SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

Nit: 900300580-2

Diagonal 23 No 17 A 54 Local 2

Tel: 3100606 Fax:

CALI

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FE-1685

NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA
No somos Autorretenedores,No
G.contribuyente ICA3.3XMIL
CIIU 8699

Cliente

Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Nit/cc/Ti/Rc 899999034

Dirección: CR 4 12 36

Ciudad: CALI

Teléfono:

Fecha: 02/08/2021 12:00:00 a. m.

Forma de pago: CREDITO 30 DIAS

Medio de pago: TRANSFERENCIA

Moneda: COP

Vendedor:

Fecha vcto: 02/09/2021 12:00:00 a. m.

Servicio	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor IVA	Valor neto
SERV416595	SERVICIO DE AMBULANCIA	1,0000	$165.000,00	$0,00	$165.000,00

IMPUESTOS	BASE	TASA	TOTAL

RETENCIÓN	BASE	TASA	TOTAL

CIENTO SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE *****

Notas

TRASLADO DE PACIENTES DE ACUERDO A LISTADO ANEXO
SERVICIOS PRESTADOS EN JULIO 2021

Orden De Compra No

VALOR BRUTO	$165.000,00
DESCUENTO	$0,00
SUBTOTAL	$165.000,00
IVA	$0,00
RETENCIONES	0,0000
TOTAL A PAGAR	$165.000,00

Autorización Numeración de Facturación No. 18764011240922 Numeración: AUTORIZADA Rango desde: FE 1001 hasta: FE 2000 Vigencia desde: 2021/03/04 hasta: 04/03/2022 - 12 Meses

CUFE: f6dd734540c38c67be2405e3cd6b071ce03b8047f457b23b9a83b0aec60cbaa568c0673457e3f4cf301e7998cddc4812

FIRMA DIGITAL: B5rHAxeTIgYfpX8zhTV+UzrOJwUPD/wnyXxg2GxAE+77Shq+aW0AAY5BMzV3kKEsk2PrRMB8kMtmoPbwnDz9GU7I0DwvxLzdmhGm0S1FHu4w4gks1S896UQIomo
/BhcbdV2lr2cBmGpPUYYdjC2csjY2qnazv33l2BO/xfpJEemcqHG0xpOs2BSweURPizKXkasRyIU7dfJ89WTz5VUU3bz3UIrrJHhgXzYWTWuCwjwFn2ovqtXSsiDX2
ATibZuMfyhAyl3MzcZSDpC+UrX1NxrTCFm2+ptpG6mifaGMimMHcPcS9w5iKO0Zs+YN1tw7CKJpxqz00hYg8G53+1OIMw==

FECHA DIAN: 2021-08-02 15:00:42-05:00

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

Emisor

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Nombre Legible y Fecha de Entrega

Factura generada por software de SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL SA. NIT 890.319.193-3

ORIGINAL

ServiAmbulancias del Pacífico SAS.
¡ Acudimos para salvarte su vida !
Nit. 900.300.580-2

* SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO *

SENA

ANEXO A LA CUENTA: 006801

Fecha	Nombre del paciente	Doc_Id	# Orden	Origen	Destino	Servicio	Valor
07/07/2021	EPIFANIA MURILLO	000029204036	000000000006509	CASA CALI	FUNDACION VALLE DEL LILI	LOCAL-D	110,000
13/07/2021	OLGA NORY DIAZ DE ZUÑIGA	000029079006	000000029079006	CLINICA DIME	CASA CALI	LOCAL	55,000

Total facturado: 165,000

02/08/2021 02:39:30

Impreso: 2021-07-07

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: VALLE**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6509

Adscrito:	215061 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS
Dirección:	Diagonal 23 # 17 A 54 Local 2 CC El Rosario
Teléfono(s):	310 06 06 - 316 2923100
Especialidad:	AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO

HC: 29204036

Favor atender por nuestra cuenta a MURILLO DE CAICEDO EPIFANIA identificado con el carne 31377807-B Madre-Padre de CAICEDO MURILLO LUZ MARY Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Transporte En Ambulancia	2	55000	110000

O B S E R V A C I O N E S

TRASLADO EN AMBULANCIA DESDE EL DOMICILIO HASTA CLINICA VALLE DE LILI (SEDE LIMONAR)

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jgodoy

160745

ServiAmbulancias del Pacifico S.A.S.
La diferencia entre Usted y la vida
Nit. 900.300.580-2

Diag. 23 No. 17A - 54 - Local 2
Tels: 326 7327 - 310 0606
Celular: 317 516 6283 - Cali

HOJA DE TRASLADO

Nº 356017

(Res. 3047/2008 Anexo Tec. No. 5: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente).

FECHA	07 / 07 / 2021	**MOVIL** ZAB 001	Hora Solicitud: 15:00 / Hora Recibido: 15:25 / Hora Entrega: 16:30
AUTORIZACIÓN		**RECORRIDO DEL TRASLADO**	
IDA [X] **REGRESO** [ ]		**ORIGEN** CASA Cali **DESTINO** FUND. SEDE LIMONAR	
PERSONAL DE SERVICIO		**TIPO DE TRASLADO**	
CONDUCTOR AFCOS		**BASICO** [X] **MEDICALIZADO** [ ] **02** [ ]	
PARAMEDICO ANA RUIZ		**INCUBADORA** [ ] **VENTILADOR** [ ]	
MEDICO —		**MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO** [ ] **NIVEL DE COMPLEGIDAD** [ ] 1 2 3 4	
OTRO FAMILIAR		**MEDICO** [ ] **QUIRURGICO** [ ] **EXAMEN** [ ] **OTRO** [X]	
		CUAL? URGENCIAS.	

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES EPIFANIA **APELLIDOS** Murillo

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] **NUMERO** 29204036 **SEXO** M [ ] F [X]

EDAD 83 / 30 / 07 / 35 **AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS** SENA

DIRECCION CRA 35 A #13-60 Cali **TELEFONO** 3155190425

DATOS CLÍNICOS SE RECIBE PACIENTE ESTABLE, POSTRADA EN CAMA QUIEN NECESITA ATENCION A LA GASTROSTOMIA. SE LLEVA A URGENCIAS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS [X] QUIRURGICOS [X] ALERGICOS [ ] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]

HTA - DIABETES - GASTRO. - ACV -

EXAMEN FISICO PACIENTE EN REGULAR CONDICION GENERAL

CLASIFICACION TRIAGE

- ALERTA [ ]
- SOMNOLIENTO [X]
- ESTUPOR [ ]
- COMA [ ]
-  [ ]
-  [ ]
-  [X]

SV / HORA	15:31	16:25				
PULSO	67	69				
RESPIRACIONES	16	17				
TENSION ARTERIAL	117/72	110/71				
PAM	—	—				
TEMPERATURA	36.5	36.5				
SAO2	97 %	96 %				
FIO2	21 %	21 %				
GLASGOW	13/15	13/15				
PUPILAS	R	R				
PEEP	—	—				

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que todos los datos personales que se suministran en virtud de la utilización de nuestros servicios, serán tratados bajo el uso y mantenimiento de las medidas de seguridad, físicas, técnicas y administrativas, con el fin de impedir que terceros tengan acceso a los mismos. Para mayor información podrá ser consultada la política de seguridad y protección de datos en nuestra pagina **www.serviambulanciasdelpacifico.com** leido lo anterior autorizo explícitamente a la empresa para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a la normatividad vigente, expresando que es veraz y confiable. Como consta en el consentimiento de traslado de este documento.

DIAGNOSTICO

1. ATENCION A LA GASTROSTOMIA
2.
3.
4.

PIEL	[ ]	OM	[ ]	ABDOMEN	[ ]
O.S.	[ ]	EX. MENTAL	[ ]	URINARIO	[ ]
TORAX	[ ]	CABEZA	[ ]	NEUROLOGICO	[ ]
GO	[ ]	CUELLO	[ ]		

INSUMOS UTILIZADOS NINGUNO

OBSERVACIONES SE TRASLADA PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES. SIN COMPLICACIONES.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, María José Victoria Caicedo CON C.C. 1.151964.343 DE Cali,

Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil.

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO

ServiAmbulancias del Pacífico S.A.S.
La diferencia entre Usted y la vida
Nit. 900.300.580-2

Diag. 23 No. 17A - 54 - Local 2
Tels: 326 7327 - 310 0606
Celular: 317 516 6283 - Cali

HOJA DE TRASLADO

Nº 351670

(Res. 3047/2008 Anexo Tec. No. 5: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente).

FECHA	08	07	2021	MOVIL HWS607	Hora Solicitud: 16:00	Hora Recibido: 16:30	Hora Entrega: 17:00

AUTORIZACIÓN

RECORRIDO DEL TRASLADO

IDA [ ] REGRESO [x] — ORIGEN F. Limonar — DESTINO Casa cali

PERSONAL DE SERVICIO

CONDUCTOR Fabian Hinao

PARAMEDICO David Solarte

MEDICO ——

OTRO Auxiliar de enfermeria

TIPO DE TRASLADO

BASICO [x] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]

INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEGIDAD [ ] 1 2 3 4

MEDICO [ ] QUIRURGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]

CUAL? Retorno a casa

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Epifania — APELLIDOS Murillo de Caicedo

IDENTIFICACION CC [x] TI [ ] RC [ ] CE [ ] — NUMERO 29204036 — SEXO M [ ] F [x]

EDAD 86 | 30 | 07 | 1935 — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Entidad SENA

DIRECCION Cra 35 #13-100 — TELEFONO 3155190425

DATOS CLÍNICOS Paciente que retorna a casa después de cambio de gastrostomia.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS [x] QUIRURGICOS [ ] ALERGICOS [ ] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]

HTA, Diabetes, Demencia

EXAMEN FISICO Hemodinamicamente estable.

CLASIFICACION TRIAGE

ALERTA [x]
SOMNOLIENTO [ ]
ESTUPOR [ ]
COMA [ ]


[x]


[ ]


[ ]

SV / HORA	16:36	16:52		
PULSO	75	76		
RESPIRACIONES	18	18		
TENSION ARTERIAL	128/80	125/90		
PAM	——	——		
TEMPERATURA	36.8	36.9		
SAO2	92	92		
FIO2	21	21		
GLASGOW	15	15		
PUPILAS	R	R		
PEEP	—	—		

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que todos los datos personales que se suministran en virtud de la utilización de nuestros servicios, serán tratados bajo el uso y mantenimiento de las medidas de seguridad, físicas, técnicas y administrativas, con el fin de impedir que terceros tengan acceso a los mismos. Para mayor información podrá ser consultada la política de seguridad y protección de datos en nuestra pagina www.serviambulanciasdelpacifico.com leído lo anterior autorizo explícitamente a la empresa para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a la normatividad vigente, expresando que es veraz y confiable. Como consta en el consentimiento de traslado de este documento.

DIAGNOSTICO
1. Encefalopatia no especificada.
2. Enfermedad cerebrovascular.
3. /
4. /

PIEL [ ] OM [ ] ABDOMEN [ ]
O.S. [ ] EX. MENTAL [ ] URINARIO [ ]
TORAX [ ] CABEZA [ ] NEUROLOGICO [ ]
GO [ ] CUELLO [ ]

INSUMOS UTILIZADOS Guantes, tapabocas. —— ——

OBSERVACIONES Paciente estable sin novedad

/ / /

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Aida Cueto CON C.C. 1089509885 DE Imagui Nariño

Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento [illegible]

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Aida Cueto	[illegible]	David Mauricio Solarte Sanchez C.C. 1.144.207.599 Auxiliar de Enfermería No. Registro 760260

160400

Impreso: 2021-07-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: VALLE**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6253

Adscrito:	215061 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS
Dirección:	Diagonal 23 # 17 A 54 Local 2 CC El Rosario
Teléfono(s):	310 06 06 - 316 2923100
Especialidad:	AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO

HC: 29079006

Favor atender por nuestra cuenta a DIAZ - OLGA NURY identificado con el carne 51937388-C Madre-Padre de ZUNIGA DIAZ BEATRIZ E. Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Transporte En Ambulancia	1	55000	55000

OBSERVACIONES

TRASLADO EN AMBULANCIA DESDE CLINICA DIME HASTA SU DOMICILIO EN LA BUITRERA KM 4 CALLEJON CARACOLI

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jgodoy

ServiAmbulancias del Pacífico S.A.S.
La diferencia entre Usted y la vida
Nit. 900.300.580-2

Diag. 23 No. 17A - 54 - Local 2
Tels: 326 7327 - 310 0606
Celular: 317 516 6283 - Cali

HOJA DE TRASLADO

Nº 356056

(Res. 3047/2008 Anexo Tec. No. 5: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente).

FECHA	13	07	2021

MOVIL RTM 438 | Hora Solicitud: 10:30 | Hora Recibido: 10:55 | Hora Entrega: 12:00

AUTORIZACIÓN

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR RICARDO
PARAMEDICO ANA RUIZ
MEDICO —
OTRO FAMILIAR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN C. DIMB DESTINO CASA CALI

TIPO DE TRASLADO
BASICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEGIDAD [ ] 1 2 3 4
MEDICO [ ] QUIRURGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUAL? EGRESO MEDICO A DOMICILIO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES OLGA NORY
APELLIDOS DIAZ DE ZUÑIGA
IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ]
NUMERO 29079006
SEXO M [ ] F [X]
EDAD 83 03 06 38
AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS SENA.
DIRECCION KM 4 LA BOLTRERA
TELEFONO 3218004790

DATOS CLÍNICOS SE RECIBE PACIENTE ESTABLE CON ATC. DE ACV ISQUEMICO CON SECUELA DE HEMIPARESIA IZQ. O2 DEPENDIENTE.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS [X] QUIRURGICOS [X] ALERGICOS [X] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]
ACV ISQUEMICO - TROMBECTOMIA - HTA - HIPOTIROIDISMO - TRAMADOL

EXAMEN FISICO PACIENTE EN REGULAR CONDICIONES GENERALES

CLASIFICACION TRIAGE
ALERTA [X]
SOMNOLIENTO [ ]
ESTUPOR [ ]
COMA [ ]
[ ]
[ ]
[X]

SV / HORA	11:03	11:52			
PULSO	82	91			
RESPIRACIONES	17	19			
TENSION ARTERIAL	124/50	150/77			
PAM	—	—			
TEMPERATURA	36.0	36.3			
SAO2	94%	96%			
FIO2	—	—			
GLASGOW	13/15	13/15			
PUPILAS	R	R			
PEEP	—	—			

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que todos los datos personales que se suministran en virtud de la utilización de nuestros servicios, serán tratados bajo el uso y mantenimiento de las medidas de seguridad, físicas, técnicas y administrativas, con el fin de impedir que terceros tengan acceso a los mismos. Para mayor información podrá ser consultada la política de seguridad y protección de datos en nuestra pagina www.serviambulanciasdelpacifico.com leído lo anterior autorizo explícitamente a la empresa para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a la normatividad vigente, expresando que es veraz y confiable. Como consta en el consentimiento de traslado de este documento.

DIAGNOSTICO
1. ACV ISQUEMICO
2. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
3. TROMBECTOMIA MECANICA
4. /

PIEL	[ ]	OM	[ ]	ABDOMEN	[ ]
O.S.	[ ]	EX. MENTAL	[ ]	URINARIO	[ ]
TORAX	[ ]	CABEZA	[ ]	NEUROLOGICO	[ ]
GO	[ ]	CUELLO	[ ]		

INSUMOS UTILIZADOS NINGUNO

OBSERVACIONES SE TRASLADA PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES. SIN COMPLICACIONES.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Beatriz Eugenia Zuñiga D. CON C.C. 51.937.388 DE Bogotá

Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil.

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Beatriz E. Zuñiga D.	Beatriz E. Zuñiga D.	