


Nit. 900.300.580-2

## * SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO *

SENA



## ANEXO A LA CUENTA: 008021

| Fecha | Nombre del paciente | Doc_Id | # Orden | Origen | Destino | Servicio | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10/09/2024 | LIBIA RIVAS DE PALOMINO | 000038995651 | 000000038995651 | FVL | CASA CALI | LOCAL | 122,000 |
| 19/09/2024 | LIBIA RIVAS DE PALOMINO | 000038995651 | 000000038995651 | FVL LIMONAR | CASA | LOCAL | 122,000 |
| 07/10/2024 | MARIA TERESA VELA RMIREZ | 000031203162 | 000000031203162 | C IMBANACO | CASA TULUA | TULUA | 490,000 |

Total facturado: **734,000**

09/10/2024 12:18:53

183830

Impreso: 2024-09-09

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

# ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8284

| | |
|---|---|
| Adscrito: | 215091 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS |
| Dirección: | Diagonal 23 # 17 A 54 |
| Teléfono(s): | 602 3100605 - 602 3267327 |
| Especialidad: | AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO |

HC: 38995651

Favor atender por nuestra cuenta a RIVAS DE PALOMINO LIBIA identificado con el carne 6073231-B Conyuge de PALOMINO SILVA RUBEN O Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

| Concepto | Cantidad | Valor | Total |
|---|---|---|---|
| Transporte En Ambulancia | 1 | 122000 | 122000 |

OBSERVACIONES

TRANSPORTE BASICO EN AMBULANCIA DESDE EL VALLE DEL LILI HASTA EL DOMICLIO DEL PACIENTE EN CALI

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 Cirujano
R.M. 0857

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: lrivera

Se solicita coordinar servicio de ambulancia básica para el traslado del paciente LIBIA RIVAS DE PALOMINO CC: 38995651 hacia su domicilio.

Paciente sin soportes, se encuentra ubicado en FUNDACION VALLE DEL LILI; URG: CB-LU015 SEDE: LIMONAR

Dirección: Carrera 38A # 10 - 170 Casa 1 piso

Barrio: Olímpico

Municipio: Cali - Valle

Contacto: 3164803046 Julián Palomino (hijo) - 3195582630 Armando Palomino (Hijo)

En espera de una pronta y positiva respuesta,

Gracias.

ServiAmbulancias del pacífico S.A.S.
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

407382

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

| FECHA | 10 | 09 | 2024 | MOVIL PTM438 | Hora Solicitud: 14:17 | Hora Recibido: 15:15 | Hora Entrega: 15:40 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

AUTORIZACIÓN

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN clinica valle del lili DESTINO casa cali

IDA [X] REGRESO [ ]

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Fabian
PARAMÉDICO Juan Pablo
MÉDICO N/A
OTRO Familiar.

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? egreso medico

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Libia APELLIDOS Rivas de Palomino

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 38495651 SEXO M [ ] F [X]

EDAD 78 | 11 | 04 | 1946 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Servicio nacional de Aprendizaje

DIRECCIÓN carrera 38A Nº 10-170 olimpico TELEFÓNO 3164803046.

**DATOS CLINICOS** Paciente femenina que sale trasladada con egreso medico en casa sale en compañia de familiar, alerta y orientada

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

carcinoma de Celulas Renales, cesarea y/o Derecho - Descompresion medular. Nefrectomia colecistectomia

## EXAMEN FÍSICO

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



| SV / HORA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PULSO | 83 | 81 | | |
| RESPIRACIONES | 17 | 17 | | |
| TENSIÓN ARTERIAL | 88/44 | 92/38 | | |
| PAM | 59 | 55 | | |
| TEMPERATURA | 36 | 36 | // | n |
| SAO2 | 90 | 93 | | |
| FIO2 | 21 | 21 | | |
| GLASGOW | 15/15 | 15/15 | | |
| PUPILAS | N | N | | |
| 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. Infeccion de vias urinarias. complicada.
2.
3.
4.

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

**INSUMOS UTILIZADOS** Guantes - Tapabocas.

**OBSERVACIONES** Paciente durante el traslado estable colaboradora con la toma de los signos vitales se deja ubicada en cama con barandas arriba en compañia de cuidadora y familiares.

## CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, [signature] CON C.C. 16'697978 DE Cali.

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 |
|---|---|---|
| FUNDACION VALLE DEL LILI<br>Dr. Cristóbal Acosta Vernaza<br>Médico General<br>T.P. 114-103232 | Carolina Sema<br>CC1144071003 | Juan Pablo Ortega A.<br>AUX. ENFERMERIA<br>Res. 769245 |

Impreso: 2024-09-19

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

# ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8665

| | |
|---|---|
| Adscrito: | 215091 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS |
| Dirección: | Diagonal 23 # 17 A 54 |
| Teléfono(s): | 602 3100605 - 602 3267327 |
| Especialidad: | AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO |

HC: 38995651

Favor atender por nuestra cuenta a RIVAS DE PALOMINO LIBIA identificado con el carne 6073231-B Conyuge de PALOMINO SILVA RUBEN O Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

| Concepto | Cantidad | Valor | Total |
|---|---|---|---|
| TRASLADO AMBULANCIA SENA | 1 | 122000 | 122000 |

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

TRANSPORTE BASICO EN AMBULANCIA DESDE EL VALLE DEL LILI HASTA EL DOMICLIO DEL PACIENTE EN CALI SEPTIEMBRE - 2024

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: lrivera

ServiAmbulancias del pacífico S.A.S.
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

407499

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | 19 D | 09 M | 24 A | MOVIL 2AA 986 | Hora Solicitud: 18:30 | Hora Recibido: 19:00 | Hora Entrega: 19:20 |

AUTORIZACIÓN

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Francisco Muñoz
PARAMÉDICO Elder Chocue T.
MÉDICO N/A
OTRO Familiar

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN F. Valle Lili - sede Limonar DESTINO Casa - Cali
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL?

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Libia APELLIDOS Rivas De Palomino
IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 38 995 651 SEXO M [ ] F [X]
EDAD 78 | 10 | 04 | 1946 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS SENA
DIRECCIÓN Cra 38A # 10-170 TELEFÓNO 3164803046

DATOS CLINICOS Paciente con egreso de fundacion valle del lili sede El limonar va para casa familiar

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [X] QUIRÚRGICOS [X] ALÉRGICOS [ ] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]
Cancer de riñon izquierdo, transtorno de ansiedad - Biopsia

EXAMEN FÍSICO Alerta y Conciente

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

| SV / HORA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PULSO | 86 | 92 | " | " |
| RESPIRACIONES | 21 | 19 | " | " |
| TENSIÓN ARTERIAL | 119/76 | 118/85 | " | " |
| PAM | / | / | " | " |
| TEMPERATURA | 36,5 | 36,5 | " | " |
| SAO2 | 97 | 97 | " | " |
| FIO2 | 28 | 28 | " | " |
| GLASGOW | 15/15 | 15/15 | " | " |
| PUPILAS | R | R | " | " |
| PEEP | 1 | 1 | " | " |

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. Cancer de riñon izquierdo
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Guantes, sabanas, tapabocas

OBSERVACIONES Paciente con oxigeno por canula nasal a 2 litros, con disminucion de la capacidad de movimientos en extremidades superiores inferiores, no refleja apertura ocular derecha. Sin aparente deterioro neurologico, torax expansivo y simetrico, abdoman blando y depresible.

## CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, [signature] CON C.C. 16'697.978 DE Cali
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 |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN VALLE DEL LILI<br>Dr. Andrés Mauricio García Campo<br>Médico General<br>T.P. 1113791535 | [signature] | Elder Chocué T.<br>C.C. 1007683714<br>Auxiliar en Enfermería<br>Registro: 763939 |

Impreso: 2024-10-03

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

# ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9166

| | |
|---|---|
| Adscrito: | 215091 - SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS |
| Dirección: | Diagonal 23 # 17 A 54 |
| Teléfono(s): | 602 3100605 - 602 3267327 |
| Especialidad: | AMBULANCIA - TRANSPORTE AMBULANCIA BASICO |

HC: 31203162

Favor atender por nuestra cuenta a VELA RAMIREZ MARIA TERESA identificado con el carne 16352470-C Conyuge de SANCLEMENTE VALENCIA ERNESTO Funcionario del SENA.

## DESCRIPCIÓN

| Concepto | Cantidad | Valor | Total |
|---|---|---|---|
| Transporte En Ambulancia | 1 | 0 | 0 |

## OBSERVACIONES

SOLICITUD DE TRASLADO AMBULANCIA BASICA DOMICILIRIA DE CALI A TULUA
OCTUBRE -2024- VALOR $ 445000

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: lrivera

SENA 184130

# HOJA DE TRASLADO

407961

ServiAmbulancias del pacífico S.A.S.
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

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

| FECHA | D07 | M10 | A2024 | MOVIL PTA438 | Hora Solicitud: 15:00 | Hora Recibido: 16:55 | Hora Entrega: 19:20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

AUTORIZACIÓN

IDA [x] REGRESO [ ]

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Clinica Imbanaco DESTINO casa Tuluá.
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [x] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Egreso Medico

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Ruben
PARAMÉDICO Juan Pablo
MÉDICO N/A
OTRO Familia

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Maria Teresa APELLIDOS Vela Ramirez

IDENTIFICACION CC [x] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 31203162 SEXO M [ ] F [x]

EDAD 62 | 2 | 8 | OM | 1962 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sena

DIRECCIÓN Calle 33 # 36-10 TELEFÓNO 3155554729

**DATOS CLINICOS** Paciente femenina que sale trasladada con egreso medico en casa, se traslada en compañia de familia

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

Cancer de seno + HTA - Recepcion de lesiones Metastaticas, Epilepsia - ARPI: del

**EXAMEN FÍSICO** Estable en sus 3 esferas

**CLASIFICACIÓN TRIAGE**

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



[ ]
[ ]
[x]

| SV \ HORA | 19:00 | 19:30 | 19:10 | |
|---|---|---|---|---|
| PULSO | 91 | 91 | 96 | |
| RESPIRACIONES | 19 | 19 | 19 | |
| TENSIÓN ARTERIAL | 114/64 | 114/79 | 121/79 | |
| PAM | 80 | 84 | 91 | |
| TEMPERATURA | 36.5 | 36.5 | 36.5 | |
| SAO2 | 91 | 90 | 91 | |
| FIO2 | 21 | 21 | 21 | |
| GLASGOW | 13/15 | 13/15 | 13/15 | |
| PUPILAS | N | N | N | |
| 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. CA Dc Mama Estadio IV Metastasis cerebral
2. Metastasis cerebral
3. EPilepsia
4. Delirium

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

**INSUMOS UTILIZADOS** Guantes - Tapabocas

**OBSERVACIONES** Paciente durante el traslado Estable Colaborador con la toma de los signos vitales, se deja ubicada en cama en compañia de familiares.

## CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Jessica Andrea Santamaria Vela CON C.C. 1.112.106.539 DE Andalucia

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 |
|---|---|---|
| Clínica Imbanaco<br>Grupo quirónsalud<br>HOSPITALIZACIÓN<br>PISO 8 ALA SUR | 1.112.106.539<br>Jessica Andrea Santamaria Vela | Juan Pablo Ortega G.<br>AUX. ENFERMERÍA<br>Res. 769245 |