E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - VALDIVIA Nit: 891.982.129-7			
COMPROBANTE DE EGRESO:	OP 12624	Fecha:	Abr.30/2026

2026 04 30 ******2,538,000**

**NARANJO CHAVARRIA LEIDER ARLEY

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

Proveedor: NARANJO CHAVARRIA LEIDER ARLEY — Nit/CC: 1.002.084.506

Vr Pagado: 2,538,000

No Fact.: 9

Fecha Fact.: Abr.30/2026

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 SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERFEMERIA PARA EL TRASLADO DE PACIENTE DE LA ESE, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL 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	1,002,084,506		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 ARLEY
Gerente

LIGIA AMPARO ARANGO SILVA
Subdirectora Administrativa

NARANJO CHAVARRIA LEIDER
Firma y Sello Beneficiario

Elaboro:NATAL Imprime: NATAL
Fecha Sistema:30/04/2026
Hora:11:29:24

Cobrado

CUENTA DE COBRO N°4
FECHA 30/04/2026

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

Debe a:
LEIDER ARLEY NARANJO CAHAVRRIA
CC: 1001084506 DE TARAZA ANTIOQUIA

La suma de:
DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS
($ 2.700.000)

Primer pago de honorarios pactados según contrato nro. 02-2026 cuyo objeto es: **"PRESTACION DE 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 ABRIL hasta el 30 de ABRIL de 2026.

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

Atentamente

Leider Naranjo
LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA
CC: 1002084506 DE TARAZA – ANTIOQUIA
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
CONTRATISTA

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

4 de Mayo de 2026 11:51:27 AM
Dirección IP: 190.61.57.192

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: jueves, 30 de abril de 2026 - 6:03 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
ESE HOSPITAL VALDIV
NIT: 891982129
FECHA: 04/05/2026

Entidad	BANCOLOMBIA
Producto Beneficiario	50374611345
Identificación Beneficiario	1002084506
Tipo de Identificación	1
Nombre del Beneficiario	LEIDER NARANJO
Tipo de Producto	Ahorros
Tipo de Transacción	37
Valor	2,538,000.00
Oficina de Entrega	0
Referencia	
Lugar de Pago	
Número de Celular	
Fecha Aplicación	2026/04/30
E-mail	
Identificación del Autorizado	
Estado del Pago:	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA

Regresar

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:	CPS02-2026
NOMBRE CONTRATISTA:	LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1002.084.506 de Taraza
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 ABRIL AL 30 DE ABRIL 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 14 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 14 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 14 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 se atendieron 18 pacientes que presentaron 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.

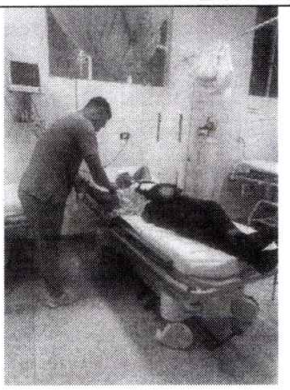
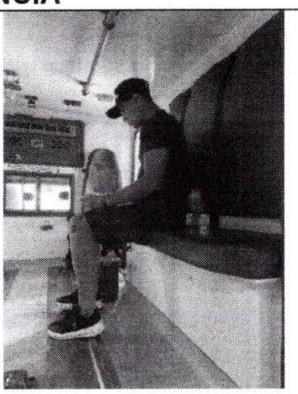
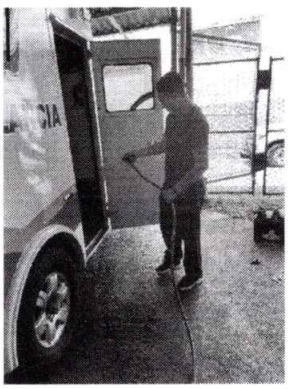
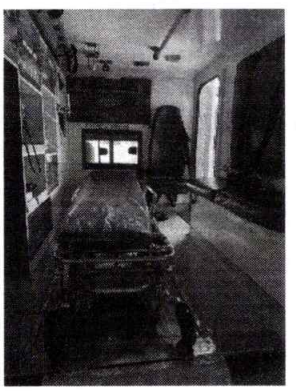
Leider Naranjo

LEIDER ARALEY NARANJO CHAVARRIA
C.C. N° 1002.084.506 de Taraza – Antioquia
Dirección Valdivia Barrio la floresta
Teléfono 3022454028

ANEXO
EVIDENCIA DE ENTREGA DE PRODUCTOS

1. TEMA - ACTIVIDAD - PRODUCTO

EVIDENCIA

FIRMA CONTRATISTA	Leider Naranjo **LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA** C.C. N° 1002.084.506 de Taraza – Antioquia Dirección Valdivia Barrio la floresta Teléfono 3022454028

HOJA DE TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

RESPONSABLE LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA

MES ABRIL AÑO 2026 CC 1002084506

N° ORDEN	FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	FECHA DE ENTREGA	HORA DE ENTREGA	HORA DE LLEGADA	DOCUMENTO PACIENTE	IPS TRASLADADO
1	28/03/2026	02:43	28/03/2026	05:30	09:00	1045419925	CAUCASIA
2	29/03/2026	17:15	29/03/2026	19:14	23:00	3650161	CAUCASIA
3	30/03/2026	18:30	30/03/2026	20:00	22:00	70418155	YARUMAL
4	01/04/2026	06:30	01/04/2026	11:00	03:30	22186155	MEDELIN
5	02/04/2026	05:44	02/04/2026	08:40	16:30	1082832478	MEDELIN
6	03/04/2026	10:20	03/04/2026	11:40	13:00	22193765	YARUMAL
7	04/04/2026	11:35	04/04/2026	15:00	21:00	22186867	MEDELIN
8	18/04/2026	13:44	18/04/2026	18:00	23:00	22186630	MEDELIN
9	19/04/2026	16:20	19/04/2026	18:00	19:00	15318181	YARUMAL
10	21/04/2026	14:22	21/04/2026	15:40	17:10	1042763961	YARUMAL
11	21/04/2026	23:07	21/04/2026	00:25	02:00	103777867	YARUMAL
12	22/04/2026	12:45	22/04/2026	14:40	17:40	39285848	CAUCASIA
13	25/04/2026	23:12	25/04/2026	02:10	05:40	1022169763	MONTERIA
14	26/04/2026	13:47	26/04/2026	15:00	16:40	1066172700	YARUMAL

Bancolombia

Comprobante en línea

26 Abr 2026 18:58:40

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 255626440

Comercio
ENLACE OPERATIVO S.A.

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
26 Abr 2026 18:58:40

Referencia 2
CC

Número de factura
85230112

Referencia 3
1002084506

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
$541.800

Número de comprobante
TR1857306440

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 1345

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-26, 08:31:40 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 85230112

Periodo Cotización 202604 **Periodo Servicio** 202604

PAGADA 2026-04-26 19:01:13.0 EN HORARIO EXTENDIDO

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA				
Documento	CC 1002084506	**Dirección**	CL 11 #8 - 31		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8570099		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BRICEÑO	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal		**Identificación**			

I. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1002084506						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	NARANJO CHAVARRIA LEIDER ARLEY	5107000 - 05		ANTIOQUIA

II. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																		

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

NOMBRES: Juan Sofia — APELLIDOS: Bueno Diaz — EDAD: 22 años

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1066172700 — DIRECCIÓN: Barrio el porvenir

TELEFONOS: 3015853975. — ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [X] NOMBRE:

SEGURADORA/E.A.P.B: Sura.

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
4				

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
26 04 2026	13:47	26 04 2026	14:40	Y			Y	Y	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. — **IPS QUE RECIBE:** Hospital San Juan de Dios Yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia — **DIAGNÓSTICO:** 1) Amenaza de Aborto

MÉDICO REMISOR: Sorelis Taborda — Pendiente de confirmar.

SERVICIO DE ORIGEN: URG [4] HOSP [ ] — **DESTINO DEL SERVICIO:** Ginecologia.

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Noreña

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

CONDUCTOR: Daniel Tapa.

PLACA AMBULANCIA: OKK089

		PA:	FC:	SPO2	T°	ESTADO DE CONCIENCIA:
SIGNOS VITALES	Anote en la respectiva casilla los signos vitales identificados					
	AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA E.S.E	110 / 75	76 pmt	96 %	36. °C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	110 / 75	76 pmt	96 %	36. °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientada alerta, acostada en camilla no refiere dolor ni molestias no presenta episodios de vomito monitorizada con signos vitales estables dentro de los parametros normales sin novedades se llega al hospital sin novedades se ingresa a urgencias se recibe paciente se ingresa al box 4 se hace el ingreso en adecuadas condiciones y se traslada al medico de turno quien atiende al paciente se concluye con medico de turno quien atiende al paciente se concluye con

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

NOTA DE EVOLUCIÓN

hoja de traslado a Ly. Se recibe entrega de anexos y pertenencias, acude paciente en buenas condiciones generales y bajo supervisión del personal medico.
Se egresa del hospital san juan de dios valdivia al lado que recibe.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE hospital san juan de dios valdivia SERVICIO: Binomio Cesar.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Juan Esteban Bueno Diaz identificado con c.c. 1061772700 de .
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.

Juan Esteban Bueno Diaz
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

Mayi Ucleane — NOMBRES
Vergara Correa — APELLIDOS
EDAD:

TIPO DE DOCUMENTO R.C ☐ T.I ☐ C.C ☐ C.E ☐ NUIP ☐ M.S ☐ SEXO: M ☐ F ☐

N° DE IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN: palmarito.

TELEFONOS: 3122797930 / 3107439122
ACOMPAÑANTE: SI ☒ NO ☐ NOMBRE: Ana camila. madre.

ASEGURADORA/E.A.P.B: coosalud.

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
4				

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
25 / 04 / 2026	:	26 / 04 / 2026	2 : 10	9			9	9	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: Clinica metrosalud unidad infantil casa del niño
SERVICIO REQUERIDO: Ortopedia
DIAGNÓSTICO: 1) otros dolores abdominales y los no especificados
p otros no especificados
MÉDICO REMISOR: Gustavo Restrepo
SERVICIO DE ORIGEN: URG ☐ HOSP ☐
DESTINO DEL SERVICIO: Ortopedia.
AUX. DE ENFERMERIA: Deiber Naranjo
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Daniel Otero.
PLACA AMBULANCIA: OK 089

	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	90 / 60	112 pmt	96 %	37 °C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	98 / 65	115 pmt	97 %	37 °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientado, acostado con cuidados de riesgo de caídas se protege oportunamente monitorizado con signos vitales estables sin eventos se llega a clínica metropolitana infantil de ortopedia se hace pase de los diferentes entornos de la sede. se realiza registro de admisiones, luego se cuenta con medio de tercero quien brinda información acepta y firma hoja de traslado a las 2:10 se realiza entrega de dicho formato y se

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

Traslado paciente a sala de Pediatria. queda recuesto sobre bajo supervision del personal medico y la madre.
Medico que traslado. Cesia. Sebastian Avilez Cogollo. CC 1007508661
Se entrega en buen estado de salud y vivo.
del 26.04.2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Clinica Materno Infantil Nova Corporal

Dra. Cesia S. Avilez Cogollo
SERVICIO
Médico General
R.M. 1.007.508.661
Universidad del Sinú

Leider Alvarez

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Mariabelen vasquez identificado con c.c. 1022169663 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.

Mariabelen vasquez.
Nombre del paciente y/o acudiente

Ana Camila Correa. (madre)
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

MISION MEDICA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Maryuris (NOMBRES) — Villalobo Conco (APELLIDOS) — EDAD: 43 AÑOS

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

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 3d 285 848 — DIRECCIÓN: pereda el 15

TELEFONOS: 3006232021 — ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ] NOMBRE:

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
22 / 04 / 2026	12:45	22 / 04 / 2026	14:40	X			X		

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** Clinica regional

SERVICIO REQUERIDO: Cirugia General **DIAGNÓSTICO:** 1) otros dolores abdominales y los

MÉDICO REMISOR: Sorelys Barrera — p/p apendicectomia

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

AUX. DE ENFERMERIA: Fador Nemigo

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

CONDUCTOR: Daniel Soto.

PLACA AMBULANCIA: K20 758.

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	130/78	85 pmt	95 %	36 °C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	120/70	81 pmt	96 %	36 °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado normotenso consciente orientado, acostado en camilla. refiere dolor abdominal, no presenta signos vitales monitoreados en signos vitales estables durante el procedimiento normales Sus vias permeables se llega clinica regional se hace relevo de caso clinico en buen estado, se traslada a la sala se hace el ingreso con documentos con el acompañante. y se informa al medico. Se continua con medico de turno quien atiende dando instrucciones dejando y firma hora de traslado siendo 14.40 Se hace entrega

14 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

de ingreso + oportunos desde puesto. pulsos conservados ingresa
uno paso supervisado del personal medico. Uso del personal medico
medico que recibe. Miguel Zuluaga
Se aprueba alta hse hospital con fin de ser valorado el 17-10
el 22-04-2026

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Clinica regional cordoba SERVICIO:

Jorder Naranjo. Miguel Zuluaga 1003244153

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Norvey Villalobo Cortes. identificado con c.c. 34 281 845 de Valdivia Ant.
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.

Norvey Villalobo. Norvey Villalobo Cortes

Nombre del paciente y/o acudiente 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

Nombres: Alicia Antonia	Apellidos: Castrillon Guzman							Edad: 52 Años		
Tipo de documento: R.C	T.I	C.C: X	C.E	NUIP	M.S	Sexo: M	F			
N° de identificación: 1037777867	Dirección: puerto valdivia.									
Teléfonos: 3045735578. 3018331198	Acompañante: SI: X NO	Nombre: Aida Luz Gutierrez, hija.								
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
21 04 2026	23:07	22 04 2026	00:00	X			X	X	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE:
SERVICIO REQUERIDO:
DIAGNÓSTICO: 1)
MÉDICO REMISOR: p
SERVICIO DE ORIGEN: URG X HOSP
DESTINO DEL SERVICIO:
AUX. DE ENFERMERIA: Jeider Naranjo
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Daniel tuse.
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	138 / 76	78 pmt	96 %	36.5 °C	15/ 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	140/ 75	79 pmt	95 %	36.5 °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientada alerta, no refiere dolor ni molestias presenta episodios eméticos y en total vomitando con restos alimenticios, sin mas novedad se llega al hospital San juan de Dios valdivia se baja paciente de la ambulancia en silla de ruedas se traslada a la sala de urgencias en adecuadas condiciones acompañante. Se explica al familiar. se entrega con medico de turno quien atendio dio instrucciones acepta y firma hoja de traslado a las 00.25 se da entrega de medico y especies

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

Y Se traslada apoyado a la sala de observación de mujeres alerta orientada en tiempo condiciones y acorde a su edad bajo supervisión del personal medico. Y el acompañante. madre de paciente. Juan Felipe Muñoz.
Se egreso. de esa hospital San Juan de Dios Valdivia. a las 2.00. del 22-04 2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Hospital San Juan de Dios Valdivia SERVICIO: Moderada Urgencia.

Lucelo Hernandez.
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Juan Felipe Muñoz RM 1007632825
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Alirio Antonio Guzman identificado con c.c. 7037777867 de Valdivia Ant. 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.

Alirio Antonio Guzman.
Nombre del paciente y/o acudiente

HAYDA (Hija.)
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

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Yaneth Amparo (NOMBRES) Gomez Cardona (APELLIDOS) EDAD: 40 AÑOS

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

Nº DE IDENTIFICACIÓN 1042 763 961 DIRECCIÓN Ciudad Viejo.

TELEFONOS 3129810868 ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ] NOMBRE:

ASEGURADORA/E.A.P.B: Coosalud

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
9				

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	SENCILLO	REDONDO	TIPO DE TRASLADO TAM	TAB	CONDICION REGULADO	CONDICION NO REGULADO
21 04 2026	14:22	21 04 2026	15:40			9			4

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: ESE Hospital Cayetano Gil Ruiz
SERVICIO REQUERIDO: Medicina interna
DIAGNÓSTICO: 1) Dolor en el pecho no especificado.
MÉDICO REMISOR: Doctor Sierra
SERVICIO DE ORIGEN: URG [A] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Medicina Interna
AUX. DE ENFERMERIA: Leider Noreña
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Manuel Ospina.
PLACA AMBULANCIA KZD758

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	139/96	74 pmt	96 %	37 °C	I S / C
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	135/90	99 pmt	98 %	37 °C	I S / C

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado, permanece consciente Orientada, en cuidados no presenta episodios eméticos monitorizada con signos vitales estables durante todos los parámetros normales, refiere dolor en el pecho sin irradiación a llegar al IPS se hace entrega de historia clínica de traslado donde paciente debe ser aceptada por la ambulancia. Se hace entrega de la ambulancia en sitio de rondo se reciben regresa en condiciones sin oposición al llamado en turno. Se continua con normalidad.

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

Sobre de observación de vigilancia. Se deja paciente en cama 9. hora de entrega 15 40 Se hace entrega de aseo y epicrisis. y queda acostado en buenas condiciones generales y con tapa superiores del piso del medico y el acompañante.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE hospital San Juan de Dios Uramita SERVICIO: urgencias urbanas.

Sandra S Borrero.
Conductor Ambulancia

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Juan Valencia Hurtado.

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Yoneth Arpino Gomez identificado con c.c. 1041765961 de Valdivia Ant 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.

Yoneth Arpino Gomez.
Nombre del paciente y/o acudiente

Yoneth Gomez
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: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES: Jose Guillermo	APELLIDOS: Garcia Quinonez	EDAD: 71 Años	
TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ] SEXO: M [ ] F [ ]			
N° DE IDENTIFICACIÓN: 15 318 181	DIRECCIÓN: Vereda la Habana		
TELEFONOS: 3504387446 / 3245358344	ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ] NOMBRE: Natalia Andrea Velez Nieto		
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
19 / 04 / 2026	16:20	19 / 04 / 2026	17:25	[ ]	[ ]	[ ]	X	X	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: ESE hospital San Juan de Dios Yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Cirugia General
DIAGNÓSTICO: 1) Otros dolores abdominales y los no especificados

MÉDICO REMISOR: Sorelys Barrera
Calambres y espasmos.

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

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo
PLACA AMBULANCIA

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

CONDUCTOR: Leo Ortiz
012023

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	136 / 76	79 pmt	95 %	35.5°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	130 / 70	75 pmt	96 %	35.5°C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientado y tranquilo cuentan en camilla refiere dolor abdominal presenta episodios diarreicos en total monitorizado con signos vitales estables dentro de los parametros normales sin mas novedad se deja en hospital san juan de dios yarumal se hace pase de la ambulancia en silla de ruedas y se traslada a sala de espera, se realiza ingreso en debida forma con el acompañante y se espera al paciente se cuenta inventario con enfermera jefe en turno luego el medico de turno evalua

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

atendo de la informacion acepta y firma de traslado dlgs
se realiza entrega de medicamentos y se traslada paciente en la sala de observacion de mujeres, donde queda en buenas condiciones generales vvo, bajo supervicion del personal medico y el acompañante Medico que realiza. Santiago Botero.
se egresa de este hospital con juicio de valdez alas
ay 2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Ese hospital san juan de dios valdez SERVICIO: cirugia general

Jader Naranjo
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

X
CC 1001169321
Santiago Botero
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Jose Guillermo Correa identificado con c.c. 15318181 de Caldas 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 Guillermo Correa.
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

Teresa Emilia (NOMBRES) | García Amorites (APELLIDOS) | EDAD: 72 Años

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 22 186 545 | DIRECCIÓN: Calle Libertador Valdivia Ant.

TELEFONOS: 311 419 5069 | ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ] NOMBRE: Alberto Sanchez (esposo)

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
04 04 2026	6:30	01 04 2026	11:00	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[X]

IPS REMISORA: ESE hospital san juan de dios valdivia
IPS QUE RECIBE: Hospital Pablo Tobon Uribe
SERVICIO REQUERIDO: Medicina Interna
DIAGNÓSTICO: 1) otros síntomas y signos que involucran función cognoscitiva
MÉDICO REMISOR: Juliana Botero
SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Medicina Interna
AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:** Daniela Alvarez U
CONDUCTOR: Daniel Euse
PLACA AMBULANCIA: K 20 758

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	149/ 90	65 pmt	93 %	36.5 °C	7 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	162/ 130	67 pmt	92 %	36.5 °C	7 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado. Paciente con Glasgow 7/15 ocular 2. verbal y motora y acostada con canula nasal paciente orientada en tiempo y espacio monitoreado, con signos vitales PA. 162/130 sat 93 con canula nasal a 3 L/min fc 98, Fr 36. Sin novedad se llega a destino hospitalario sin novedad durante el traslado. Paciente llega estable hemodinamicamente se entrega a enfermera encargada se recibe conforme. Se continua manejo con paciente en Negativo Cordoba. Sin registros anormales. Pase a urgencias de observación y taquicardia que

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

NOTA DE EVOLUCIÓN

Respira espontaneamente. Sin mas novedad se lleva a la hospital pablo tobon. Se comenta paciente donde es aceptado se comenta con medico de turno quien ordena valoren a las 11:40 se lleva entrega de oxigeno + epicrisis queda paciente en sala de observación de urgencias a cargo vivo hgo seguridad del personal medico. Ud acompaña medico que recibe. Juana Giraldo urgentologo. de turno.
se entrega ala hsp hospital muy pue de Dry Valdivia las 11:30 de 02-oct-2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Hospital pablo tobon urabo SERVICIO: Medicina interna

Daniela Alvarez.
Tecnico Nemesio

Juana Giraldo urgentologo.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Tomas ocampo Correa identificado con c.c. 1216655 de Valdivia Ant. 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.

Tomas ocampo Correa

Nombre del paciente y/o acudiente

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

Reina de Jesus (NOMBRES) | Ortiz (APELLIDOS) | EDAD: 68 Años

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 22 186 867 | DIRECCIÓN: Vereda el pital

TELEFONOS: 3006453198 | ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Dora Morales (hija

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
04 04 2026	11:35	04 04 2026	15:00	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[x]

IPS REMISORA: Est hospital San juan de Dios valdivia. | **IPS QUE RECIBE:** Hospital Pablo tobon uribe.

SERVICIO REQUERIDO: Medicina Interna | **DIAGNÓSTICO:** 1) Infarto agudo del miocardio no especificado 2) Dolor en el pecho no especificado

MÉDICO REMISOR: Nicolas Alvarez.

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ] | **DESTINO DEL SERVICIO:** Medico Interno

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Alvarez

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

CONDUCTOR: Fernando Hernandez.

PLACA AMBULANCIA: K20 458

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	110 / 76	86 pmt	92 %	37 °C	15/15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	126 / 86.	79 pmt	93 %	37 °C	15/15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado primario asintomatico en condiciones generales estable en camilla no refiere dolor ni molestias no presenta episodios eméticos con signos vitales. estables con oxigeno a 2L/min con cánula nasal. sin novedades se deja al cuidado personal Pablo tobon uribe. medico de traslado continua pendiente. de ser aceptado. se deja paciente en camilla y a cargo de cabeza de observación de urgencias. puede hacer ademas y condiciones generales Vivas hasta momentos del presente relato

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

y el acompañante. hora de entrega: 15 00
En espera del Hospital San Juan de Dios valdivia ads 21 00 - 09-04-26
medico que recibe. Jaime Giraldo urgentologo.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Hospital San Juan de Dios Valdivia SERVICIO: Medicina Interna

Hugo Alberto Cardona
Medico

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Jaime Giraldo urgentologo.

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Raiza de Jesus Ortiz identificado con c.c. 22186867 de Valdivia Ant 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.

Raiza de Jesus Ortiz
Nombre del paciente y/o acudiente

Dora Morales
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

Marta Cecilia — NOMBRES
Betancur Molina — APELLIDOS
EDAD: 42 años

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

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 22 193 765
DIRECCIÓN: Vereda el 15

TELEFONOS: 3002271522 / 3002407724
ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Juan Manuel (esposo)

ASEGURADORA/E.A.P.B: Coosalud

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
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
03 04 2026	10:20	03 04 2026	11:20	x			x	x	

IPS REMISORA: Ese hospital San juan de dios valdivia
IPS QUE RECIBE: Ese hospital san juan de dios Yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Medicina interna
DIAGNÓSTICO: 1) Fiebre no especificada, paludismo debido a plasmodium vivax con otras complicaciones D.V.U no especificada
2) trombocitopenia no especificada

MÉDICO REMISOR: Jesus calderon

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

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo
PLACA AMBULANCIA: K20758

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: MÉDICO:

CONDUCTOR: Fernando Hernandez

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	104 / 54	80 pmt	95 %	36.5 °C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	110 / 74	82 pmt	96 %	36.5 °C	15 / 5

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientado afebril acostada en camilla no refiere dolor ni molestias no presento episodios eméticos monitorizada con signos vitales estables dentro de los parametros normales, sin novedad se deja a cargo ESE hospital San juan de dios de Yarumal se baja por camilla de la ambulancia en silla de ruedas y se es trasladada sola, se realiza ingreso en admisiones con el acompañante y se espera el llamado, se recibe inicialmente con enfermera jefe. se sugiere. luego con medico de turno quien atiende valora Informacion acepta y firma hoja de

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

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

Traslado a las 11:40 Se realiza entrega de anexo 1 paperless y se traslada paciente a la sala de observación de urgencias, queda paciente en buenas condiciones generales vivo, bajo supervisión del personal médico y el acompañante. Medico que recibe Esteban Jaramillo CC 1037659495
Se egresa de la IPS Hospital San Juan de Dios de Dios dadiva a las 13:00 del 03-04 2026.

11:40

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Ese hospital San Juan de Dios de Valdivia. SERVICIO: Medicina Interna

Esteban Jaramillo 1037659495.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Marta Cecilia Betancur identificado con c.c. 22193765 de Valdivia Antioquia 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.

Marta Cecilia Betancur
Nombre del paciente y/o acudiente

marta Betancur
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
David Andres	Baena Cabas	22 Años

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1082832478 DIRECCIÓN: Barrio palmarito

TELEFONOS: 3004470053 ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Guillermo Baena (Padre)

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
02 04 2026	5:44	02 04 2026	8:40

TIPO DE TRASLADO: SENCILLO [x] REDONDO [ ] TAM [ ] TAB [x]

CONDICION: REGULADO [x] NO REGULADO [ ]

IPS REMISORA: ESE hospital San juan de dios Valdivia

IPS QUE RECIBE: ESE hospital San Juan de Dios Valdivia

SERVICIO REQUERIDO: Psiquiatria

DIAGNÓSTICO: 1) Efectos adversos de drogas psicotropicas no especificados, sistema nervioso central de abuso de sustancias psicoactivas

MÉDICO REMISOR: Daniela Alvarez

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]

DESTINO DEL SERVICIO: Psiquiatria

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo

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

CONDUCTOR: fernando Hernandez

PLACA AMBULANCIA: K20 758

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	110 / 75	90 pmt	96 %	36.5 °C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	115 / 76	87 pmt	97 %	36.5 °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado presenta episodio agresivo contenido, no requiere dosis de rescate. no presenta episodios convulsivos ni alteraciones en signos vitales durante el traslado. Se brinda manejo no farmacologico. Se llega a la clinica punto Plaza de medellin. Se hace entrega de la ambulancia acompañado por los tripulantes medicos. Se traslada a la sala de espera, se hace registro en documentos se comunica con medico de turno. quien atiende el requerimiento y hora de traslado a las 8:40 se hace entrega

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 acuerdo + oprimus, acude nuevamente con buenas condiciones generales vivo bajo responsabilidad del personal medico y del acompañante.
Medico que recibe. Juan Manuel Lozano.
se egrese del otro hospital San Juan de Dios Valdivia a las 4:30 02-04-2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Nuestra Clínica Medellín SERVICIO: Psiquiatría.

Doctor Mengo
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Juan Manuel Lozano.
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Óscar Andrés Bueno identificado con c.c. 1082832478 de Valdivia Ant, 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.

Manuel Andrés Bueno.
Nombre del paciente y/o acudiente

Guillermo Bueno.
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

Teresa Emilia — NOMBRES
Gutierrez Monsalve. — APELLIDOS
EDAD: 68 AÑOS

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 22186630
DIRECCIÓN: Villa alba

TELEFONOS:
ACOMPAÑANTE: SI [X] NO [ ] NOMBRE: Nubia Cecilia Vasquez. Sobrina.

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
18 04 2026	13:44	18 04 2026	18:00	[ ]	[ ]	[X]	[→]	[ ]	[9]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: Hospital San Juan de Dios.

SERVICIO REQUERIDO: Medicina Interna
DIAGNÓSTICO: 1) Síndrome de fiebre hipertermia del adulto mayor de tipo no especificado Infección de Herida Quirúrgica de colecistectomía

MÉDICO REMISOR: Juliana Botero

SERVICIO DE ORIGEN: URG [X] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Medicina Interna.

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: MÉDICO: Sorelys Berrocal.
CONDUCTOR: Daniel Ortiz.
PLACA AMBULANCIA: OKK 089

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	126/86	104 pmt	95 %	36 °C	LS / LS
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	130/76	98 pmt	96 %	36 °C	LS / LS

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado permanece consciente orientada en tiempo en cuello. No refiere dolor ni otros síntomas presenta tos con expectoración no presenta episodios de vomito, monitorizada con signos vitales estables dentro de los parámetros normales en ambulancia se traslada al hospital San Vicente donde es aceptada. Se hace entrega de la paciente en camilla con acompañante. Se entrega historia clínica folio de observaciones de urgencias. Se hace entrega de anexo + epicrisis y paciente en buenas condiciones generales sin otro particular

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

del personal medico. y al dar egreso.
Medico de recibo. Gabriel duran
se entrega. de este hospital San Juan de Dios Valdivia dias 20:00
18 04 2026.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: Hospital San vicente. medellin SERVICIO: medicina interna.

Leider Naranjo, Sorelys Barraza

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Gabriel Duran urgentologo.

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Teresa Emilia Gutierrez identificado con c.c. 22186630 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.

Teresa Emilia Gutierrez.

Nombre del paciente y/o acudiente

Nubia C Vasquez 6. Sobrina

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

Alonso Julio	Lopez Soto	EDAD:	74 AÑOS		
NOMBRES	APELLIDOS				
TIPO DE DOCUMENTO	R.C [ ] T.I [ ] C.C [x] C.E [ ]	NUIP [ ]	M.S [ ]	SEXO: M [ ] F [ ]	
Nº DE IDENTIFICACIÓN	70 418 155	DIRECCIÓN	Sobre el poblado.		
TELEFONOS		ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [ ]	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
30 03 2026	18:30	30 03 2026	20:00	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: Ese Hospital San Juan de Dios Yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Medicina Interna
MÉDICO REMISOR: Juliana Botero
DIAGNÓSTICO: 1) Migrañ y desviación comisural izquierda 2) Hipertensión arterial Primaria. PH Hipertensión no especificada.

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Medicina Interna.

ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS:
AUX. DE ENFERMERIA: Leidy Arango
MÉDICO: Sorely S Boirera
CONDUCTOR: 1
PLACA AMBULANCIA: LLK 409

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 / 85	98 pmt	91 %	36.5°C	15/15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	130 / 76	98 pmt	91 %	36.5 °C	15/15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado presenta cefalea occipital de moderada intensidad asociada a vértigo rotatorio sin compromiso de otras esferas neurológicas con signos vitales PA. 122/85 Sat. 91 con cánula nasal a 3 L/min FC. 98 T. 36.5 Sin novedad en el traslado se deja paciente en buenas condiciones generales en camilla de ambulancia con barandas arriba y se deja al cuidado de familiar acompañante. Se hace entrega de la paciente en el servicio de urgencias se hace entrega de historia clínica y se deja al cuidado de personal de enfermería.

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

Se espera el llamado se comunica con enfermera jefe en traslado luego con medico de turno quien ordena la información recibida y forma hoja de traslado. ads 20.00 se hace entrega de dueto + oxigeno y en traslado paciente sin signos de observancia de signos vitales paciente ordenes suministradas quien bajo supervisión del personal medico.
paciente que recibe para cuidado del paciente.
Se egresa de esta hospital con pulso bien y siendo las 22.00 del 30/03-2026

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE Hospital San Juan de Dios Yarumal SERVICIO: Urgencias Urgencias

Yarobys Barrales.
Leider Noreña

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Nombre Cerule Ruiz Yarumal
Laura Victoria Valencia Zapata (Urgentologa)

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Alvaro Julio. Lopez Soto identificado con c.c. 70418155 de Caldas. Ant. 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.

Alvaro 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

Luis Bertulfo (NOMBRES)	Zdeta Lopez (APELLIDOS)	EDAD: 64 AÑOS			
TIPO DE DOCUMENTO: R.C [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] NUIP [ ] M.S [ ]	SEXO: M [x] F [ ]				
Nº DE IDENTIFICACIÓN: 3 650 161	DIRECCIÓN: vereda el nevado				
TELEFONOS: 3105119052 / 3105119052	ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ]	NOMBRE: Katerine Zoleta Muñoz hija			
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
29 03 2026	17:15	29 03 2026	19:14	[x]	[ ]	[ ]	[x]	[x]	[ ]

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT.
IPS QUE RECIBE: Clinica regional
SERVICIO REQUERIDO: Cirugia General
DIAGNÓSTICO: 1) Hidrocele no especificado; orquitis epididimaria y orquiepididimaritis sin mencion de absceso; hernia inguinal, unilateral o bilateral no especificada sin obstruccion
MÉDICO REMISOR: Jesus calderon
SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ]
DESTINO DEL SERVICIO: Cirugia General
AUX. DE ENFERMERIA: Leider Naranjo
ACOMPAÑANTES TRIPULANTES (s) IPS: **MÉDICO:**
CONDUCTOR: Fernando Mora.
PLACA AMBULANCIA: JTR 409

	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	100 / 75	85 pmt	98 %	36.°C	15 / 15
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	115 / 70	pmt	96 %	36 °C	15 / 15

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado. permanece consciente orientado en tiempo en espacio. refiere no dolor ni molestias. se moviliza apoyado entre dos monitorizado con signos vitales estables dentro de los parametros normales sin novedad. se llega a la clinica regional se hace traslado de la ambulancia en silla de ruedas. se traslada a observacion se deja al cuidado de acompañante y enfermera con el acompañante. y sin novedad. al llamado. se encuentra con medidas de bioseguridad

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

NOTA DE EVOLUCIÓN

Ayuno atendido de urgencias el día de hoy fue hoja de traslado. A las 19.44 se hace entrega de acudo y bipervig a la tarde realizada la hoja de observación de signos. Dador reporta en buenas condiciones generales sin hoja soporte con el presente medico.
Medico que realiza: Javier paternostro
Se egresa de esta hospital con fecha de hoy 29 03 2026. 23.00

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: clínica Comfamar SERVICIO: Entrega Comfamar.

Javier Paternostro

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Javier Paternostro

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Luis Bartolo Zuleta identificado con c.c. 3650161 de Cedeño Ant 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.

Luis Bartolo Zuleta.

Nombre del paciente y/o acudiente

Bartolo Zuleta

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: 02
FECHA: 08/07/2025

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Jusa fernanda (NOMBRES) — Lopez Avila (APELLIDOS) — EDAD:

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

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1004 419 425 — DIRECCIÓN:

TELEFONOS: 3145785668 — ACOMPAÑANTE: SI [x] NO [ ] NOMBRE: Jose enrique Restrepo - Cpurgen.

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
29 03 2026	2 :43	29 03 2026	5 :30	X			X	X	

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

SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia — **DIAGNÓSTICO:** 1) Falso trabajo de parto antes de

MÉDICO REMISOR: Julian Isaza — Pde 37 Semanas completas

SERVICIO DE ORIGEN: URG [x] HOSP [ ] — **DESTINO DEL SERVICIO:** Ginecologia.

AUX. DE ENFERMERIA: Isidor Naranjo

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

CONDUCTOR: Fernando Nom.

PLACA AMBULANCIA: R20 758

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	110 / 75	85 pmt	95 %	36.°C	C/ O
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	105 / 70	81 pmt	96 %	36.°C	C/ O

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

Paciente durante el traslado, permanece consciente orientada, acostada en camilla, no refiere dolor ni molestias no presenta episodios eméticos mantenimiento sus signos vitales estables durante el traslado de la paciente sin novedad se llega sin novedad sin pacientes politraumatizados se hace relevo de la ambulancia en buen estado, se traslada sin novedad se entrega al paciente en compañía de su acompañante y se firma el recibido. se continua con nuevos turnos. Queda atenta de la información

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

MISION MEDICA

HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

VERSIÓN: 02
FECHA: 08/07/2025

NOTA DE EVOLUCIÓN

acepta y firma hoja de traslado a las 5:30 se le da entrega de dx y ordenes. puesto que cede cabecera condiciones generales buen soporte cardiaco y respiratorio. Medico que recibe: Heidy Estefany cardenas cc 1007561245 se egresa de esta hospital San Juan de Dios Valdivia con 4. 29/0326.

ESTADO FINAL

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

Jorder Naranjo.

FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Heidy Marden R. RM: 1007363245.
Heidy Estefany Martinez Cardenas.

FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Luisa fernanda Avila identificado con c.c. 1007414925 de Valdivia Ant 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.

Luisa fernanda Avila

Nombre del paciente y/o acudiente

Luisa fernanda Lopez Avila.

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

Jhoy Sofia (NOMBRES) — Bueno Diaz (APELLIDOS) — EDAD: 22 AÑOS

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

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1066172700 DIRECCIÓN: Barro el porvenir

TELEFONOS: 3135853975. ACOMPAÑANTE: SI [ ] NO [X] NOMBRE:

ASEGURADORA/E.A.P.B: Sura.

SUB.	CONTR.	ESP.	NO ASEG	S.O.A.T
9				

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
26 04 2026	13:47	26 04 2026	14:40	Y			Y	Y	

IPS REMISORA: E.S.E SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA ANT. **IPS QUE RECIBE:** Hospital San Juan de Dios Yarumal

SERVICIO REQUERIDO: Ginecologia **DIAGNÓSTICO:** 1) Amenaza de Aborto

MÉDICO REMISOR: Sorelis Taborda — Perdida gestacional no especificada

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

AUX. DE ENFERMERIA: Leider Noreña

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

CONDUCTOR: Daniel tuta. **PLACA AMBULANCIA:** OKK 089

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	110 / 75	76 pmt	96 %	36. °C	L5 / L5
	A LA ENTREGA EN LA I.P.S QUE RECIBE	110 / 75	76 pmt	96 %	36. °C	L5 / L5

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA

NOTA DE EVOLUCIÓN

paciente durante el traslado permanece consciente orientada alerta, acostada en camilla no refiere dolor ni molestias no presenta episodios de convulsiones con signos vitales estables dentro de los parametros normales sin novedades se llega al hospital san juan de dios yarumal se hace recepcion de la ambulancia se pide de nuevo se ingresa de esta y se hace el ingreso en urgencias y se entrega al medico de ginecobstetricia se comenta caso y medico de turno queda atento a cualquier duda y

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

hoja de traslado a hs. se recibe entrega de anciano a cuidados, ubicado en sala condiciones generales vivo bajo supervisión del personal medico.
se egreso de esta hospital sin novedades en los medios que viajaba.

ESTADO FINAL

I.P.S QUE RECIBE: ESE hospital san juan de dios valdivia SERVICIO: urgencias.

Fredy Hernandez
FIRMA QUIEN REALIZA EL TRASLADO

Damaris Ruiz
FIRMA QUIEN RECIBE AL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE ASISTENCIAS

Yo Juan Esteban Bueno Diez identificado con c.c. 1061772700 de .
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.

Juan Esteban Bueno Diez
Nombre del paciente y/o acudiente

Juan Bueno
firma del paciente y/o acudiente

Resolución 2335 29 dic 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No. 1
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

E.S.E. Hospital San Juan de Dios

Código:		NUMERO INFORME:	Z01 1883	Fecha:	Abr.26/2026	Hora:	08:19
Versión:							

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - VALDIVIA		
Código:	058540457701	Nit:	891.982.129-7
Dirección:	Carrera 8 No. 7 - 18 Barrio La Floresta		
Teléfono:	3206794858	Fax:	
Departamento:	Antioquia	Código:	05
Municipio:	VALDIVIA	Código:	854

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	BUENO			2do. Apellido:	DIAZ
1er Nombre:	LINEY			2do. Nombre:	SOFIA
Tipo de Documento:	CEDULA			No. Documento	1.066.172.700
Fecha de Nacimiento:	Mar.15/2004	Edad:	22 Años	Sexo:	FEMENINO
Dirección Residencia	VALDIVIA SECTOR EL PORVENIR			Teléfono:	3135853975
Dirección Alternativa:				E-mail:	soportesusuariosvaldivia@gmail.com
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05
Municipio:	VALDIVIA			Código:	854
Cobertura en Salud:	CONTRIBUTIVO-1			N. Autorizacion:	
Entidad Responsable de Pago:	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAM			Código:	EPS010

III. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido:		2do. Apellido:	
1er Nombre:		2do. Nombre:	
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	
Dirección Residencia		Teléfono:	
Departamento:		Código:	00
Municipio:	05854	Código:	0

IV. PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	BARRAZA ZAMBRANO SORELYS	Teléfono:	3206794858
Teléfono Celular:			
Causa motivo Aten:	38 - Enfermedad general		
Servicio que solicita la referencia:	MEDICINA GENERAL		
Servicio para el cual se solicita la referencia:	GINECOLOGIA		

V. INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diagnostico principal:	O200	AMENAZA DE ABORTO
Diagnostico relacionado 1:	Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO
Diagnostico relacionado 2:		** NO PRESENTA **
Diagnostico relacionado 3:		** NO PRESENTA **
Destino del paciente:	** NO PRESENTA **	

Resumen de Anamnesis:

Paciente femenina de 22 años de edad reside en valdivia anatecedentes patologicos niega, alergia niega quirurgicos herniorrafia umbilical, ginecologicos nuliparíad fum no recuerda palnificacion no - quien ingresa a urgencias por un cuadro clinco de +/- 8 dias de evolucion dado por dolor en hipogastrio asociado a asangredo vaginal de moderada cantidad, rojo rutilante con presencia de coagulos. refiere pureba de embarazo casera realizada el 16/04/2026 con resultado positivo automedicacion con dolofem sin mejoria a aparente
al examen fisico: Normocéfalo, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, nariz fosas nasales normal sin laceraciones, mucosa oral húmeda, amigdalas normal ,cuello móvil, sin adenopatías, no ingurgitación yugular, tórax simétrico, normoexpasible, sin uso de musculatura accesoria, a la auscultación cardiaca ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmones claros, bien ventilados murmullo vesicular presenta, sin agregados pulmonares, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ni superficial no se palpan masas ni megalias, peristalsis positiva, genitourinario normoconfigurado externamente para edad y sexo, sangrado vaginal rojo rutilante al tacto vaginal cuello central oce abierto sale guante con sangrado vaginal rojo rutilante y cogualos en escasa cantidad extremidades sin edemas snc sin deficit aparente
a/: femenina en su segunda decada de la vida con sangrado vaginal que requiere paraclinico y estudio ecografico para confirmar o descaratra embarazo vs posible aborto - no cuento con disponibilidad de paraclincos explico a paciente quien acepta y entiende

VI.FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	Firma	Registro Medico
	Sorelys Barragan Zambrano Medico General RM 1.085.019 Nort	

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

NIT. 891.982.129-7

Acta de supervisión

Acta de avance número		4

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 02-2026 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 ($32.400.000)
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	LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA
Cédula de ciudadanía	1002084506.00

Concepto de supervisión

Que analizado el informe de actividades presentados por la contratista LEIDER ARLEY NARANJO CHAVARRIA se pudo verificar que cumplió con las actividades programas en el periodo del mes de abril 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. 02-2026, realizando las siguientes actividades

- Participó en la realización de inventario del material médico quirúrgico de las ambulancias y verificación de fechas d vencimiento
- Realizó una jornada de aseo terminal de las ambulancias.
- Realizó traslado en ambulancia a los diferentes mayores niveles de atención en total de 14.
- Traslados a la E.S.E de Yarumal un total de 6.
- Traslados a Caucasia 3.
- Traslado a Medellín 4.
- Traslado a Montería 1.
- Reposición de insumos de la ambulancia.
- Realizó los procedimientos administrativos que garanticen el cobro de los servicios prestados

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 %
3	$2,700,000	24,300,000	8.3 %
4	$2,700,000	21,600,000	8.3 %
			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. 04 del contrato Nro 02-2026 del mes de abril 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 85530112 por valor de ($541.800) correspondiente a: - salud: periodo abril -2026 arl mes de abril de 2026 y pension del mes de abril de 2026 (26/04/2026)

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 02 -2026

Porcentaje de ejecución del contrato	33.3	%
Porcentaje por ejecutar	66.7	%

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

En constancia de lo anterio, se firma a los 30 dias del mes de abril del año 2026

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

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