO	87219074	MAREO		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
14/01	AMY MADAY MARTINEZ		VICTIMA		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
16/01	MARIA del Carmen	32456063	Caida		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
16/01	SHINGUEN LI	1007650097709	DOLOR LUMBAR		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
22/01	CHRISTIAN JOSE	1165709771	APOYO DE ZBL		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
23/01	SUELI MARINS	2073492774	DOLOR DE CABEZA		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
23/01	FATIMA ANDSY				/	/	/	/	TAB	Eduardo			
24/01	Maria eulelia	03516179	herida		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
26/01	GERALD RICARDO HIDALGO	305960914	TRAUMA BAJA		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
26/01	CECILIA VARGAS JAIME	37832650	TRAUMA BAJA		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
26/01	MARIA VIRGELINA RIOS PEÑA	24570420	TRAUMA BAJA		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
29/01	MATIAS SUAREZ	1074866473	MAREO		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
29/01	YENITH CONEO	1145692776	MAREO		/	/	/	/	TAB	Eduardo			
31/01	SHARON DELGADO JARAMIN	1075403041	HIPERTENSION ARTERIAL		/	/	/	/	TAB	Eduardo			

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 (03) días del mes de febrero de 2025.

Atentamente,

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

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

aportes en línea

Planilla 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
2024-12	2025-01	11854411984	9480172200	E	2025/01/13	2025/01/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,529,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$11,334,900	$0	$0	$11,334,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$788,900	$0	$0	$788,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,215,700	$0	$0	$1,215,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	31	$8,356,000	$0	$0	$8,356,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$974,300	$0	$0	$974,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				45	$2,040,700	$0	$0	$2,040,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	45	$2,040,700	$0	$0	$2,040,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$3,085,300	$0	$0	$3,085,300
CAJACOPI ATLANTICO	CCF05	890,102,044	1	44	$3,085,300	$0	$0	$3,085,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				45	$3,068,800	$0	$0	$3,068,800
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	2	$150,100	$0	$0	$150,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$140,200	$0	$0	$140,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	17	$1,229,400	$0	$0	$1,229,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$216,600	$0	$0	$216,600
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$187,600	$0	$0	$187,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	11	$679,400	$0	$0	$679,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$465,500	$0	$0	$465,500
TOTAL				45	$19,529,700	$0	$0	$19,529,700

2025/02/03 02:15 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2020202 (26 Afiliados)																							**$39,702,492**	**$6,353,700**			**$41,429,014**	**$1,688,200**			**$42,865,678**	**$1,703,400**			**$41,429,014**		**$1,803,400**		**$0**	**$0**		**$11,518,700**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (26 Afiliados)																							**$39,702,492**	**$6,353,700**			**$41,429,014**	**$1,688,200**			**$42,865,678**	**$1,703,400**			**$41,429,014**		**$1,803,400**		**$0**	**$0**		**$11,518,700**
43	CC	1047434961	ALVARADO DIMAS									X									230301	30	$1,962,175	$314,000	EPS017	30	$1,962,175	$78,500	CCF05	30	$1,962,175	$78,500	14-11	30	$1,962,175	4.350%	$85,400	30	$0	$0	SI	$556,400
44	CC	72328731	AMARIS JOSE									X									230301	30	$1,768,799	$283,100	EPS005	30	$1,768,799	$70,800	CCF05	30	$1,768,799	$70,800	14-11	30	$1,768,799	4.350%	$77,000	30	$0	$0	SI	$501,700
45	CC	11032971	BLANDON DANIEL									X									230301	20	$1,226,996	$196,400	EPS010	20	$1,226,996	$49,100	CCF05	20	$1,920,328	$76,900	14-11	20	$1,226,996	4.350%	$53,400	20	$0	$0	SI	$375,800
46	CC	1143266362	CAÑATE ANDERSON									X									230301	30	$1,938,066	$310,100	EPS005	30	$1,938,066	$77,600	CCF05	30	$1,938,066	$77,600	14-11	30	$1,938,066	4.350%	$84,400	30	$0	$0	SI	$549,700
47	CC	72255657	CARO HICLE									X									230201	29	$1,789,111	$286,300	EPS010	29	$1,789,111	$71,600	CCF05	29	$1,789,111	$71,600	14-11	29	$1,789,111	4.350%	$77,900	29	$0	$0	SI	$507,800
48	CC	1192923604	CASTILLA CESAR									X									230301	30	$1,781,256	$285,100	EPS002	30	$1,781,256	$71,300	CCF05	30	$1,781,256	$71,300	14-11	30	$1,781,256	4.350%	$77,500	30	$0	$0	SI	$500,200
49	CC	1042454442	CASTRO DARWIN									X									230301	30	$1,969,751	$315,200	EPS010	30	$1,969,751	$78,800	CCF05	30	$1,969,751	$78,800	14-11	30	$1,969,751	4.350%	$85,700	30	$0	$0	SI	$558,500
50	CC	1045746630	CUETO ANDERSON									X									230301	30	$1,969,751	$315,200	CCFC55	30	$1,969,751	$78,800	CCF05	30	$1,969,751	$78,800	14-11	30	$1,969,751	4.350%	$85,700	30	$0	$0	SI	$558,500
51	CC	1098763525	DAZA RAFAEL									X									230201	29	$1,738,332	$278,200	EPS010	29	$1,738,332	$69,600	CCF05	29	$1,738,332	$69,400	14-11	29	$1,738,332	4.350%	$75,700	29	$0	$0	SI	$493,100
52	CC	1002442520	DEL TORO MARIA		X							X									230301	10	$590,425	$94,700	EPS005	10	$590,425	$23,700	CCF05	10	$633,738	$25,400	14-11	10	$590,425	4.350%	$25,700	10	$0	$0	SI	$169,300
53	CC	1143251836	DIX MIGUEL									X									230301	30	$1,781,256	$285,100	CCFC55	30	$1,781,256	$71,300	CCF05	30	$1,781,256	$71,300	14-11	30	$1,781,256	4.350%	$77,500	30	$0	$0	SI	$505,200
54	CC	1050040845	HERRERA CRISTIAN		X							X									230201	29	$1,632,319	$261,200	ESSC07	29	$1,632,319	$65,300	CCF05	29	$1,675,652	$67,100	14-11	29	$1,632,319	4.350%	$71,100	29	$0	$0	SI	$464,700
55	CC	1047493827	LOPEZ EDWIN									X									220301	30	$1,775,204	$284,100	ESSC24	30	$1,775,204	$71,100	CCF05	30	$1,775,204	$71,100	14-11	30	$1,775,204	4.350%	$77,300	30	$0	$0	SI	$502,400
56	CC	1140874990	LOPEZ JORGE									X									231001	30	$1,716,260	$274,700	EPS010	30	$1,716,260	$68,700	CCF05	30	$1,716,260	$68,700	14-11	30	$1,716,260	4.350%	$74,700	30	$0	$0	SI	$486,800
57	CC	1090402943	MARIN MARIO		X							X									230301	30	$1,716,666	$274,700	EPS002	30	$1,716,666	$68,700	CCF05	30	$1,716,666	$68,700	14-11	30	$1,716,666	4.350%	$74,700	30	$0	$0	SI	$486,800
58	CC	1045497278	MARTINEZ JORGE									X									230301	20	$1,214,676	$194,400	EPS010	20	$1,214,676	$48,600	CCF05	20	$1,431,342	$57,300	14-11	20	$1,214,676	4.350%	$52,900	20	$0	$0	SI	$353,200
59	CC	1045684789	MARTINEZ LEWIN																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
60	CC	1140845044	NAVARRO ALVARO	X	X							X									230301	3	$228,890	$36,700	EPS010	3	$228,890	$9,200	CCF05	3	$228,890	$9,200	14-11	3	$228,890	4.350%	$10,000	3	$0	$0	SI	$40,100
61	CC	8734373	ORTIZ NORMAN									X									25-14	27	$1,596,562	$255,500	EPS017	27	$1,596,562	$63,900	CCF05	27	$1,726,562	$69,100	14-11	27	$1,596,562	4.350%	$69,500	27	$0	$0	SI	$458,000
62	CC	8706021	OSORIO NELSON									X										0	$0	$0	ESSC24	30	$1,726,562	$69,100	CCF05	30	$1,726,562	$69,100	14-11	30	$1,726,562	4.350%	$75,200	30	$0	$0	SI	$213,400
63	CC	8786380	PEREZ HAROLD									X									230301	30	$1,723,437	$275,800	EPS010	30	$1,723,437	$69,000	CCF05	30	$1,723,437	$69,000	14-11	30	$1,723,437	4.350%	$75,000	30	$0	$0	SI	$488,800
64	CC	1129515541	RAMOS JAIR		X							X									25-14	20	$1,161,198	$185,800	EPS002	20	$1,161,198	$46,500	CCF05	20	$1,161,198	$46,500	14-11	20	$1,161,198	4.350%	$50,600	20	$0	$0	SI	$329,400
65	CC	1069501942	SANCHEZ LUIS									X									230301	29	$1,781,129	$285,000	EPS005	29	$1,781,129	$71,300	CCF05	29	$1,781,129	$71,300	14-11	29	$1,781,129	4.350%	$77,500	29	$0	$0	SI	$505,100
66	CC	1046875294	SANJUAN ALAN									X									25-14	30	$1,709,626	$273,600	ESSC07	30	$1,709,626	$68,400	CCF05	30	$1,709,626	$68,400	14-11	30	$1,709,626	4.350%	$74,400	30	$0	$0	SI	$484,800
67	CC	84088623	VELASQUEZ DEIVIS									X									230301	30	$1,900,971	$304,200	EPS002	30	$1,900,971	$76,100	CCF05	30	$1,900,971	$76,100	14-11	30	$1,900,971	4.350%	$82,700	30	$0	$0	SI	$539,100
68	CC	1129486837	ZUBIRIA RAMON									X									230301	30	$1,729,530	$276,800	EPS002	30	$1,729,530	$69,200	CCF05	30	$1,729,530	$69,200	14-11	30	$1,729,530	4.350%	$75,300	30	$0	$0	SI	$490,500
Total		**Afiliados(45)**																					$70,826,208	$11,334,900			$75,076,104	$3,068,800			$77,246,090	$3,085,300			$75,076,104		$2,040,700		$0	$0		$19,529,700

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1010101 (19 Afiliados)																						**$27,327,084**	**$4,372,900**			**$29,567,085**	**$1,283,500**			**$31,127,080**	**$1,245,600**			**$29,867,085**		**$237,300**		**$0**	**$0**		**$7,109,300**
Ciudad: BARRANQUELLA Depto: ATLANTICO (19 Afiliados)																						**$27,327,084**	**$4,372,900**			**$29,567,085**	**$1,283,500**			**$31,127,080**	**$1,245,600**			**$29,867,085**		**$237,300**		**$0**	**$0**		**$7,109,300**
24	CC	1129572821	ALVEAR NESTOR																	230301	22	$1,613,333	$258,200	EPS005	22	$1,613,333	$64,600	CCF05	22	$2,200,000	$88,000	14-11	22	$1,613,333	0.522%	$8,500	22	$0	$0	SI	$419,300
25	CC	1143229620	ARIAS YESENIA									X								230301	30	$1,775,374	$284,100	EPS002	30	$1,775,374	$71,100	CCF05	30	$1,775,374	$71,100	14-11	30	$1,775,374	0.522%	$9,300	30	$0	$0	SI	$435,600
26	CC	72009236	ATENCIA HELMAN																	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF05	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	SI	$318,800
27	CC	32651214	BULA LILIA																		0	$0	$0	EPS002	25	$1,416,667	$56,700	CCF05	25	$1,586,667	$63,500	14-11	25	$1,416,667	0.522%	$7,400	25	$0	$0	SI	$127,600
28	CC	1045758366	CALVO STEFANNY																	230301	22	$953,334	$152,600	EPS010	22	$953,334	$38,200	CCF05	22	$1,300,000	$52,000	14-11	22	$953,334	0.522%	$5,000	22	$0	$0	SI	$247,800
29	CC	1140848438	CARDENAS STEFANIA									X								230201	30	$1,725,499	$276,100	EPS010	30	$1,725,499	$69,100	CCF05	30	$1,725,499	$69,100	14-11	30	$1,725,499	0.522%	$9,100	30	$0	$0	SI	$423,400
30	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	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,400
31	CC	1042356924	CONRADO GUSTAVO																	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF05	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
32	CC	1037634160	CORONADO MELISA							X										230301	28	$1,866,667	$298,700	EPS005	28	$1,866,667	$74,700	CCF05	28	$1,933,333	$77,400	14-11	28	$1,866,667	0.522%	$9,800	28	$0	$0	SI	$460,600
33	CC	1045725334	CRESPO YULY									X								230301	30	$1,722,874	$275,700	EPS017	30	$1,722,874	$69,000	CCF05	30	$1,722,874	$69,000	14-11	30	$1,722,874	0.522%	$9,000	30	$0	$0	SI	$422,700
34	CC	32580740	ESTRADA CATALINA																	230201	11	$476,667	$76,300	EPS002	11	$476,667	$19,100	CCF05	11	$1,213,333	$48,600	14-11	11	$476,667	2.436%	$11,700	11	$0	$0	SI	$155,700
35	CC	1001889638	GALVIS DURLEY		X																0	$0	$0	EPS010	19	$823,334	$103,000		0	$0	$0	14-11	19	$823,334	0.522%	$4,300	0	$0	$0	No	$107,900
36	CC	1124522484	GONZALEZ YULEIMA	X																231001	28	$1,213,334	$194,200	EPS002	28	$1,213,334	$48,600	CCF05	28	$1,213,334	$48,600	14-11	28	$1,213,334	2.436%	$29,600	28	$0	$0	SI	$321,000
37	CC	1193570795	GUTIERREZ ANDREA																	230301	22	$953,334	$152,600	ESSC07	22	$953,334	$38,200	CCF05	22	$1,300,000	$52,000	14-11	22	$953,334	0.522%	$5,000	22	$0	$0	SI	$247,800
38	CC	1042463096	MARTINEZ ARIEL																	230301	28	$1,213,334	$194,200	EPS002	28	$1,213,334	$48,600	CCF05	28	$1,256,666	$50,300	14-11	28	$1,213,334	0.522%	$6,400	28	$0	$0	SI	$299,500
39	CC	22880203	MARTINEZ DIANA																	35-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS010	30	$3,000,000	$120,000	CCF05	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$725,700
40	CC	72241363	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	0.522%	$15,700	30	$0	$0	SI	$725,700
41	CC	1143260057	VALENCIA BLADIMIR																	230301	28	$1,213,334	$194,200	EPS005	28	$1,213,334	$48,600	CCF05	28	$1,300,000	$52,000	14-11	28	$1,213,334	0.522%	$6,400	28	$0	$0	SI	$301,200
42	CC	1047229274	VASQUEZ MAGALIS									X								231001	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$80,000	CCF05	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,300	30	$0	$0	SI	$490,500

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900927441	9	IPS MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.	S - 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
2024-12	2025-01	1185411984	9480172200	E	2025/01/13	2025/01/10	BANCO DE BOGOTA	0	$19,529,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
				Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (45 Afiliados)						$19,529,700	$17,334,900			$19,529,700	$1,948,800			$19,529,700	$2,345,700			$19,529,700		$0		$0		$19,529,700
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (16 Afiliados)						**$3,796,672**	**$608,300**			**$4,080,005**	**$157,100**			**$3,843,332**	**$136,300**			**$4,080,005**		**$0**		**$0**		**$901,700**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (16 Afiliados)						**$3,796,672**	**$608,300**			**$4,080,005**	**$157,100**			**$3,843,332**	**$136,300**			**$4,080,005**		**$0**		**$0**		**$901,700**
1	CC	1129572821	ALVEAR NESTOR	23030 1	B	$586,667	$93,900	EPS005	B	$586,667	$28,200	CCF05	B	$586,667	$23,500	14-11	B	$586,667	0.000%	$0	B	$0	$0	SI	$140,300
2	CC	1102321971	BLANDON DANIEL	23030 1	L	$86,667	$13,900	EPS010	1	$86,667	$3,500	CCF05	1	$86,667	$3,500	14-11	1	$86,667	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$20,900
3	CC	1102321971	BLANDON DANIEL	23030 1	X	$390,000	$62,400	EPS010	9	$390,000	$15,600	CCF05	9	$389,999	$15,600	14-11	9	$390,000	0.000%	$0	9	$0	$0	SI	$93,600
4	CC	32651214	BULA LILIA		L			EPS002	2	$113,333	$4,600	CCF05	2	$113,333	$4,600	14-11	2	$113,333	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$9,200
5	CC	32651214	BULA LILIA					EPS002	3	$170,000	$6,800	CCF05	3	$0	$0	14-11	3	$170,000	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$6,800
6	CC	1045758946	CALVO STEFANNY	23030 1	X	$346,667	$55,500	EPS010	8	$346,667	$13,900	CCF05	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$346,667	0.000%	$0	8	$0	$0	SI	$83,300
7	CC	72259897	CARO HICLE	23030 1	L	$43,334	$7,000	EPS010	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$43,333	$1,800	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$10,600
8	CC	1037634160	CORDHADO MELISA	23030 1	X	$66,666	$10,700	EPS005	1	$66,666	$2,700	CCF05	1	$66,666	$2,700	14-11	1	$66,666	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$16,100
9	CC	1037634160	CORDHADO MELISA	23030 1	L	$66,667	$10,700	EPS005	1	$66,667	$2,700	CCF05	1	$66,667	$2,700	14-11	1	$66,667	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$16,100
10	CC	1048762525	GAZA RAFAEL	23030 1	L	$86,666	$13,900	EPS010	1	$86,666	$3,500	CCF05	1	$86,666	$3,500	14-11	1	$86,666	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$20,900
11	CC	1002442520	DEL TORO MARIA	23030 1	A	$43,334	$7,000	EPS005	1	$43,334	$0	CCF05	1	$43,334	$0	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$7,000
12	CC	32580740	ESTRADA CATALINA	23020 2	L	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$3,500	CCF05	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$20,900
13	CC	32580740	ESTRADA CATALINA	23020 17	X	$823,333	$131,800	EPS002	17	$823,333	$33,000	CCF05	17	$823,333	$33,000	14-11	17	$823,333	0.000%	$0	17	$0	$0	SI	$197,800
14	CC	1193570795	GUTIERREZ ANDREA	23030 8	X	$346,667	$55,500	ESS037	8	$346,667	$13,900	CCF05	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$346,667	0.000%	$0	8	$0	$0	SI	$83,300
15	CC	1050040845	HERRERA CRISTIAN	23020 1	X	$43,334	$7,000	ESS037	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$0	$0	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$8,800
16	CC	1042443096	MARTINEZ ARIEL	23030 1	L	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$43,333	$1,800	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$10,600
17	CC	1042443096	MARTINEZ ARIEL	23030 1	X	$43,334	$7,000	EPS002	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$43,333	$1,800	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$10,600
18	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE	23030 2	L	$86,667	$13,900	EPS010	2	$86,667	$3,500	CCF05	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$20,900
19	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE	23030 3	X	$130,000	$20,800	EPS010	3	$130,000	$0	CCF05	3	$130,000	$0	14-11	3	$130,000	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$20,800
20	CC	1045697278	MARTINEZ JORGE	23030 5	X	$216,667	$34,700	EPS010	5	$216,667	$8,700	CCF05	5	$0	$0	14-11	5	$216,667	0.000%	$0	5	$0	$0	SI	$43,400
21	CC	8734272	ORTIZ NORMAN	25-14 1	X	$130,000	$20,800	EPS017	3	$130,000	$5,200	CCF05	3	$130,000	$5,200	14-11	3	$130,000	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$31,200
22	CC	1064950942	SANCHEZ LUIS	23030 1	L	$43,334	$7,000	EPS005	1	$43,334	$1,800	CCF05	1	$43,333	$1,800	14-11	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$10,600
23	CC	1143265057	VALENCIA ELADIMAR	23030 2	X	$86,667	$13,900	EPS005	3	$86,667	$3,500	CCF05	2	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$17,400

2025/02/03 02:15 PM

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

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

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

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 08-01-2025 HORA: 11:24

NOMBRES: ANDRES FELIPE APELLIDOS: ZAPATA DUEÑAS

SEXO: M F ID: 9997642 ENTIDAD: SURA EDAD: 80 AÑOS

DIAGNOSTICO:
GOLPE DE CALOR

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: JORGE LUIS APELLIDOS: ZAPATA HENAO

ID: 1147726284 TEL: 3103642612 PARENTESCO: HIJO

EXAMEN FISICO

FC: 72 T/A: 110/90 FR: 16 TEMP: 36.5 GLASGOW: 15 SO2: 92

ANTECEDENTES:
DIABETICO, HIPERTENSO

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD 80 AÑOS QUIEN REQUIERE ATENCIÓN EN UNA DE LAS AREAS DE EL CASTILLO SE TRASLADA A ENFERMERÍA DONDE SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN REPOSO HASTA SU RESTABLECIMIENTO DONDE SE MANCHA EN COMPAÑIA DE SU HIJO 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

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 LA ATENCION

ESTABLE:	MEJORO: X	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO:

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

INFORME DE TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA: 09 - 01 - 2025			ENTIDAD:			PLACA:	
NOMBRES: Maria evelin Rodriguez							
SEXO:	M	F X	ID: 1757679	TELEFONO:		EDAD: 64	
DIAGNOSTICO: Herida en miembro inferior Derecho							
					INFECTADO:	SI	NO X

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

CARACTERISTICA DEL SERVICIO

DESPLAZAMIENTO	LLEGADA	SALIDA	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO		
ORIGEN 1: Castillo San Felipe	12:07	12:10	BASICO: X	MED:	NEONAT:
DESTINO 2: Hospital de Bocagrande	12:40		TIPO DE SERVICIO		
DESTINO 3:			SIMPLE:	DOBLE:	INTER:

EXAMEN DEL PRE-TRASLADO

T/A: 100 / 70	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

Paciente Femenina mayor de edad es Atendida por Para medico el cual evidencia herida en miembro inferior Derecho sepxo Cede a Para Sangrado y se Toman signos vitales y se procede a Trasladar a centro de salud Para Valoracion medica, Paciente Queda en hospital Bajo observacion medica y del Personal de Turno

ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL FINAL DEL TRASLADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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
Ellen Lopez		

FIRMA MEDICO/ENFERMERA QUIEN RECIBE A SATISFACCION: Nathan. Rodriguez B.

RM 1102877927.

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: 13-01-2025					HORA: 10:30		
NOMBRES: JUAN CARLOS					APELLIDOS: GONZALEZ		
SEXO:	M	F	ID: 73575626	ENTIDAD: COOSAJUD		EDAD: 55 AÑOS	

DIAGNOSTICO:

CURACION

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 86	T/A: 120/70	FR: 19	TEMP: 36	GLASGOW: 15	S02: 97

ANTECEDENTES:

DIABETICO

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE HACE CURACIÓN A TRABAJADOR EXTERNO DE EL CASTILLO EN MID 5TO PALANGUE SE CURA HERIDA Y SE DEJA VENDADA CON GASA Y MICROPORO LUEGO SE MANDA A SEGUIR SUS LABORES

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

J JUAN C. GONZALEZ

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 LA ATENCION

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 13-01-2025			HORA:		
NOMBRES: MARIANA			APELLIDOS: ARGUEDAS CASERES		
SEXO: M X	ID: 20700702	ENTIDAD:		EDAD: 32 AÑOS	
DIAGNOSTICO: MAREO					

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: DAMIAN		APELLIDOS: RAMIREZ	
ID: 110000700	TEL: 87219071	PARENTESCO: ESPOSO	

EXAMEN FISICO

FC: 80	T/A: 120/70	FR: 19	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 95

ANTECEDENTES: VIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE HACE ATENCIÓN A TURISTA FEMENINO PAIS DE ORIGEN DE 32 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON MAREO SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES SE DEJA EN OBSERVACIÓN Y LUEGO DE SU RESTABLECIMIENTO SE MARCHA EN COMPAÑIA DE SU 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

V Mariana

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 LA ATENCION

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 14-01-2025			HORA: 16:30		
NOMBRES: AMY			APELLIDOS: MADAY MARTINEZ		
SEXO: M X	ID:	ENTIDAD:		EDAD: 5 AÑOS	

DIAGNOSTICO:
PICADA DE INSECTO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: ANIBAL		APELLIDOS: MARTINEZ BETRAN	
ID: 0107115722	TEL: 75038965	PARENTESCO: PAPÁ	

EXAMEN FISICO

FC: 80	T/A: 120/70	FR: 20	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 94

ANTECEDENTES:
VIEGA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MENOR DE EDAD 5 AÑOS VICTIMA DE UN INSECTO (SIEMPIES) QUE LA PICA EN MSD 5TO FALANGE SE HACE ASEPSIA Y SE DA RECOMENDACIONES A FAMILIARES SE MARCHA EN COMPAÑIA DE FAMILIARES CONSCIENTE Y ORIENTADA SIN COMPLICACIONES
"NOTA" FAMILIAR MANIFIESTA NO SABERSE EL NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

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 LA ATENCION

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 16 · 01 · 2025			HORA: 11:50		
NOMBRES: María del Carmen			APELLIDOS: Castaño Rios		
SEXO:	M	X	ID: 32456063	ENTIDAD:	EDAD: 76

DIAGNOSTICO:

Caida de su propia altura

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 120/67	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino mayor de edad Ingresa a la enfermeria manifestando Tener caida de su propia altura y Recibe Trauma en miembro inferior Izquierdo se Realiza Curacion y se Toman Signos Vitales, se deja en Reposo 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

María Castaño Rios

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 LA ATENCION

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:
X			

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Ellen 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: 18 · 01 · 2025			HORA: 12:00		
NOMBRES: Shinguang li			APELLIDOS:		
SEXO: M F	ID: L000765		ENTIDAD:		EDAD: 66
DIAGNOSTICO: Desvanecimiento					

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 92/52	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo masculino mayor de edad el cual manifiesta sentirse mareado se ingresa A la enfermeria para estabilizar. Se Toman Signos Vitales y se deja en Reposo Paciente se marcha sin novedad A sentirse mejor

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 Shiguang Li

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 LA ATENCION

ESTABLE:	MEJORO:	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: Edwin Lugo

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: 22-01-2025			HORA: 10:59		
NOMBRES: Christian Jose			APELLIDOS: Gamboa Castro		
SEXO: M / F	ID: 776570977	ENTIDAD:		EDAD: 28	
DIAGNOSTICO: Golpe de Calor					

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 118/64	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 95

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo masculino mayor de edad en condicion especial en compañia de su mamá el cual manifiesta que se desvanecio por Golpe de calor se Traslada a la enfermeria para estabilizar. se Toman signos vitales y se deja en Reposo paciente se marcha sin novedad se siente mejor

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 LA ATENCION

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 22-07-2025			HORA: 10:29		
NOMBRES: Suli MARins			APELLIDOS: De oliveira		
SEXO:	M	X	ID: 2073492774	ENTIDAD:	EDAD: 71

DIAGNOSTICO:

Desvanecimiento Golpe de Calor

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:
ID:	TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 89	T/A: 103/63	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	S02: 95

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente Femenina mayor de edad el Cual ingresa Al Area de enfermeria, por que manifiesta Haberse desvanecido por Golpe de calor, se procede a tomar Signos Vitales y se deja en Reposo, paciente manifiesta sentirse mejor y se marcha Sin novedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

X Suseli Marins de Oliveira

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 LA ATENCION

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: 22-01-2025			HORA:		
NOMBRES: Fatima Anabel			APELLIDOS: Polanco Rodriguez		
SEXO: M X	ID:	ENTIDAD:		EDAD: 11	
DIAGNOSTICO: Trauma en mienbro inferior izquierdo					

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Loyeni		APELLIDOS: Rodriguez	
ID:	TEL:	PARENTESCO:	

EXAMEN FISICO

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

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Paciente de sexo Femenino menor de edad en compañia de sus Padres Ingresa al Area de enfermeria manifestando que Al bajar las escaleras se dobló el Tobillo causandole esguince grado 1, se procede Avendar miembro inferior Izquierdo, se Toman Signos Vitales y Paciente se marcha sin novedad en Compañia de sus Padres

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: 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: 26-01-2025			HORA: 10:08		
NOMBRES: GERALD			APELLIDOS: REDONDO HIDALGO		
SEXO: M / F	ID: 305960914	ENTIDAD: SEGURO SOCIAL COSTARICA		EDAD: 14 AÑOS	

DIAGNOSTICO:

TEMPERATURA ALTA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: CARLOS		APELLIDOS: HIDALGO GOMEZ	
ID: 304140447	TEL: 85582537	PARENTESCO: TIA	

EXAMEN FISICO

FC: 89	T/A: 98/57	FR: 16	TEMP: 39.6	GLASGOW:	SO2: 97

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE MASCULINO MENOR DE EDAD DE 14 AÑOS QUIEN INGRESA A EMERGENCIA CON HARTO Y TEMPERATURA ALTA SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE HACEN MANIOBRAS PARA BAJAR TEMPERATURA DEJANDOSE EN OBSERVACIÓN HASTA SU RESTABLECIMIENTO LOGRANDO BAJAR LA TEMPERATURA Y SE RANCHA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR 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

✓ Carlos M. Hidalgo Gómez

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 LA ATENCION

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: 26-01-2025				HORA: 11:05		
NOMBRES: CECILIA				APELLIDOS: VARGAS JAIMES		
SEXO:	M	F	ID: 37832650	ENTIDAD: NUEVA EPS		EDAD: 67 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TRASTORNO DEL HABLA Y GLUCEMIA BAJA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Narcisa DIAZ VARGAS	APELLIDOS:
ID: 24764211 TEL: 3146876201	PARENTESCO: H. JA

EXAMEN FISICO

FC: 82	T/A: 94/62	FR: 22	TEMP:	GLASGOW: 15	SO2: 94

ANTECEDENTES:

HIPERTENSA, DIABETICA, TRASTORNOS, -METFORMINA, ATORVASTATINA, ISOSORBIDE IBUSARTAN

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD REMITIDA INGRESA A CONSULTA CON MAREO VISIÓN BORROSA Y DEBILIDAD EN EXTREMIDADES INFERIORES SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN HACIENDOLE HAMACAS HASTA SU RESTABLECIMIENTO MACHADNOSE EN 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

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: 26-01-2025			HORA: 1743		
NOMBRES: MARIA VIRGELINA			APELLIDOS: RIOS PEÑA		
SEXO:	M	X	ID: 24570420	ENTIDAD: CAPITAL SALUD	EDAD: 81 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TENSIÓN BAJA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: MARIA CRISTINA	APELLIDOS: VIVES RIOS
ID: 57214782 TEL: 301-2702021	PARENTESCO: HIJA

EXAMEN FISICO

FC: 89	T/A: 80/46	FR: 18	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 90

ANTECEDENTES:

TUMORES, HIPERTENSA DIABETICA LOSARTAN/HCTZ, ATORVASTATINA, LEVOTIROXINA

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD DE 81 AÑOS QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON MAREO Y DEBILIDAD EN EXTREMIDADES INFERIORES SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y HABITUALES HASTA SU RESTABLECIMIENTO MANCHANDOSE EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES 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

X Bibiana Espinosa Rios.

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 LA ATENCION

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: 29-07-2025			HORA: 12:39		
NOMBRES: MATIAS			APELLIDOS: SUAREZ MARIN		
SEXO: M	F	ID: 1014580473	ENTIDAD:	EDAD: 13	

DIAGNOSTICO:
MAREO

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: Sandra		APELLIDOS: Lorena MARIN	
ID: 38794727	TEL:	PARENTESCO: MADRE	

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 109/54	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 95

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa paciente masculino menor de edad al area de enfermeria en compañia de su madre, el cual manifiesta sentirse mareado y con ganas de vomitar, se toman signos vitales y se deja en reposo, paciente se marcha al sentirse mejor

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 INFORMACION 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 LA ATENCION

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 2

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 31-01-2025				HORA: 10:30			
NOMBRES: SHARON DE LOS ANGELES				APELLIDOS: DELGADO JARQUIN			
SEXO:	M	F	ID: 207540304	ENTIDAD: Ex Curos Sociales Costa Rica		EDAD: 28 AÑOS	

DIAGNOSTICO:
MALESTAR ESTOMACAL

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: 119	T/A: 113/91	FR: 18	TEMP: 36	GLASGOW: 15	SO2: 96

ANTECEDENTES:
ALERGIA TRIMETOPIN

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINA MAYOR DE EDAD 28 AÑOS TURISTA QUIEN INGRESA A ENFERMERIA CON DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS Y DIARREA POR TAL MOTIVO ES ATENDIDA POR PARAMEDICOS HACIENDO TOMA DE SIGNOS VITALES Y HIDRATACIÓN DEJANDO EN REPOSO HASTA SU RESTABLECIMIENTO SE MANCHA CONSCIENTE Y ORIENTADA Y RESTABLECIDA

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 LA ATENCION

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: 08-01-2025 HORA: 11:07

NOMBRES: ALBERTO ENRIQUE APELLIDOS: MATOS SALAS

SEXO: M F ID: 9146986 ENTIDAD: SURA EDAD: 76 Años

DIAGNOSTICO:

Golpe De Calor.

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: GRACIELA APELLIDOS: SUAREZ ALMEIDA

ID: 1827154 TEL: 3121407415 PARENTESCO: ESPOSA

EXAMEN FISICO

FC:	T/A:	FR:	TEMP:	GLASGOW:	SO2:
76	100/70	18	36	15	94

ANTECEDENTES:

Hipertenso

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE HIPERTENSO MAYOR DE EDAD 76 AÑOS QUIEN REQUIERE ATENCIÓN EN UNA DE LAS AREAS DE EL CASTILLO SE TRASLADA A ENFERMERIA HACIENDO TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN REPOSO HASTA SU RECUPERACIÓN JUEGO SE MANDA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR 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.

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 LA ATENCION

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: 08-01-2025 HORA: 13:30

NOMBRES: ZULMA APELLIDOS: PINTO PATARROYO

SEXO: M X ID: 63556271 ENTIDAD: SANITAS EDAD: 40 AÑOS

DIAGNOSTICO:

GOLPE DE CALOR

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: JHON APELLIDOS: BARRAQUET

ID: 79834050 TEL: 3212125537 PARENTESCO: ESPOSO

EXAMEN FISICO

FC: 70 T/A: 91/59 FR: 16 TEMP: 32 GLASGOW: 15 SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD 40 AÑOS QUIEN SUFRE DESVANECIMIENTO EN EL AREA DE EL TESORO DE EL CASTILLO SE INMOVILIZA EN SILLA DE RUEDAS A ENFERMERIA AGLENDO DE TOMA DE SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRIA SE DEJA EN REPOSO HASTA SU RESTABLECIMIENTO DONDE SE HANCHA EN COMPAÑIA DE EL ESPOSO RESTABLECIDA

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 LA ATENCION

ESTABLE:	MEJORO: X	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO:

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

INFORME DE ATENCION DEL PACIENTE

FECHA: 04-07-2025 HORA: 08:19

NOMBRES: Yennifer Coneo APELLIDOS: Miranda

SEXO: M X ID: 1 1486 92770 ENTIDAD: Coosalud EDAD: 37

DIAGNOSTICO:

Mareo y Salida de emesis

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: APELLIDOS:

ID: TEL: PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC: T/A: 134/97 FR: TEMP: 36 GLASGOW: SO2: 98

ANTECEDENTES:

Niega

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente A Area de enfermeria el cual Presenta Mareo y Salida emesis, se Procede A Tomar Signos Vitales y se deja en Reposo. Paciente manifiesta sentirse mal y se Procede A Trasladar a centro de Salud Para se Valorada por medico.

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.

* Yennifer Coneo 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 LA ATENCION

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: 06-01-2025				HORA: 15:00	
NOMBRES: NAIARA				APELLIDOS: NADER	
SEXO:	M	X	ID: AA1393673	ENTIDAD:	EDAD: 27

DIAGNOSTICO:

Descompensación

ACOMPAÑANTE

NOMBRES:	APELLIDOS:
ID: TEL:	PARENTESCO:

EXAMEN FISICO

FC:	T/A: 97/58	FR:	TEMP: 36	GLASGOW:	SO2: 98

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

Ingresa Paciente Femenino Mayor de edad el cual sufre Desvanecimiento y Manifiesta Tener Fuerte dolor estomacal. Se Traslada a enfermeria para Tomar signos Vitales, se le dan Recomendacion y se deja en Reposo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Naiara Nader

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 LA ATENCION

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: 02-01-2025 HORA: 15:40

NOMBRES: MARIA JOSE APELLIDOS: ARIAS DIAZ

SEXO: M X ID: 1071789557 ENTIDAD: SANITAS EDAD: 13 AÑOS

DIAGNOSTICO:

TENSIÓN BAJA

ACOMPAÑANTE

NOMBRES: YULIS DIAS APELLIDOS: ANDRES ARIAS

ID: 1110455057 TEL: 3143590576 PARENTESCO: PADRES

EXAMEN FISICO

FC: 80 T/A: 101 - 63 FR: 16 TEMP: GLASGOW: 15 SO2: 95

ANTECEDENTES:

VIEGAV

OBSERVACIONES - MOTIVO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO

SE ATIENDE PACIENTE MENOR DE EDAD 13 AÑOS QUIEN JUGANDO A ENFERMERIA DESCOMPENSADA SE HACE TOMA DE SIGNOS VITALES Y SE DEJA EN OBSERVACIÓN CON MANIOBRAS HASTA SU RESTABLECIMIENTO LUEGO SE MARCHA EN COMPAÑIA DE SUS PADRES 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 LA ATENCION

ESTABLE:	MEJORO: X	DESCOMPENSO:	FALLECIO:

RESPONSABLE DE LA ATENCION

PARAMEDICO: