ServiAmbulancias del Pacífico SAS.

Nit. 900.300.580-2

*** SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO ***

SENA

ANEXO A LA CUENTA: 007391

Fecha	Nombre del paciente	Doc_Id	# Orden	Origen	Destino	Servicio	Valor
12/12/2022	FABIAN FIEVVO	000016286822	000000000014417	CLINICA REMEDIOS	CASA CIUDAD DEL CAMPO	PALMIRA	198,100
15/12/2022	AMANDA JARAMILLO	000002980085	000000002980085	DOMICILIO CALI	TULUA	TULUA	609,400
						Total facturado:	**807,500**

16/12/2022 02:38:49

Impreso: 2022-12-13

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 14417

Adscrito:	215071 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS
Dirección:	Diagonal 23 # 17 A 54
Teléfono(s):	602 3100605 - 602 3267327
Especialidad:	AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO

HC: 16286822

Favor atender por nuestra cuenta a FIERRO LEMUS FABIAN ANDRES identificado con el carne 2514674-C Hijo de FIERRO HECTOR EMILIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Otros Serv. Sin Cirugia Hasta 30 Dias	1	198100	198100

OBSERVACIONES

TRANSPORTE DE AMBULANCIA BASICO ASISTENCIAL DE LA CLINICA
AL DOMICILIO
PALMIRA. ESTA ORDEN CUBRE LOS SERVICIOS DEL DIA 12/DICIEMBRE 2022.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

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

Monica Pereira L.
Médico Univ. Libre
C.C. 31.947.410

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: mfbanguera

SENA. 172909

ServiAmbulancias del Pacífico SAS.
Acudimos para proteger su 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

384108

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

FECHA	12	12	22	MOVIL Hws 707	Hora Solicitud: 13:00	Hora Recibido: 13:20	Hora Entrega: 14:40

AUTORIZACIÓN

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Jorge
PARAMÉDICO Castillo
MÉDICO No
OTRO Fami. 164.

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Clinica DESTINO Casa ciudad del campo.
TIPO DE TRASLADO remotos
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? domicilio.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Fabian APELLIDOS Fierro.

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 16.286.822 SEXO M [X] F [ ]

EDAD 45 | D | SEP | 1977 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sena.

DIRECCIÓN Cra 41 # 96A - 79. TELEFÓNO 3188885139.

DATOS CLINICOS paciente adulto con Dx pop de Fx MI IZQ. Se traslada para el n. Esg.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [ ] QUIRÚRGICOS [ ] ALÉRGICOS [ ] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]

EXAMEN FÍSICO Paciente hemodinamicamente estable

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	13:22	14:38
ALERTA	[X]	PULSO	78	80
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	16	19
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	/	126/75
COMA	[ ]	PAM	/	/
	[ ]	TEMPERATURA	36	36.2
		SAO2	96	98
	[ ]	FIO2	/	/
		GLASGOW	14/15	14/15
	[X]	PUPILAS	150	110
		PEEP	/	/

SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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 manteniento de las medidas de seguridad, fisicas, 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 explicitamente 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.

DIAGNÓSTICO
1. pop Fx MI IZQ. - Femur.
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Guantes + tapabocas.

OBSERVACIONES domicilio luego de cita de Control.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, X Heriberto CON C.C. 75146742 DE B/de.

Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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
X	X	Iván Darío [illegible] Auxiliar de Enfermería Reg No. 76 - 7205

Impreso: 2022-12-16

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 14575

Adscrito:	215071 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS
Dirección:	Diagonal 23 # 17 A 54
Teléfono(s):	602 3100605 - 602 3267327
Especialidad:	AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO

HC: 29800851

Favor atender por nuestra cuenta a JARAMILLO VENCY AMANDA identificado con el carne 2631490-B Madre-Padre de PEDROZA JARAMILLO JAVIER Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Otros Serv. Sin Cirugia Hasta 30 Dias	1	609400	609400

OBSERVACIONES

Transporte asistencial básico Tuluá

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: yzapata

Orden Sena. 172985

ServiAmbulancias del Pacífico SAS.
Acudimos para proteger su 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

382066

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

FECHA	15	12	2022	MOVIL ZAB001	Hora Solicitud: 8:00	Hora Recibido: 8:30	Hora Entrega: 9:45

AUTORIZACIÓN

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Juan
PARAMÉDICO Jina
MÉDICO
OTRO Familiar

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Casa Tolua DESTINO C. San Francisco Tolua
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [X] OTRO [ ]
CUÁL? Eco Doppler

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Amanda APELLIDOS Jaramillo
IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 2980085 SEXO M [ ] F [X]
EDAD 84 25 08 1938 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sena
DIRECCIÓN Calle 8 # 22A - 69 TELEFÓNO 311 367 7644

DATOS CLINICOS Paciente Con Oz Por Canula Se Traslada a Clinica Para Cita

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [X] QUIRÚRGICOS [ ] ALÉRGICOS [ ] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]
Hipertensión - Parkinson

EXAMEN FÍSICO Hemodinamicamente Estable

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

SV / HORA	8:35	9:40		
PULSO	94	93		
RESPIRACIONES	16	16		
TENSIÓN ARTERIAL	128/62	124/68		
PAM	11	11		
TEMPERATURA	36	36		
SAO2	97	97		
FIO2	24	24		
GLASGOW	15	15		
PUPILAS	11	11		
PEEP	11	11		

SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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 manteniento de las medidas de seguridad, fisicas, 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 explicitamente 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.

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Cardiaca
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Guantes - Tapabocas

OBSERVACIONES
Se Realiza Traslado Sin Novedades

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Erica Zapata CON C.C. DE

Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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
Erica Zapata	Erica Zapata	Jina Vanesa Narvaez Res. 765068.

ServiAmbulancias del Pacífico SAS.
Acudimos para proteger su 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

382067

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

FECHA	15	12	2022	MOVIL PTL971	Hora Solicitud: 9:50	Hora Recibido: 10:20	Hora Entrega: 10:55

AUTORIZACIÓN

IDA ☐ REGRESO ☒

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Fabian
PARAMÉDICO Esteban
MÉDICO
OTRO Familiar

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN C. San Francisco Tolua DESTINO Casa Tolua
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO ☒ MEDICALIZADO ☐ 02 ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☐
CUÁL? Retorno

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Amanda APELLIDOS Jaramillo
IDENTIFICACION CC ☒ TI ☐ RC ☐ CE ☐ NÚMERO 2980085 SEXO M ☐ F ☒
EDAD 84 25 08 1938 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sena
DIRECCIÓN Calle 8 # 22A - 69 TELEFÓNO 311 3677644

DATOS CLINICOS Paciente con soporte de O2 por canula se retorna a Casa

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☒ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ☐ FAMILIARES ☐ OTROS ☐
Hipertensión - Parkinson

EXAMEN FÍSICO Hemodinamicamente estable

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA	☒
SOMNOLIENTO	☐
ESTUPOR	☐
COMA	☐
	☐
	☐
	☒



SV / HORA	10:25	10:40		
PULSO	93	94		
RESPIRACIONES	20	19		
TENSIÓN ARTERIAL	130/80	126/80		
PAM	11	11		
TEMPERATURA	36	36		
SAO2	98	97		
FIO2	24	24		
GLASGOW	15	15		
PUPILAS	R	R		
PEEP	11	11		

SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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 manteniento de las medidas de seguridad, fisicas, 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 explicitamente 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.

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Cardiaca
2.
3.
4.

PIEL	☐	OM	☐	ABDOMEN	☐
O.S.	☐	EX. MENTAL	☐	URINARIO	☐
TORAX	☐	CABEZA	☐	NEUROLÓGICO	☐
GO	☐	CUELLO	☐		

INSUMOS UTILIZADOS Guantes - Tapabocas

OBSERVACIONES
Se Retorna a Casa Sin Ningona Novedad.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Erica Zapata CON C.C. DE
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO 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
Erica Zapata	Erica Zapata	Esteban Rojas CC 1005741131