E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - VALDIVIA Nit: 891.982.129-7			
COMPROBANTE DE EGRESO:	OP 12288	Fecha:	Feb.27/2026

2026 02 27 ******2,538,000**

**MONTOYA GUTIERREZ ESTEFANIA
****** DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/L.**********

Proveedor:	MONTOYA GUTIERREZ ESTEFANIA	Nit/CC:	1.010.145.187
		Vr Pagado:	**2,538,000**
No Fact.:	10		
Fecha Fact.:	Feb.27/2026		
Fact.Ref:			
Cta. Banco:	07 -50396866358	Cheque:	
		Vr Cheque:	2,538,000
Vr Letras:	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/L.		
Observaciones:	PAGO DE PRESTACION DE PACIENTOS DE LA ESE, DEL PERIODO CORRESPONDIDO DEL 01 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2026		

VALORES

Vr. Bruto:	2,700,000	Vr. Iva:	0
Vr. Retención:	0	Vr.Estampillas:	162,000
Vr. Rete-Iva:	0	Vr. Descuento:	0
N-Crédito:	0	Vr.NETO:	2,538,000

IMPUTACION CONTABLE

Cuenta	Nit	Centro De Costos	Valor
1 1 10 05 06			2,538,000.00 CR
2 4 90 55 02	1,010,145,187		2,538,000.00 DB

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Vigencia	Unid Eje	Rubro	Valor
2026	2.4.5.02.09.901	SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS - PERSO	2,700,000.00
		Total:	**2,700,000.00**

MARISELA COROMOTO AVENDAÑO
ESTEFANIA
Gerente

LIGIA AMPARO ARANGO SILVA
Subdirectora Administrativa

MONTOYA GUTIERREZ
Firma y Sello Beneficiario

Elaboro:LIGIA Imprime: LIGIA
Fecha Sistema:27/02/2026
Hora:8:48:01

CUENTA DE COBRO N°2
FECHA 28/02/2026

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DEL MUNICIPIO DE VALDIVIA
NIT: 891982129-7

Debe a:
ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
CC: 1010145187 DE VALDIVIA ANTIOQUIA

La suma de:

DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS
($ 2.700.000)

Pago N° 2 de honorarios pactados según contrato nro. 01-2026 cuyo objeto es: **"PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA TRASLADO DE PACIENTES DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE VALDIVIA – ANTIOQUIA. EN LOS VEHICULOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES (TAB) PARA IPS DE NIVEL SUPERIOR".** En el periodo comprendido entre el 01 de FEBRERO hasta el 28 de FEBRERO de 2026.

Por favor consignar a la Cuenta de Ahorros Bancolombia **N-91273815622**

presente cuenta se anexa el informe de actividad y los soportes de las misma.

A la Aplicar tabla de retención de asalariados según Art. 383 y 387 del estatuto tributario

Atentamente,

Estefanía Montoya

ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
CC: 1010145187 DE VALDIVIA – ANTIOQUIA
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
CONTRATISTA

Empresa: ESE HOSPITAL VALDIV **Nit:** 891982129
Usuario: ligia amparo arango silva

3 de Marzo de 2026 10:05:33 AM
Dirección IP: 190.61.57.194

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: martes, 03 de marzo de 2026 - 9:44 AM

Imprimir

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
ESE HOSPITAL VALDIV
NIT: 891982129
FECHA: 03/03/2026

Entidad	BANCOLOMBIA
Producto Beneficiario	91273815622
Identificación Beneficiario	1010145187
Nombre del Beneficiario	ESTEFANIA MONTOYA
Tipo de Producto	Ahorros
Tipo de Transacción	37
Valor	2,538,000.00
Concepto de la Transacción	
Referencia	
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA

Regresar

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1010145187
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-19
FECHA DE PAGO:	2026-02-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36138138
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36138138
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-25	800226175	COLMENA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/04/2026

INFORME DE ACTIVIDADES N° 02	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE VALDIVIA – ANTIOQUIA, EN LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES (TAB) PARA IPS DE NIVEL SUPERIOR.
N° DEL CONTRATO:	CPS01-2026
NOMBRE CONTRATISTA:	ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.010.145.187 de Valdivia
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	DOS (02) DE ENERO DE 2026
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	DOS (02) DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026
PERÍODO DEL INFORME:	01 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2026

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDAD DESCRITA EN EL CONTRATO		**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**
1.	Cumplir el objeto del presente contrato, destinando todos sus conocimientos profesionales como auxiliar de enfermería para el traslado asistencial de pacientes en la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE VALDIVIA.	De manera oportuna y continua se dio cumplimiento al objeto del contrato, destinando los conocimientos y competencias profesionales como auxiliar de enfermería para el traslado asistencial de pacientes en los vehículos de Transporte Asistencial Básico (TAB) de la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia. Durante la ejecución de la actividad se brindó atención integral, oportuna y de calidad, garantizando el acompañamiento permanente del paciente, la vigilancia de su estado de salud y la aplicación de cuidados básicos de enfermería, velando en todo momento por la seguridad, el bienestar y la estabilidad clínica del paciente durante el traslado.
2.	Identificar y evaluar los pacientes o usuarios con orden de traslado, verificando los datos del paciente, su estado de salud actual y requerimientos específicos para el traslado asistencial, asegurando que la información registrada sea completa y exacta.	De manera oportuna se identificaron y evaluaron 12 pacientes con orden de traslado asistencial, realizando la verificación exhaustiva de los datos de identificación, el estado de salud actual y los requerimientos específicos para cada traslado. Así mismo, se confirmó que la información clínica y administrativa registrada fuera correcta, completa y acorde a las condiciones del paciente, garantizando un traslado seguro, eficiente y conforme a los protocolos establecidos por la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia.

3.	Vigilar el estado de salud del usuario o paciente durante todo el proceso de traslado en el vehículo tipo ambulancia, monitoreando de manera continua los signos vitales y realizando las intervenciones necesarias conforme a los protocolos médicos establecidos.	Se realizó la vigilancia permanente del estado de salud de 12 pacientes durante todo el proceso de traslado en los vehículos tipo ambulancia, efectuando el monitoreo continuo de los signos vitales y la observación clínica del usuario. Así mismo, se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería necesarias, de acuerdo con los protocolos médicos establecidos, garantizando la estabilidad del paciente, la prevención de complicaciones y la seguridad durante el traslado asistencial.
4.	Brindar soporte vital según las condiciones del usuario o paciente, aplicando procedimientos de estabilización de signos vitales y primeros auxilios en caso de emergencias, conforme a los lineamientos de atención prehospitalaria establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se brindó soporte vital a 12 pacientes, aplicando los procedimientos de estabilización de signos vitales y la atención en primeros auxilios cuando las condiciones clínicas así lo requirieron, de conformidad con los lineamientos de atención prehospitalaria establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, durante el proceso de traslado NO se atendieron pacientes que presentaran situaciones de emergencia y requirieron la aplicación inmediata de primeros auxilios, garantizando su estabilización inicial y posterior traslado seguro a la IPS más cercana para la continuidad de la atención en salud.
5.	Prestar la atención oportuna y profesional ante cualquier situación de riesgo o emergencia médica que ocurra durante el traslado, actuando con diligencia para salvaguardar la vida y salud del paciente, y coordinando con el personal médico del centro de destino en caso de complicaciones.	Se brindó atención oportuna y profesional ante las situaciones de riesgo o emergencias médicas presentadas durante el traslado asistencial de los pacientes, actuando con diligencia y responsabilidad para salvaguardar la vida y la salud del usuario. Así mismo, se realizó la coordinación permanente con el personal médico y asistencial del centro de destino, informando de manera clara y oportuna sobre el estado clínico del paciente y las intervenciones realizadas, especialmente en aquellos casos que presentaron complicaciones durante el traslado, garantizando la continuidad y seguridad de la atención en salud.
6.	Establecer y mantener comunicación con los equipos médicos de los centros de referencia o instituciones receptoras para garantizar una adecuada coordinación durante el proceso de traslado del paciente, brindando información oportuna sobre el estado del paciente y el tratamiento recibido.	Se estableció y mantuvo comunicación permanente y efectiva con los equipos médicos de los centros de referencia y las instituciones receptoras, con el fin de garantizar una adecuada coordinación durante el proceso de traslado asistencial de los pacientes. Durante dicha comunicación se brindó información oportuna y veraz

		sobre el estado de salud del paciente, las condiciones clínicas identificadas y el tratamiento o cuidados brindados durante el traslado, facilitando la preparación del equipo receptor y asegurando la continuidad, oportunidad y calidad en la atención en salud.
7.	Asegurar el uso adecuado y oportuno de los dispositivos médicos asignados en la ambulancia, garantizando que se sigan los protocolos de manejo de equipos según las normativas establecidas, y reportando inmediatamente cualquier falla o irregularidad en los mismos.	Se garantizó el uso adecuado, seguro y oportuno de los dispositivos médicos asignados en los vehículos tipo ambulancia, asegurando el cumplimiento de los protocolos para el manejo, conservación y operación de los equipos, de acuerdo con las normativas y lineamientos establecidos. Así mismo, se realizó la verificación permanente del correcto funcionamiento de los dispositivos médicos antes, durante y después de los traslados asistenciales, reportando de manera inmediata cualquier falla, novedad o irregularidad identificada, con el fin de prevenir riesgos y asegurar la calidad y seguridad en la atención brindada a los pacientes.
8.	Mantener actualizados los conocimientos y las certificaciones relacionadas con la atención prehospitalaria, soporte vital básico y primeros auxilios, asistiendo a las capacitaciones programadas por la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de VALDIVIA o aquellas que sean requeridas por las normativas vigentes del sector salud.	Se mantuvieron actualizados los conocimientos y las certificaciones relacionadas con la atención prehospitalaria, el soporte vital básico y la atención en primeros auxilios, mediante la participación en las capacitaciones programadas por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Valdivia y en aquellas requeridas por la normatividad vigente del sector salud. Estas actividades de actualización y formación continua permitieron fortalecer las competencias técnicas y asistenciales, garantizando una atención segura, oportuna y de calidad durante el proceso de traslado asistencial de pacientes, en concordancia con los lineamientos institucionales y las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
9.	Cumplir rigurosamente con los protocolos de bioseguridad durante la prestación de los servicios, incluyendo el uso adecuado de equipos de protección personal, el manejo adecuado de residuos biológicos y la desinfección de los dispositivos médicos después de cada traslado.	Se dio cumplimiento riguroso a los protocolos de bioseguridad durante la prestación de los servicios de traslado asistencial, haciendo uso adecuado y permanente de los equipos de protección personal según el nivel de riesgo identificado. Así mismo, se realizó el manejo correcto de los residuos biológicos generados durante la atención, conforme a la normatividad vigente, y la desinfección y

		limpieza de los dispositivos médicos y superficies de la ambulancia después de cada traslado, con el fin de prevenir riesgos biológicos, proteger al personal de salud y garantizar la seguridad del paciente y del equipo asistencial.
10.	Entregar mensualmente el informe detallado de las actividades realizadas, incluyendo los traslados ejecutados, las actividades e intervenciones realizadas, y adjuntar los soportes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos laborales), de acuerdo con las obligaciones que le corresponden al contratista como prestador de servicios.	Se realizó la entrega mensual y oportuna de los informes detallados de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato, incluyendo el registro de los traslados asistenciales ejecutados, las actividades e intervenciones realizadas y el cumplimiento de las funciones asignadas. Así mismo, se anexaron los soportes de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, correspondientes a salud, pensión y riesgos laborales, dando cumplimiento a las obligaciones establecidas para el contratista en la modalidad de prestación de servicios, conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos contractuales de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Valdivia.
11.	Atender los requerimientos que imparta la supervisión del contrato orientados a su cabal ejecución y asistir a las reuniones que sea convocada por la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de VALDIVIA para la coordinación del servicio.	Se atendieron de manera oportuna los requerimientos que se impartieron por parte del supervisor del contrato, llevando las indicaciones dadas a cabal ejecución; de igual forma se asistió a las reuniones que se convocaron por parte de la E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de VALDIVIA, para la respectiva coordinación del servicio, con el fin de garantizar una buena atención al paciente.
12.	Informar oportunamente a la E.S.E. sobre cualquier impedimento o dificultad que se le presente en la ejecución del contrato, en especial aquellas relacionadas con la prestación del servicio de atención prehospitalaria o el traslado de los usuarios.	De manera oportuna se informo a la E.S.E sobre las dificultades e impedimentos que se presentaron en la ejecución del contrato, en especial aquellas relacionadas con la prestación del servicio.
13.	Asumir los impuestos y deducciones que genere el presente contrato y garantizar el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos laborales), realizando los aportes que legalmente correspondan y presentando la constancia de pago de manera mensual junto con el informe de actividades respectivo.	De manera oportuna se asumieron los impuestos y deducciones que genero el presente contrato y se garantizo el cumplimiento oportuno de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, realizando de forma oportuna los aportes que legalmente corresponden y presentando constancia de pago de manera mensual junto con el informe de actividades respectivo.

14.	Cumplir con las normativas sobre protección de datos y confidencialidad en relación con la información clínica y personal de los pacientes transportados, en conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las disposiciones vigentes sobre el manejo de historias clínicas.	Se dio cumplimiento estricto a las normativas relacionadas con la protección de datos personales y la confidencialidad de la información clínica y administrativa de los pacientes transportados, conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y a las disposiciones vigentes sobre el manejo, custodia y reserva de las historias clínicas. Durante la ejecución de las actividades se garantizó el uso responsable, ético y confidencial de la información, evitando su divulgación no autorizada y asegurando que el acceso a los datos se limitara exclusivamente al personal autorizado, contribuyendo al respeto de los derechos de los pacientes y al cumplimiento de los lineamientos institucionales de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Valdivia.
15.	Ejecutar todas las demás actividades relacionadas directa o indirectamente con la prestación del servicio de traslado asistencial en ambulancias, de acuerdo con el objeto contractual y las instrucciones impartidas por la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de VALDIVIA dentro de los límites del presente contrato.	Se ejecutaron de manera responsable y oportuna todas las demás actividades relacionadas directa o indirectamente con la prestación del servicio de traslado asistencial en ambulancias, en concordancia con el objeto contractual y atendiendo las instrucciones impartidas por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Valdivia, dentro de los límites y alcances establecidos en el contrato. Estas actividades complementarias permitieron apoyar de forma integral la operación del servicio de Transporte Asistencial Básico (TAB), garantizando la continuidad del servicio, el cumplimiento de los lineamientos institucionales y la adecuada atención de los pacientes durante los traslados.

Estefanía Montoya

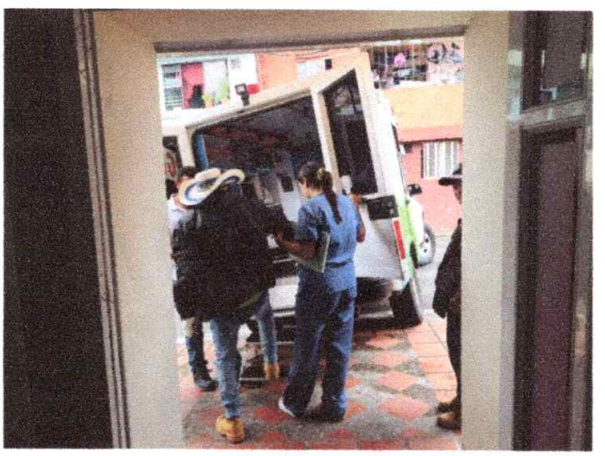
ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
C.C. N° 1.010.145.187 de Valdivia
Dirección: calle Kennedy
Teléfono: 3135014470

ANEXO
EVIDENCIA DE ENTREGA DE PRODUCTOS

EVIDENCIA



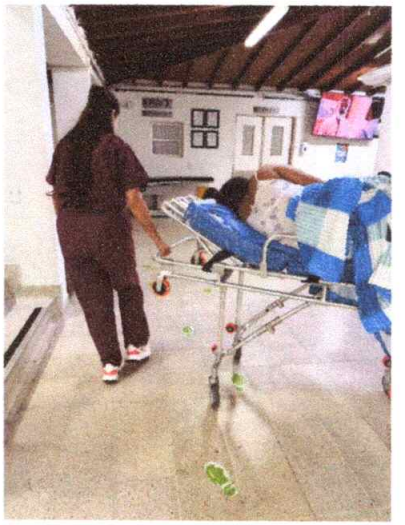




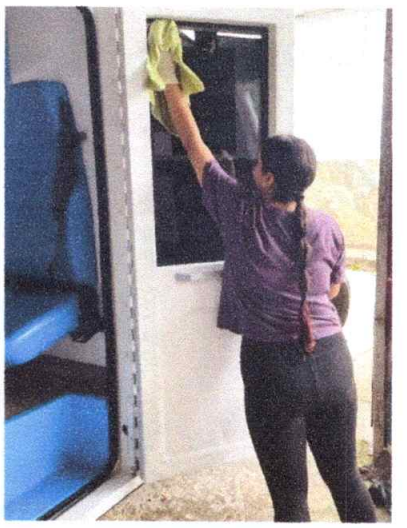












	
FIRMA CONTRATISTA	Estefania Montoya **ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ** C.C. N° 1.010.145.187 de Valdivia Dirección: calle Kennedy Teléfono: 3135014470

								HORA DE SERVICIO	IPS	HORA DE SALIDA	HORA DE ENTREGA	HORA DE REGRESO	TRIPULANTES
01-26	Teresita de Jesus Marquez	32552234	68	Coosalud				Urgencias	Yarumal	17.20	18.50	19 45	Leider Naranjo Andres Muño
01-26	Jose Leonardis Pen gifo	50852191	64	Coosalud				Urgencias	Yarumal	22:10	23:04	00:58	Esteta Andres.
01-26	Sandra Bibiana Arteaga Espinosa	36552801	58	Axa colpatria				Urgencias	Yarumal	10.10	11.40	1.40	Fernando Mora Leider Naranjo
01-26	Andres Alejandro Gomez Garro	1045049263	35	Coosalud				Urgencias	Yarumal	19:10	20:21	22:54	Estela-Leo
01-26	Kevin Villa Misas	5093490945	45	Nueva EPS				Urgencias	Yarumal	19:10	20:21	22:54	Estela-Leo
01-26	Luis Martin Rojas	4026000700	20	Coosalud				Urgencias	Yarumal	01:30	02:33	04:25	Estela-Andres
01-26	Jose fernando. Agamez Ramirez	70046746	72	Sura				Urgencias	Medellin	21:28	00:30	06:30	Estela-Leo.
01-26	Yohara Estefanos Martinez	1045419809	21	Coosalud				Urgencias	Yarumal	13 39	14 55	16 30	Leider Naranjo Fernando Mag
01-26	Geiner Loban Serna Munoz	1044153225	5	Coosalud				Urgencias	Yarumal	16 37	18.16	19.00	Leider-Naranjo Fernando
01-26	Jose Gildardo Moreno vasquez	1044151419	16	Coosalud				Urgencias	Yarumal	16 37	18.18	19.00	Leider-Naranjo Fernando
01-26	Jhan Vianey Perez Callejas	15317199	74	Coosalud				Urgencias	Yarumal				Leider Naranjo Andres Mazo.
01-26		1044151491	40	Coosalud				Urgencias	Yarumal	18:40	20:22	22:25	Geraldine Fernando
01-26	FEBRERO							Urgencias	Yarumal	23:16	01:23	02:38	Geraldine Fernando
02-26	Yeisca Yuliana Grando Loreton	1037778826	16	Sanitas Salud				Urgencias	Montería	03:32	8:30	12:12	Geraldine Andres Mazo
02-26	Miguel Rodriguez Fernandez	36553761	62	Axa Colpatria				Urgencias	Yarumal	14:35	15:26	17:11	Estela - Leo.
02-26	Felix Maikel Beliserio Paredes	4657233	37	Axa colpatria				Urgencias	Montería	14:31	18:35	00:00	Estela - Fernando
02-26	Leidy Johana Moreno Sotomo	1045078538	20	Nueva EPS				Urgencias	Bionegro	18:36	22:50	03:00	Geraldine - Leo Ortiz
02-26	Dario de Jesus Taborda Rios	71339377	46	Coosalud				Urgencia	Yarumal	07:00	08:26	10:10	Geraldine Fernando
								Urgencias	Medellin Valdivia	18.45	3:00	3:00	Leider Naranjo
02-26	Yomara Lopez Chavarria	1001510765	22	Coosalud				Urgencia	Yarumal	07:00	08:00	9:30	Geraldine Andres
02-26	Dupre de Jesus Taborda Rios	71339377	46	Coosalud				Urgencias	Montería	21 24	1.20	5.50	Leider Naranjo Fernando Mora.
02-26	Yomara lopez Chavarria	1001510765	22	Coosalud				Urgencia	Montería	07:04	11.30	15:50	Geraldine Andres Mora
02-26	Flor Maria Rodriguez.	21190294	73	Coosalud				Urgencias	Yarumal	19-30	21.05	23.00	Leider Naranjo Fernando Mora.
02-26	Lenel Cortes Restrepo.	1042153505	14	Coosalud				Urgencias	Yarumal	23, 22	00:05	2 18	Leider Naranjo Fernando. Mora.
02-26	Veronica Velasquez Giraldo.	20376258	26	Coosalud				Urgencias	Medellin	02:40	5.40	12.00	Leider Naranjo Fernando Juliana Rot
02-26	Luisa fernanda Espinosa		29	Axa colpatria				Urgencias	Caucasia	3:50	5:55	8 30	Leider Naranjo Leo. Ortiz
02-26	Edwin Enrique Mesa Mesa		40	Coosalud				Urgencias	Yarumal	17 42	19 27	22 00	Leider-Alvarado Leo. Ortiz
02-26	Jeremy Meneses Gonzales	1038148949	8	Coosalud				Urgencias	Yarumal	19:08	21:30	23:07	Yaraldin Fernando.
02-26	Maria Yamily correa De Rojas	22186003	85	Sanitas				Urgencias	Medellin	22:59	03:00	08:30	Yeraldin Leo Ortiz
02-26	Maria Alejandra Jimenez Jimenez	1001504580	35	Coosalud				Urgencias	Yarumal	07:46	08:38	12:22	Estela-Andres
02-26	Maria Adela Idaoguer Betancur	1219.746	84	Coosalud				Urgencias	Yarumal	10:27	11:19	12:44	Yeraldine - Leider Leo ortiz
02-26	Angela maria Arango Yotagri	1044186427	19	Coosalud				Urgencias	Yarumal				Yeraldine Leo Ortiz
02-26	Dawin David Montoya Restrepo	1045428579	17	La Preventora				Urgencias	Yarumal	22:29	00:30	01:40	Yeraldine Andres Mazo

Scanned with CamScanner

N	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	EPS	DX
20	01/01/26	Angie Katherine Gomez Cano	1045422685	20	Coosalud E	Esquizofrenia no especificada
21	11-02-26	Jhony Estiven orta Rios	1044150366	20	Coosalud	Otros dolores abdominales y los no especificados / Infección bacteriana no especificada / Dolor pelvico pelviano
22	12-02-26	Mona Lenis cuello Rios.	1002816151	20	Mutualser	Embarazo confirmado
23	12-02-26	Erika Maria sanchez correa	1042767168	36	La Preventiva	Trastornismo de fobia social / Trastornismo de fobia social / Trastornismo de fobia social /

HOJA DE TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

RESPONSABLE ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ

MES FEBRERO AÑO 2026 CC 1010145187

N° ORDEN	FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	FECHA LLEGADA	DOCUMENTO PACIENTE	IPS TRASLADADO
1	02/02/2026	14:35	15:26	1037778826	YARUMAL
2	03/02/2026	14:31	18:35	36553767	MONTERIA
3	10/02/2026	07:46	08:38	1007507580	YARUMAL
4	12/02/2026	09:00	09:45	1042767168	YARUMAL
5	12/02/2026	14:00	15:15	1045076154	YARUMAL
6	13/02/2026	22:23	23:10	780950	YARUMAL
7	15/02/2026	17:38	18:56	1002065597	YARUMAL
8	16/02/2026	15:08	17:20	1045425352	CAUCASIA
9	20/02/2026	16:16	17:20	15307995	YARUMAL
10	20/02/2026	20:15	22:20	26025810060861	CAUCASIA
11	23/02/2026	21:05	22:00	1002065599	YARUMAL
12	24/02/2026	16:15	17:09	15319904	YARUMAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES: José Medardo	APELLIDOS: echeverria jaramillo	EDAD: 68 años								
TIPO DE DOCUMENTO	R.C [ ]	T.I [ ]	C.C [X]	C.E [ ]	NUIP [ ]	M.S [ ]	SEXO: M [2]	F [ ]		
Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1531[illegible]07	DIRECCIÓN: la carlante.									
TELEFONOS: 3117332076 / 3117465748	ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ]	NOMBRE:								
ASEGURADORA/E.A.P.B: sura	SUB. [ ]	CONTR. [X]	ESP. [ ]	NO ASEG [ ]	S.O.A.T [ ]					

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO: SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION: REGULADO	NO REGULADO
24 02 2026	16:15	24 02 2026	17:09	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** ese hospital yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Medicina interna **DIAGNÓSTICO:** 1) Mareo c/descaresimiento hipotensión no especificada

MÉDICO REMISOR: Sorelys barraza

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** Medicina interna

AUX. DE ENFERMERIA: Estefanía montoya **PLACA AMBULANCIA** Lik409

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**

CONDUCTOR: daniel ecse

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	93 /	87 pmt	95 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	102 / 56	85 pmt	95 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratado, afebril, sin episodios eméticos, no refiere molestia, se llega a la esehospital yaromal, se ingresa paciente en silla de ruedas se espera al llamado en sala de triaje, se ubica en cama se comenta con médico de turno quien atiende a la información

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

acepta y Firma la hoja de traslado el dia 24-02-26 hora 17:30 queda en compañia de personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: esesalgon caromal SERVICIO: Medicina interna.

estefania Montoya — FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Diego Alejandro Barrera — FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Jose Medardo echeverria identificado con c.c. 1531909107 de caromal autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Jose Medardo echeverria * — Nombre del paciente y/o acudiente

firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD
Yamilse Yoneidi	Perez Calleros	30 Años

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [X]

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1002065504 DIRECCIÓN: Remolinos

TELEFONOS: 3226756311 / 3017551683 ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ] NOMBRE: Esteban Mejia

ASEGURADORA/E.A.P.B: Coosalud SUB. [X] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [ ]

DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM / AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM / AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
23/02/2026	21:05	23/02/2026	22:00	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** ESE HSJD Caucasia

SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia **DIAGNÓSTICO:** 1) Falso trabajo de parto a las 37 y mas semana embarazo confirmado

MÉDICO REMISOR: Jesus Calderon

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** Ginecologia

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya **PLACA AMBULANCIA**

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** Sorelys Barraza

CONDUCTOR: Leo Ortiz. P12023

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	124/80	96 pmt	98 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	131 / 72	95 pmt	97 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratada, afebril, con 1 episodio emetico, refiere dolor tipo contracción, 4 contracciones en 10 minutos con duración de 25 segundos, fetocardia acorde a EG. 144 Lx min. Se llega valida ESE HSJD Caucasia, medico que acompañaba durante el traslado Sorelys Barraza, tacta

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

a la paciente llega en 8 centimetros de dilatacion, se obtiene en camilla se ingresa en camilla, se obtiene en cama, se comenta con Medico de turno quien acepta el traslado se firma hoja de traslado el dia 23-02-26 Hora 22:08 queda en compañia de personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE HSJDD aguadal. SERVICIO: Ginecologica.

Estefania Montoya Sorelys Barrera 2 · RM: 1043019839.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo yanilse yoneidi Perez identificado con c.c. 1002655999 de valdivia autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuéncia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

yanilse yoneidi Perez
Nombre del paciente y/o acudiente

Yanilse Perez
firma del paciente y/o acudiente

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

MISION MEDICA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Hijo de Karen — NOMBRES
Nazo Ruiz — APELLIDOS
EDAD: 1 DIA

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [x] F [ ]

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1602581006661 DIRECCIÓN: los Pomos.

TELEFONOS: 3006288120 ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ] NOMBRE: Luis Nazo

ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud — SUB. [x] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [ ]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO: SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION: REGULADO	NO REGULADO
20/02/2026	20:15	20/02/2026	22:20	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[x]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: Cesar Uribe Piedrahita
SERVICIO REQUERIDO: Neonatología
DIAGNÓSTICO: 1) Prematuro tardío, nacido fuera de hospital, otros p hipoglicemias, sepsis bacteriana del recien nacido
MÉDICO REMISOR: Yocelys Fernandez
SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Neonatología
AUX. DE ENFERMERIA: Estefanía Montoya
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Fernando Hernandez
PLACA AMBULANCIA: HZC158

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	/	pmt	%	°C	/
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	/	pmt	%	°C	/

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA Glicometria 66 mg/DL

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado alerta, llanto fuerte, hidratado, afebril, sin episodios eméticos, acerme periodos largos, se llega al hospital Cesar Uribe Piedrahita, ingresa paciente en compañía del tío materno se chica en cama se comenta con jefe de enfermería quien atiende dicha información firmo la hoja

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

de traslado el dia 20-02-26 hora 22:52 acuesta en compañia de personal medico con acompañante

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Cesar oriente piedrahita SERVICIO: Neonatologia.

Estefania Montoya
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Tatiana Cantalapiedra Urrutia
JEFE ENFERMERIA
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Caren Mazo Ruiz identificado con c.c. 1193121791 de Valdivia, autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Caren Mazo Ruiz
Nombre del paciente y/o acudiente

Luis Mazo Tio
firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES: jose jairo	APELLIDOS: lujan zea	EDAD: 80 años			
TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ]	NUIP [ ] M.S [ ]	SEXO: M [X] F [ ]			
Nº DE IDENTIFICACIÓN: 15307915	DIRECCIÓN: la habana				
TELEFONOS: 3011787354 3147260055	ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [X]	NOMBRE:			
ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud	SUB. [X]	CONTR. [ ]	ESP. [ ]	NO ASEG [ ]	S.O.A.T [ ]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO: SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION: REGULADO	NO REGULADO
20 02 2026	16:16	20 02 2026	17:20	X			X	X	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** ESE HSJDD clarosal

SERVICIO REQUERIDO: ortopedia **DIAGNÓSTICO:** 1) Neuropatia diabetica
MÉDICO REMISOR: carlos blandaceth P de perro lagarino especificado

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** ortopedia

AUX. DE ENFERMERIA: estefania montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** **PLACA AMBULANCIA** K20758

CONDUCTOR: fernando hernandez

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	175 / 97	96 pmt	96 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	160 / 90	91 pmt	93 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratado, afebril sin episodios eméticos no refiere dolor, se llega a la ESE HSJDD clarosal, se ingresa paciente en silla de ruedas, se espera al llamado en sala de triage, se chuca en cama se comenta con medico de turno quien atiende a la

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISIÓN MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

Información firma la hoja de traslado el dia 20-02-26 Hora 18:10 queda en compañia de personal medico sin acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE Hospital caromal SERVICIO: ortopedia

Estefania Montoya

Laura Gómez Moreno
Médica y cirujana
Universidad de Antioquia
RM 1001368908

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Jose Jairo Lopez identificado con c.c. 1530790 15 de Campamento autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Jose Jairo Lopez
Nombre del paciente y/o acudiente



firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD
camila Andrea	Gomez Acila	18 años

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [X]

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1045425352 DIRECCIÓN: astilleros

TELEFONOS: 3206223601 3012373808 ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ] NOMBRE: Maria Acila

ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
X				

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
16 02 2026	17:20	16 02 2026	17:20	X			X	X	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** Hospital Cesar Uribe

SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia **DIAGNÓSTICO:** 1) Falso trabajo de parto Antes de las 37 semanas

MÉDICO REMISOR: Juliana Botero

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** Ginecologia

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** **PLACA AMBULANCIA** KZ0758

CONDUCTOR: Fernando Hernandez

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	111 / 64	88 pmt	96 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	109 / 68	90 pmt	96 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta hidratada, sin episodios eméticos refiere dolor tipo contracción con fetocardia audible 138, se llega al Hospital Cesar Uribe Piedrahita en camilla, se ingresa paciente en silla de ruedas, se espera al llamado en sala de triaje, se comenta con medico

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

de turno quien atiende y acepta firma la hoja de traslado el dia 16:02-26 hora 16:30 queda en compañia de personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Hospital Cesar Uribe SERVICIO: Ginecologia.

Estefania Montoya
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

1049350070.
Maria Victoria Rodriguez.
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Camila Andrea Gomez identificado con c.c. 1045425352 de Valdivia. autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Camila Andrea Gomez
Nombre del paciente y/o acudiente

Camila Ayla
firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Fernecy Alberto (NOMBRES) | Arelza Garcia (APELLIDOS) | EDAD: 28 Años

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [x] F [ ]

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1002065597 DIRECCIÓN: la habana

TELEFONOS: 3015307510 / 3043334505 ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Cesmi Bedoya

ASEGURADORA/E.A.P.B: savia salud | SUB. [x] | CONTR. [ ] | ESP. [ ] | NO ASEG [ ] | S.O.A.T [ ]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO: SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION: REGULADO	NO REGULADO
15 02 2026	17:38	15 02 2026	18:56	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[x]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.

IPS QUE RECIBE: ESE HSJD Caromal

SERVICIO REQUERIDO: cirugia General

DIAGNÓSTICO: 1) Dolor localizado en otras partes del abdomen

MÉDICO REMISOR: Jesus Calderon

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]

DESTINO DEL SERVICIO: cirugia General

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**

CONDUCTOR: Fernando Hernandez

PLACA AMBULANCIA: KOC758

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	117 / 80	73 pmt	97 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	156 / 85	92 pmt	96 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente alerta hidratado sin periodos eméticos, refiere dolor, se llega a la ESE HSJD Caromal, se ingresa paciente en silla de ruedas se coloca en cama, se comenta con medico de turno quien acepta y firma hoja de traslado el dia 15-02-26

Hospital San Juan de Dios Valdivia

VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

hora 19:19 queda en compañia de personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: esesjdd caramal SERVICIO: urgencias

Estefania Montoya

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Juan David Zuluaga.

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Ferney Alberto Arbeláez identificado con c.c. 1002065397 de caramal, autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Ferney Alberto Arbeláez
Nombre del paciente y/o acudiente

FERNEY A
firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES: eduardo — APELLIDOS: Roa Cerqueira — EDAD: 89 años

TIPO DE DOCUMENTO — R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [x] F [ ]

N° DE IDENTIFICACIÓN: 7809750 — DIRECCIÓN: la esmeralda

TELEFONOS: 3146530711 — ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Mariela Roa

ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud — SUB. [x] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [ ]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
13 02 2026	10:13	13 02 2026	23:10	[x]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[x]

IPS REMISORA: 22:13 E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. — **IPS QUE RECIBE:** ESE HSJ DD Caromal

SERVICIO REQUERIDO: Medicina interna — **DIAGNÓSTICO:** 1) infarto subendocardio pAgrado del miocardio, Hipertension, insuficiencia renal Cronica

MÉDICO REMISOR: Juliana Botero

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ] — **DESTINO DEL SERVICIO:** Medicina interna

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** Yoceys Fernandez — **PLACA AMBULANCIA:** LIK 409

CONDUCTOR: Andres Maza

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	109 / 60	89 pmt	92 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	136 / 42	77 pmt	96 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratado afebril, sin episodios eméticos, no refiere dolor, se le pone canula nasal a 2 litros por orde de medico que acompaña da durante el traslado Yoceys Fernandez se entrega a caromal donde fue aceptado el traslado no regulado, se ingresa por

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

triaje se ubica en calma medico firma hoja de traslado el dia 13-02-26 Hora 23:27 queda en compañia de Personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE HSJDD Caromal SERVICIO: Medicina Interna

Estefania Montoya C/C 1006145 Fernandez

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Simon Restrepo

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Eduardo Ruiz identificado con c.c. 780950 de Valdivia autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Eduardo Ruiz
Nombre del paciente y/o acudiente

Mariela Ruiz
firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD
Erika Maria	Sanchez Correa	36 años

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [X]

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1042767168 DIRECCIÓN: la Paulina

TELEFONOS: 3004143620 3011381127 ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ] NOMBRE: Alberto Fuentes

ASEGURADORA/E.A.P.B: la Preservadora s.a compañia SUB. [ ] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [X]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO: SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION: REGULADO	NO REGULADO
12 02 2026	09:00	12 02 2026	09:45	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[X]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** ESE HSJD Caucasia

SERVICIO REQUERIDO: Cirugia General **DIAGNÓSTICO:** 1) traumatismo de pared torax 2) traumatismo del torax 3 traumatismo de organo intraabdominal, pasajero de motocicleta lesionado

MÉDICO REMISOR: Apostolos Fernandez

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** Cirugia General

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya **PLACA AMBULANCIA**

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** Delver Sierra

CONDUCTOR: Fernando Hernandez TPC758

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	94 / 50	70 pmt	70 %	°C	8 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	236 / 104	68 pmt	67 %	°C	7 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado inconciente, sin respuesta al estimulo doloroso, paciente con intubacion endotraqueal se le pasan dos gramos de cefalotina, adrenalina, con signos vitales inestables con mal pronostico, acompañado del Medico Delver Sierra, se llega a la ESE HSJD Caucasia, se comenta con medico

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

de forma quienes aceptan el traslado no regulado, se ingresa en camilla, se pasa a sala de reanimación queda en compañía de personal medico con acompañante. queda con signos inestables con mal pronostico

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: esehsjdd aranal SERVICIO: cirugia General.

esteranicy Montoya Delcer sierra

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo erika Maria sanchez identificado con c.c. 1042767168 de valdivia, autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

erika maria sanchez
Nombre del paciente y/o acudiente

* Alberto Fuentes.
firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Viviana Andrea Taboh Cepes EDAD: 22 años
NOMBRES APELLIDOS

TIPO DE DOCUMENTO R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [x]

N° DE IDENTIFICACIÓN 1045076154 DIRECCIÓN la paolina

TELEFONOS 3011852283 3127134785 ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: sonia osorio

ASEGURADORA/E.A.P.B: La Preusora compañía SUB. [ ] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [x]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
12 02 2026	14:00	12 02 2026	15:15	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[x]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** ESE HSJDD Caucasia

SERVICIO REQUERIDO: ortopedia **DIAGNÓSTICO:** 1) Trauma Mayor de la Cadera Fractura de Cadera
p Fractura inferior de la tibia

MÉDICO REMISOR: Yuceidis Fernandez

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ] **DESTINO DEL SERVICIO:** ortopedia

AUX. DE ENFERMERIA: Esteban Montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**

CONDUCTOR: Fernando Hernandez **PLACA AMBULANCIA** K20758

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	118 / 72	78 pmt	96 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	123 / 72	80 pmt	95 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratada, afebril, sin episodios eméticos, refiere leve dolor, se llega a la ESE HSJDD Caucasia se ingresa paciente en camilla, se espera al llamado en sala de triaje, se obra en cama se comenta con medico de turno quien atiende, firma la hoja del traslado

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

el dia 12-02-26 Hora 16:15 queda en compañia de Personal medico con acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: esehsjsp caromal SERVICIO: ortopedia.

estefania montoya.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Maria camila Ruiz
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Viviana Andrea taboon identificado con c.c. 1075076154 de Valdivia, autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Viviana Andrea Taboon
Nombre del paciente y/o acudiente

Viviana Taboon
firma del paciente y/o acudiente

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Deisy Viviana	Granda Moreno	EDAD: 16 años							
NOMBRES	APELLIDOS								
TIPO DE DOCUMENTO	R.C [ ]	T.I [X]	C.C [ ]	C.E [ ]	NUIP [ ]	M.S [ ]	SEXO: M [ ]	F [X]	
N° DE IDENTIFICACIÓN	1037748826	DIRECCIÓN	El helado						
TELEFONOS	3043861434 3244703653	ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [X]	NOMBRE:						
ASEGURADORA/E.A.P.B:	Savia Salud	SUB. [X]	CONTR. [ ]	ESP. [ ]	NO ASEG [ ]	S.O.A.T [ ]			

DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
02 02 2026	14:35	02 02 2026	15:26	[X]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUA DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: ESE HSJD Caucasia
SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia
MÉDICO REMISOR: Sofia Barraza
DIAGNÓSTICO: 1) Amenaza aborto
p
SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Ginecologia
AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Leo Ortiz
PLACA AMBULANCIA QI2023

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	122 / 51	74 pmt	95 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	123 / 68.	87 pmt	96 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta hidratada, sin episodios eméticos, no refiere dolor, se llega a la ESE HSJD Caucasia se ingresa paciente en silla de ruedas, se comenta con medico de turno quien atiende y acepta firma la hoja de traslado fecha 02-02-26 Hora: 15:45

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

queda en compañia de Personal medico sin acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE Hospital Caramal SERVICIO: Ginecologia.

Estefania Montoya
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Katheryn Garces Yepes
1152712312
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Deisy Viviana Granda identificado con c.c. 1037788826 de Huango autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Deisy Viviana Granda
Nombre del paciente y/o acudiente

* Deisy granda
firma del paciente y/o acudiente

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

Unidos por la Salud y la Vida

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

MISION MEDICA

VERSIÓN:
FECHA: 08/07/20

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Miriam (NOMBRES) Rodriguez Fernandez (APELLIDOS) EDAD: 62 años

TIPO DE DOCUMENTO R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [x]

N° DE IDENTIFICACIÓN 36553767 DIRECCIÓN cacicasia

TELEFONOS 3117479695, 3108268014 ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [x] NOMBRE:

ASEGURADORA/E.A.P.B: Axa colpatria Seguros SUB. [ ] CONTR. [ ] ESP. [ ] NO ASEG [ ] S.O.A.T [x]

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
03 02 2026	14 :31	03 02 2026	18:35	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[x]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUA DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** Clinica traumas y Fracturas

SERVICIO REQUERIDO: ortopedia

MÉDICO REMISOR: Jocelys Fernandez

DIAGNÓSTICO: 1) Fractura de omoplat p luxacion acromio clavicu traumatismo de la cabe accidente de camioneta

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]

DESTINO DEL SERVICIO: ortopedia

AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**

CONDUCTOR: Fernando Hernandez

PLACA AMBULANCIA KZ0758

SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	152 / 91	92 pmt	94 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	148 / 82	102 pmt	95 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado consciente, alerta hidratada, afebril, sin periodos eméticos, refiere dolor durante el traslado, se llega a la clinica traumas y Fracturas Monteria, (se cubica) se ingresa paciente en camilla, se comenta con medico de turno quien atiende a la información firma la hoja de traslado

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

Firma la hoja de traslado el dia 03-01-26 Hora: 18:47 Yaceda en compañia de personal medico.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Traumas y Fracturas SERVICIO: ortopedia

Estefanía Montoya — FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Alvaro Mesa 1067956236. — FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Miriam Rodriguez identificado con c.c. 36553767 de Santa Marta autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Miriam Rodriguez
Nombre del paciente y/o acudiente

firma del paciente y/o acudiente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES: Maria Catalina
APELLIDOS: Jimenez Jimenez
EDAD: 35 años

TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [x]

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1007507580
DIRECCIÓN: Puerta la platanera

TELEFONOS: 302 3159366 / 3001174269
ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [x] NOMBRE:

ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T

2. DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

FECHA DEL TRASLADO DD / MM/ AAAA	HOR SALIDA	FECHA DE LLEGADA DD / MM/ AAAA	HORA DE LLEGADA	TIPO DE TRASLADO SENCILLO	REDONDO	TAM	TAB	CONDICION REGULADO	NO REGULADO
10 02 2026	07:46	10 02 2026	08:38	x			x	x	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: esehsjddcaromal
SERVICIO REQUERIDO: Medicina interna
MÉDICO REMISOR: Juliana Botero
DIAGNÓSTICO: 1) diabetes mellitus pinsulinodependiente con complicaciones
SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Medicina interna
AUX. DE ENFERMERIA: Estefania Montoya
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Andres Mazo
PLACA AMBULANCIA: 012023

	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados	PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	77 / 53	68 pmt	92 %	°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	101 / 58	70 pmt	94 %	°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado consciente, alerta, hidratada, afebril, sin episodios eméticos; no refiere dolor, se llega a la esehsjdd caromal, se ingresa paciente en silla de ruedas, se espera al llamado en sala de triage se ubica en cama, se comenta con medico de turno quien atiende

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VALDIVIA – ANTIOQUIA
NIT.891.982.129-7
TELEFAX: 836 03 55

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

el FIRMA la hoja de traslado el dia 6-02-26 Hora 09:16 queda en compañia de personal Medico sin acompañante

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: esehjdo caromal SERVICIO: Medicina interna

Estefania Montoya — FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Juliana Mielo Betancurt — FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Maria Catalina Jimenez, identificado con c.c. 1007577580 de Valdivia, autorizo a la tripulacion de la ambulancia para realizarme la valoracion, procedimientos y/o traslado en ambulancia requerido. Acepto que se me han explicado las razones del traslado y las posibles complicaciones que podrian ocurrir como consecuencia de mi patologia de base o durante el traslado, de tal manera que admito la realizacion de maniobras de reanimación o su finalización, de acuerdo al criterio médico y a mi patologia. Fuí informado de que el traslado es voluntario y que se realiza para garantizar mi seguridad, conservar la vida y mejoramiento de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes para aclarar mis dudas y se han respondido de manera clara y suficiente.

Maria Catalina Jimenez
Nombre del paciente y/o acudiente

*maria catalina Jimenez
firma del paciente y/o acudiente

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

NIT. 891.982.129-7

Acta de supervisión

Acta de avance número		2

Consideración previa	Que de conformidad con el Estatuto de contratación acuerdo No 09 de octubre de 2024 en su Título VI articulo 46 interventoría y supervisión del contrato: La ESE ejercerá la interventoría o supervisión de todos los contratos celebrados a través de funcionarios de planta o de persona natural o jurídica contratada para efecto, desarrollando la interventoría técnica, financiera, contable administrativa jurídica en los términos de ley 1474 de 2011 o la que lo modifique adicione o sustituya corresponde al supervisor realizar las funciones de verificación del objeto del contrato y en consecuencia hacer las respectivas actas de supervisión.
Modalidad de selección	Convocatoria directa
Número y objeto del contrato:	CONTRATO No 01-2026 PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TRASALADO DE PACIENTES DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA- ANTIOQUIA. EN LOS VEHICULOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES(TAB) PARA IPS DE NIVEL SUPERIOR.
Plazo	Doce (12) meses, desde el 02 de enero de, al 31 diciembre de 2026
Valor	Treinta y dos millones cuatrocientos mil pesos ($32.0400.000)
Registro presupuestal No.	2.4.5.0.2.0.9.9.0.1Servicios prestados por terceros - discrimina según necesidad (Asistencial)

Contratante	
E.S.E	Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia
Representante legal:	MARISELA AVENDAÑO
Cedula de Ciudadanía:	39.275.787
Nit:	891982129-7

Contratista

Nombre	ESTEFANIA MONTOYA GUTIERREZ
Cédula de ciudadanía	1010145187.00

Concepto de supervisión

Que analizado el informe de actividades presentados por la contratista ESTEFANIA MONTOYA GUTIERRZ se pudo verificar que cumplió con las actividades en el periodo del mes de febrero de 2026 dando cumplimiento al objeto contractual con respecto a prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería en la E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de Valdivia, de acuerdo al contrato Nro. 01-2026, realizando las siguientes actividades

- Traslado de pacientes regulados y no regulados para IPS de nivel superior entre el 01 a 28 de febrero de 2026, un total d 12. traslados (listado con numero de documentos de los pacientes traslados).
- Inventario de insumo de ambulancia (1. Soporte de imágenes fotográficas)
- Traslados a la E.S.E San juan de dios de Yarumal 9.
- Traslados a la clínica Pajonal de Caucasia 2.
- Traslado a Montería 1
- Aseo terminal ambulancia 1. (soporte imágenes fotográficas)

Especificaciones del avance

Valor del Contrato **$ 32,400,000** ACTA N°	***Valor del avance (valor del pago a realizar en el periodo)***	***Valor por ejecutar (sumatorio del valor del avance)***	***Porcentaje de cumplimiento***
1	$2,700,000	29,700,000	8.3 %
2	$2,700,000	27,000,000	8.3 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %
			0.0 %

Concepto del supervisor y porcentaje de avance
Certificación de interventoría para el pago

Analizados los soportes entregados por el Contratista, y verificado la cuenta de cobro No. 02 del contrato Nro 01-2026 del mes de enero de 2026, presentada por el contratista se autoriza el desembolso al contratista por la suma de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).Se verifica planilla de pago de la seguridad social No 36138138 por valor de ($541.800) correspondiente a: - salud: periodo feberro -2026 arl mes de fenrero de 2026 y pension del mes de feberro de 2026 (24/02/2026)

Se deja constancia que el avance de las actividades contratadas, se encuentra dentro de las expectativas y requerimientos de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS del Municipio de Valdivia, las cuales fueron plasmadas en el contrato de la referencia; en consecuencia, se autoriza el pago de la contraprestación pactada por las partes y establecida en el acta de supervisión.

Estado porcentual del contrato de prestación de servicios número 01 -2026

Porcentaje de ejecución del contrato	16.7	%
Porcentaje por ejecutar	83.3	%

Anexo: soporte colilla de pago, listado de pacientes atendidos, evidencias fotograficas

En constancia de lo anterio, se firma a los 28 dias del mes de febrefro del año 2026.00

Hospital San Juan de Dios
Eliber Correa Mesa
C.C 98686821

BER ANTONIO CORREA MESA
CC: **98686821** DE SAN JAUN DE URABA
JEFE DE ENFERMERIA
Supervisor