Pereira 24 de febrero de 2026

Señores

Hospital Universitario San Jorge

Pereira

Por medio de la presente me permito presentar la radicación de cuenta correspondiente a los servicios transporte de ambulancia.

Nombre Serviambulancias del pacifico sas
Numero de contrato 192-2026
Numero de factura 6405
Valor periodo de informe 5.526.055.

Anexos

- Informe de actividades
- Consolidado de facturas
- Factura
- Acta de distribución de contrato
- Junta central de contadores
- Documento y tarjeta profesional contadora
- Planilla de aportes
- Bitácoras.

Agradezco la atención prestada.

ServiAmbulancias del Pacífico SAS.
Acudimos para proteger su vida!

Calle 16 No 16-23 Barrio Mejía Robledo – Pereira
(6) 3245514
3176549129

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	CODIGO: GF3PRE-FR11 VERSIÓN: 5.0 FECHA: 09-07-2024 PÁGINA: 1 DE 2
Hospital Universitario San Jorge Pereira	INFORME DE ACTIVIDADES	

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	GLORIA STELLA LOZADA LEAÑOZ
Informe de Actividades N°	2
Periodo	21 DE ENERO AL 20 DE FEBRERO 2026
Número del Contrato	192-2026
Objeto	SERVICIO DE ALQUILER DE AMBULANCIA BASICA Y MEDICALIZADA CON TRIPULACION PARA TRASLADO A LOS USUARIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA.
Plazo	6 MESES CALENDARIO SIGUIENTE A LA CUENTA DE COBRO O FACTURA.
Valor Total del Contrato	30.000.000
Valor del Periodo del Informe	$5.526.055
Fecha de Inicio del contrato	16 DE ENERO DE 2026
Fecha de Terminación	15 DE JULIO DE 2026
Nombre del Supervisor Técnico	JUAN PABLO LONDOÑO CORREA
Cargo	COORDINADOR DE URGENCIAS

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES

	TRANSPORTE DE PACIENTES	SI	BITACORAS

Contratista Gloria Estrada

C.C 46354153

${NOMBRE}

SERVI ambulancias

900300180-2

**SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S.

CONSOLIDADO DE FACTURAS FP6405

21/01/2026	CC	1007149396	GOMEZ	CATAÑO	EDER	CAMILO	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO (PISO SALUD CARTAGO)	1	$ 830.555	$ 830.555
22/01/2026	CC	42925107	CORREA	DE PRESIGA	CONSUELO	DE JESUS	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
23/01/2026	CC	1113614915	QUERAGAMA	EVAO	SANTARI	ANDREA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO ESPECIAL	2	$ 450.000	$ 850.000
26/01/2026	CC	1072456104	USARIO	CARREÑO	BRAYAN	STIWAR	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
27/01/2026	CC	4388457	RIOS	ORTIZ	JOSE	AMEY	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO (QUINBAYITA)	1	$ 225.750	$ 225.750
27/01/2026	CC	9956097	AGUDELO	GIL	CESAR	AUGUSTO	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
28/01/2026	CC	4885777	TOVERA	VALERA	DANIEL	ANTONIO	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
28/01/2026	CC	4445808	GONZALEZ	ZAMORA	DANILO	ANTONIO	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
1/02/2026	CC	24916444	CASTELLANO	JIMENEZ	ALICIA		TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
6/02/2026	CC	10019151	LOPEZ	FORERO	JUAN	MANUEL	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
7/02/2026	CC	1015470162	GIL	BOLIVAR	MATEO	SEBASTIAN	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO (ESPECIAL)	1	$ 450.000	$ 450.000
10/02/2026	CC	10142661	JIMENEZ	MEDINA	JOHN	WILLIAM	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
10/02/2026	CC	51911428	VILLANUEVA		MARIA	VICTORIA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
11/02/2026	CC	75051488	SOSA	PINEDA	JORGE	EDILSON	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO (QUINBAYITA)	1	$ 225.750	$ 225.750
11/02/2026	CC	10084099	CORREA	ARENAS	JUAN		TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
11/02/2026	CC	19118530	ZULETA	VILLADA	JOSE	ANTONIO	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
12/02/2026	CC	94250607	RUIZ	CRUZ	ALONSO		TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
12/02/2026	CC	1225089811	SERNA	ARENAS	CAROL	JULIANA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
13/02/2026	CC	29470254	HURTADO	DE VALENCIA	MARIA	ROSALBA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO ESPECIAL (AEROPUERTO)	1	$ 1.112.700	$ 1.112.700
13/02/2026	CC	1114399897	OTALVARO	BERMUDEZ	MARIA	ORFILIA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
14/02/2026	CC	1093546625	QUERAGAMA	BATEZA	LISTEO		TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO SECUNDARIO	1	$ 168.000	$ 168.000
14/02/2026	CC	1225089811	SERNA	ARENAS	CAROL	JULIANA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
16/02/2026	CC	40792662	SANCHEZ	MANJARRES	NELLY		TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
20/02/2026	CC	1081272724	SALDARRIAGA	PATIÑO	MARTHA	MILENA	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO PRIMARIO	1	$ 99.750	$ 99.750
									TOTAL	$ 5.526.055

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS NIT 900300580-2

No responsable de IVA

Responsabilidades Tributarias - INC

Calle 16 16 33 Piso 1 Mejia Robledo - Pereira, Risaralda - Colombia

Tel:3245514-3176549129

NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA, NO SOMOS AUTORRETENEDORES, NO SOMOS CONTRIBUYENTE ICA 3.5X/MIL

Responsabilidad Fiscal

R-99-PN - No aplica – Otros

Act. Económica:8699

Cliente: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

NIT ó CC: 800231235-7 **PERSONA:** Persona Juridica

DIRECCIÓN: CRA 4 24 88 HOSPITAL SAN JORGE

CIUDAD: Pereira, Risaralda - Colombia

CORREO: gerente@husj.gov.co

TELEFONO: 3117709274

RESPONS FISCAL: R-99-PN

RESPONS TRIBUTARIA: No aplica

Factura Electrónica de Venta FP6405

Fecha Creación: 2026-02-23 08:26

Fecha Validación: 2026-02-23 08:26

Fecha Vencimiento: 2026-03-25 08:25

Forma Pago: Crédito

Medio Pago: Consignación bancaria

CUFE: 81319dab7e703742f1a8f265f8d0230fefac03cad2b9fbc36bed0c25aff879238518d48134894d1386a059ce07702e94

Modalidad: Electrónica - Número de Autorización: 18764085855474 desde FP5001 hasta FP10000 Vigencia: 2024-12-21 al 2026-12-21

Información Sector Salud

Tipo de operación:	SS-CUFE	**Periodo Inicial**	2026-01-21 00:00
Modalidades de contratación y de pago:	Pago por evento	**Periodo final**	2026-02-23 23:59
Cobertura o plan de beneficios:	Particular	**Copago:**	$ 0.00
Código prestador de servicios:	6600101629	**Cuota Moderadora:**	$ 0.00
Número de contrato:		**Anticipo:**	$ 0.00
Número de poliza:		**Pagos Compartidos:**	$ 0.00

Items De Venta

N°	Codigo	Descripción	Cant	Precio	Impuesto	Total Impt.	Dto	Valor Total
1	s601t01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO PRIMARIO	1.0	$ 5,526,055.00	Excluido 0%	$ 0.00	0.0	$ 5,526,055.00

Información Adicional

TRASLADO DE PACIENTES DESDE EL 21 DE ENERO HASTA EL 20 DE FEBRERO 2026
DE ACUERDO AL LISTADO ANEXO
ACTIVIDAD ECONOMICA COD 8699.

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Valor en letras

CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Base no gravada

$ 5,526,055.00

SUBTOTAL	$ 5,526,055.00
PRECIO BASE	$ 5,526,055.00
TOTAL	**$ 5,526,055.00**

Generado en clarea.co – Todo es más fácil! – Clarea Cloud S.A.S NIT 900707639 - 6

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	CÓDIGO: GF3COS-FR02 VERSIÓN: 3.0
	ACTA DE DISTRIBUCIÓN DE CONTRATO	FECHA: 29-02-2020 PÁGINA: 1 DE 1

ACTA DE DISTRIBUCION DEL CONTRATO No.		192-2026
CONTRATISTA:	GLORIA STELLA LOZADA LEAÑOZ	
OBJETO	SERVICIO DE ALQUILER DE AMBULANCIAS BASICO Y MEDICALIZADA CON TRIPULACION PARA TRASLADO A LOS USUARIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	
NIT		900300580-2

La presente información fue revisada y se distribuye los servicios prestados en los respectivos centros de producción.

CÓDIGO	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	%	VALOR
7386-65	AMBULANCIA	100,0%	
	Total general		5.526.055

FIRMA DEL CONTRATISTA Gloria Lozada

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	CÓDIGO: GF3PRE-FR16 VERSIÓN: 7.0 FECHA: 24-02-2025 PÁGINA: 1 DE 1
	DOCUMENTO SOPORTE	

NUMERACION DE FACTURACION 18764085936222 DEL 23/12/2024 RANGO AUTORIZADO DEL 3000 AL 3500

N°	1	VALOR ($)	5.526.055	FECHA	23/02/2026
CLIENTE		SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS			
NIT		900300580-2			
DIRECCIÓN		CALLE 16#16-33 PISO 1 BARRIO MEJIA ROBLEDO			
TELÉFONO					3176549129
OBJETO DEL CONTRATO Y PERIODO		SERVICIO DE ALQUILER DE AMBULANCIA BASICA Y MEDICALIZADA CON TRIPULACION			
LA SUMA DE		**5.526.055,00**			
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL N°					
CONTRATO N°		**192-2026**			
BENEFICIARIO		**GLORIA STELLA LOZADA LEAÑOZ**			
C.C		**46.354.153**			
DIRECCION RESIDENCIA		**CALLE 16#16-33 PISO 1 BARRIO MEJIA ROBLEDO**			
NÚMERO TELEFÓNICO		**3176549129**			
CORREO ELECTRONICO		GERENCIA PEREIRA@SERVIAMBULANCIASDELPACIFICO.COM			
No. CUENTA, TIPO Y BANCO		**126370286786 AHORROS BANCO DAVIVIENDA**			

Gloria Lozada

Firma del Beneficiario

C.C. 46354153

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1991
SANDONA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-OCT-2010 CALI

PARA USO EXCLUSIVO DE SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

A-0100150-00455674-F-1143845216-20171011 0050099864 2 287458407D

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradeceremos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4400 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 13 No. 97- 46 Bogotá, Colombia.

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.143.845.216
TOVAR VELASQUEZ
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES



Diana Tovar
FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

274327-T

DIANA MARCELA
TOVAR VELASQUEZ
C.C. 1143845216
RES. INSCRIPCION 1734 DEL 28/09/2020



296467 JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL 308311

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900300580-2	SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS		DIAGONAL 23 17A 54 LOCAL 2	3100836	contabilidad.cali@serviambulancias.com; jardiz@pacifico.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 t	PEREIRA	909	VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	16/03/2026	81521348	$6.877.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	399.900	0		0		0	0	0	0	399.900	7
EPS010	EPS Sura	800088702-2	210.300	0		0		0	0	0	0	210.300	3
EPS037	Nueva EPS	800156264-2	252.000	0		0		0	0	0	0	252.000	5

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (NG + Protección)	800227339-9	1.189.800	0	0	0	0	0	0		1.189.800	5
230901	Porvenir	800144331-3	1.334.200	0	0	0	0	0	0		1.334.200	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830031790-5	892.800				892.800	0	0	892.800			8.704	892.800	15

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF43	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	770.800	0	0	770.800	15

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGC, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	851.800	851.800
Pensión	3	3.404.200	3.404.200
Riesgos Laborales	1	892.800	892.800
CCF	1	770.800	770.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	5.877.200	5.877.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900391580-2	SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS		DIAGONAL 23 11A 54 LOCAL 2	3100606	contabilidad.cali@serviambulanciasdelpacifico.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	G - menos de 200 c	PEREIRA	300	VALLE DEL CAUCA	CALI	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-01	E	10/02/2020	5152/249	$5.877.200	

DETALLE POR COTIZANTE

Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario afiliado	Voluntario aportante	Fondo solidaridad	Fondo subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tarifa	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CCF44	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hp 6405.

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 123824

TIPO DE SERVICIO	FECHA: 21 01 2026	AMBULANCIA Hyu466	Hora Solicitud 0430	Hora Recibido 0703	Hora Entrega 0830
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR	RECORRIDO DEL TRASLADO			
		ORIGEN Hosj	DESTINO Psicosalud Cartago		
IDA [x]	REGRESO [ ]	TIPO DE TRASLADO			
PERSONAL DE SERVICIO		BÁSICO [x]	MEDICALIZADO [ ]	OI [ ]	
CONDUCTOR Daniel Mario		INCUBADORA [ ]	VENTILADOR [ ]		
PARAMÉDICO Michel Hoyos		MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ]	NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4		
MÉDICO		MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ]	EXAMEN [ ] OTRO [x]		
OTRO Franc. (atarola/made)		CUÁL? Remisión voluntaria			

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Ender Camilo	APELLIDOS Gomez Catano		
IDENTIFICACIÓN CC [x] RC [ ] TI [ ] CE [ ]	NÚMERO 1001149396	SEXO M [x] F [ ] I [ ]	
EDAD 23 (29 D / 06 M / 2002 A)	AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS SOS		
DIRECCIÓN Mnz 3 c528 Los Nagales	TELEFONO 3234872499		

DATOS CLINICOS Se traslada paciente desde comuna 13 paciente psiquiatrico, consciente alerta, orientado, en camilla, monitoreado signos vitales estables, taquipsiquico durante el traslado, sin complicaciones.

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

Hipertiroidismo, Esquizofrenia Tuberculosis Niega No refiere Cigarrillo Marihuana

MEDICAMENTOS Olanzapina, levomepromazina.

EXAMEN FÍSICO Normocefalico, torax simetrico

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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



[ ]
[x]
[x]

SV \ HORA	0440			
PULSO	105			
RESPIRACIONES	22			
TENSIÓN ARTERIAL	110/68			
PAM	82			
TEMPERATURA	36.5			
SAO2	96%			
FIO2	-//-			
GLASGOW	15/15			
PUPILAS	Isocoricas normoreactivas			
PEEP	-/-			

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

DIAGNÓSTICO
1. Esquizofrenia, no especificada.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana.

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañia de familiar, se deja en admisiones en apropiados buenas condiciones.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Franci Nelly Catano 29742504

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Juliana Gil 1039742525	Yeiver Sofia Arcila G. 1053860676 m/62.	Tecnólogo en atención prehospitalaria

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 18 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 8129

INFORME DE SERVICIOS

123854

TIPO DE SERVICIO	FECHA	22	01	26	AMBULANCIA ZABOO2	Hora Solicitud 19:20	Hora Recibido 19:30	Hora Entrega 20:08

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA ☐ REGRESO ☒

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Mayn
PARAMÉDICO Isabella Castaño
MÉDICO
OTRO Luz Elena Presiga

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Comfamiliar DESTINO San Jorge
TIPO DE TRASLADO Hemodinamia
BÁSICO ☒ MEDICALIZADO ☐ 02 ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☒
CUÁL? Retorno a San Jorge

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Consuelo de Jesús APELLIDOS Correa de Presiga
IDENTIFICACION CC ☒ TI ☐ RC ☐ CE ☐ NÚMERO 42925107 SEXO M ☐ F ☒ I ☐
EDAD 75 10 05 1950 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva EPS
DIRECCIÓN M2 2 casa 12 cuba TELEFONO

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico ya descrito q.e. se encontraba en hemodinamia de comfamiliar es retornada al San Jorge en regulares condiciones.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☒ QUIRÚRGICOS ☒ ALÉRGICOS ☐ FAMILIARES ☐ OTROS ☐
HTA-DM-Tiroides Cateterismo Niega Niega

MEDICAMENTOS Losartan-Atorvastatina-Levotiroxina

EXAMEN FÍSICO Normocefalo-Torax simetrico-movilidad reducida

CLASIFICACIÓN TRIAGE
ALERTA ☐
SOMNOLIENTO ☒
ESTUPOR ☐
COMA ☐

SV \ HORA	19:45			
PULSO	150			
RESPIRACIONES	17			
TENSIÓN ARTERIAL	121/74			
PAM	-			
TEMPERATURA	36.5			
SAO2	97			
FIO2	-			
GLASGOW	-			
PUPILAS	R			
PEEP	-			

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

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

DIAGNÓSTICO
1. Oclusion y estenosis de arteria Carotida
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas-Guantes-Sabana

OBSERVACIONES Paciente de 75 años de edad trasladada en compañia del familiar.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Luz Elena Presiga 25022059
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Fernando Suarez 1088254916	1088237302	Isabella Castaño

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 694 9129

INFORME DE SERVICIOS

123774

TIPO DE SERVICIO	FECHA	23/01/26	AMBULANCIA	ZT2 086	Hora Solicitud	06:00	Hora Recibido	06:30	Hora Entrega	07:51

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Johnny A. Becerra
PARAMÉDICO Julia Hernandez A.
MÉDICO Jesus Quiroz.
OTRO Tecnologia.

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN H Elia Jorge. DESTINO Lacerenio Pinares.

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? Requerimiento Unidad intermedia UCI

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Samuel Andres APELLIDOS Quevedo Ruiz.
IDENTIFICACION CC [ ] TI [ ] RC [X] CE [ ] NÚMERO 1133644418. SEXO M [ ] F [X] I [ ]
EDAD 9M 08 04 2025. AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva Eps.
DIRECCIÓN Vereda Chico Unido Zona Indigena. TELEFONO 3001708271.

DATOS CLINICOS Lactante menor de 9 meses, Con antecedentes de inmunizaciones incompletas Con cuadro Clinico cuyo Predominante es Fiebre Subjetiva, asociado a Diarrea no disentérica y sin expulsión de parasitos, asociado a Sintomas Respiratorios

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [X] QUIRÚRGICOS [ ] ALÉRGICOS [X] FAMILIARES [ ] OTROS [X]
Niega Niega Insuficiencia R.

MEDICAMENTOS No Refiere.

EXAMEN FÍSICO Regulares condiciones generales.

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	06:50	07:39
ALERTA	[ ]	PULSO	141	132.
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	17	16
ESTUPOR	[X]	TENSIÓN ARTERIAL	74/41	84/34
COMA	[ ]	PAM	58	52.
	[ ]	TEMPERATURA	39	39.
	[ ]	SAO2	91	92.
	[ ]	FIO2	100	100.
	[ ]	GLASGOW	8/15	8/15.
	[X]	PUPILAS	R	R.
		PEEP	—	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Respiratoria aguda.
2.
3. Bacteriemia Bacteriana.
4.

INSUMOS UTILIZADOS SPO4 - guantes - TCP

OBSERVACIONES Lactante menor metabolicamente Hemodinamicamente, Vitalizado hacia la Unidad de Cuidados intensivos Lacerenio Pinares. Sin novedad en traslado.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, YEDILMA

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Jesus D Quiroz Chaves 1002210462	IMAPC RM 962/04	1073228367

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123775

TIPO DE SERVICIO	FECHA	23 01 26	AMBULANCIA	TP-086	Hora Solicitud	06:00	Hora Recibido	07:43	Hora Entrega	08:00
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR		RECORRIDO DEL TRASLADO							
			ORIGEN	Mexicanito Piscues	DESTINO	Hospital San Jorge				
IDA ☐	REGRESO ☒		TIPO DE TRASLADO							
PERSONAL DE SERVICIO			BÁSICO ☒	MEDICALIZADO ☐	02 ☐					
CONDUCTOR	Jhonny Taglerci		INCUBADORA ☐	VENTILADOR ☐						
PARAMÉDICO	Juan Hernandez		MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐	NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐	1	2	3	4		
MÉDICO			MÉDICO ☐	QUIRÚRGICO ☐	EXAMEN ☐	OTRO ☒				
OTRO	// // //		CUÁL?	Retorno, Personal de Salud.						

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Samuel Andres	APELLIDOS	Quenguan Evelo.
IDENTIFICACION	CC ☐ TI ☐ RC ☒ CE ☐	NÚMERO	1133614415.
SEXO	M ☐ F ☐ I ☐	EDAD	9 M 08 04 20 26
AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS	Nueva EPS.		
DIRECCIÓN	Vereda Pueblo Viejo Zona Indigena.	TELÉFONO	3001708271.

DATOS CLINICOS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☒ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ☒ FAMILIARES ☐ OTROS ☒

Niega Niega Insuficiencia R.

MEDICAMENTOS // //

EXAMEN FÍSICO // //

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA				
ALERTA	☐	PULSO				
SOMNOLIENTO	☐	RESPIRACIONES	//	//	//	//
ESTUPOR	☐	TENSIÓN ARTERIAL	//	//	//	//
COMA	☐	PAM	//	//	//	//
	☐	TEMPERATURA				
	☐	SAO2				
	☐	FIO2	//	//	//	//
	☒	GLASGOW	//	//	//	//
		PUPILAS			//	//
		PEEP				

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

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Respiratoria Aguda.
2. Psetticemia - Bacteriemia.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS

OBSERVACIONES Se Retorna personal de Salud hacia Centro asistencial, 3 Bombas de infusión, monitor de signos V. Funcionales, Sin novedad.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
		1043178367

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123868

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	26 01 26	2ABO02	17:10	17:15	18:38

AUTORIZACIÓN: AUTORIZADO POR:

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: Urologyn — DESTINO: San Jorge

IDA [X] REGRESO [ ]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: Daniel Maria
PARAMÉDICO: Isabella Castaño
MÉDICO:
OTRO: Deisy Cardona

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

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Brayan st.way — APELLIDOS: Lozano Carreño

IDENTIFICACION: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] — NÚMERO: 1072496104 — SEXO: M [X] F [ ] I [ ]

EDAD: 31 | 10 | 09 | 1995 — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: famisanar

DIRECCIÓN: Mz 2 casa 15 piso 3 Padre Valencia — TELEFONO: 3203611115

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en urologyn es trasladado al san jorge en regulares condiciones

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

Niega — Litotricia — Niega — Niega

MEDICAMENTOS sin requerimiento

EXAMEN FÍSICO Normocefalo - Torax simetrico - ambulatorio

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	17:22
ALERTA	[ ]	PULSO	177
SOMNOLIENTO	[X]	RESPIRACIONES	18
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	100/56
COMA	[ ]	PAM	—
	[ ]	TEMPERATURA	36.5
		SAO2	93
	[ ]	FIO2	—
		GLASGOW	—
	[X]	PUPILAS	R
		PEEP	—

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

UROLOGYN CARE IPS S.A.S. NIT. 900.543.398-1

LOZANO CARREÑO BRAYAN STIWAR 1072496104 — 2510270

DIAGNÓSTICO
1.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas - Guantes - sabana

SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que todos los datos personales que se suministran en virtud de la utilización de nuestros servicios, serán tratados bajo el uso y mantenimiento de las medidas de seguridad, físicas, administrativas, con el fin de impedir que terceros no a los mismos. Para mayor información podrá ser la política de seguridad y protección de datos en la web www.serviambulanciasdelpacifico.com leído lo otro expresamente a la empresa para el tratamiento s personales de acuerdo a la normatividad vigente, expresando que es veraz y confiable. Como consta en el consentimiento de traslado de este documento.

OBSERVACIONES Paciente de 31 años de edad trasladado en compañia del familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Deisy Cardona 1033729224
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Carolina Castaño H 1010016676	Kelly Cruz 2510270	Isabella Castaño

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S.

Calle 18 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 123787

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	27 01 2026	C26026	10:47	19:52	21:09

AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR
IDA [X]	REGRESO [ ]
PERSONAL DE SERVICIO	
CONDUCTOR	Reinaldo Vasquez
PARAMÉDICO	Daviana londoño
MÉDICO	
OTRO	Nayi Rios

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Hospital San Jorge DESTINO Sistema nervioso
TIPO DE TRASLADO Sede quirurgica
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Remisión - Control de operación

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Jose Arbey	APELLIDOS	Rios Ortiz
IDENTIFICACION	CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ]	NÚMERO	4380457
SEXO	M [X] F [ ] I [ ]		
EDAD	53 Años 10 Meses 12 Días	AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS	Salud total
DIRECCIÓN	Barrio la unidad Mz D 55 - Pereira	TELEFONO	3132697472

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 53 años, quien se encuentra en expansion, diagnostico up adjunto, se realiza traslado a sistema nervioso sede quirurgica en estables condiciones generales

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

Niega Niega Niega Niega Niega

MEDICAMENTOS No refiere

EXAMEN FÍSICO Normocefalico. Torax simetrico. Ambulatorio.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	20:18
PULSO	58
RESPIRACIONES	19
TENSIÓN ARTERIAL	130/72
PAM	—
TEMPERATURA	36
SAO2	97
FIO2	—
GLASGOW	15/15
PUPILAS	R
PEEP	—

Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.
NIT. 900.982.446-4
Tel. (606) 351 5436 - Pereira

RIOS ORTIZ JOSE ARBEY
4380457
2518581

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

Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.
NIT. 900.982.446-4
Tel. (606) 351 5436 - Pereira

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S. en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que todos los datos personales que se suministran en el desarrollo de la utilización de nuestros servicios, serán tratados bajo los estándares de seguridad y mantenimiento de las medidas de seguridad, físicas, técnicas y administrativas, con el fin de impedir que terceros no autorizados puedan acceso a los mismos. Para mayor información podrá ser consultada la política de seguridad y protección de datos en nuestra página www.serviambulanciasdelpacifico.com leído lo anterior autorizo expresamente a la empresa para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a la normatividad vigente, expresando que es veraz y confiable. Como consta en el consentimiento de traslado de este documento.

DIAGNÓSTICO
1. Esquizofrenia, no especificada.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Sabana Guantes - Toallitas

OBSERVACIONES Paciente masculino consciente, alerta u orientado en 3 esferas, Sin soportes, con acompañante (hermana)

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, JOSE ARBEY RIOS ORTIZ con C.C. 4380457
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Victoria Arevalo 1030026900	Catalina Duarte P. 1088347866	Daviana londoño 1004217076

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 6514 606 3246503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 123788

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	27 01 2026	UPO836	21:10	21:20	21:48

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Clínica central del Eje DESTINO Hospital San Jorge

IDA [X] REGRESO [ ]

TIPO DE TRASLADO P1P

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Rosembra Vasquez
PARAMÉDICO Dayana londoño
MÉDICO
OTRO Mavic Agudelo

BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUAL? Tomografía Retorno

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Cesar Augusto APELLIDOS Agudelo Gil

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 94156097 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 58 10 12 1967 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Contributivo

DIRECCIÓN Vereda el guanabano - Apia TELEFONO 3128464735

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 58 años, quien se encuentra en sala de recuperación diagnostico ya dictado, se realiza traslado a Hospital San Jorge en estables condiciones generales

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

Hipertension - Diabetes | Niega | Niega | Niega

MEDICAMENTOS Amlodipino - Amitriptilina - Enalapril - Metformina

EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO - TORAX SIMETRICO - ABDOMEN

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	2132			
ALERTA	[ ]	PULSO	78			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	20			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	140/72			
COMA	[ ]	PAM	—			
	[ ]	TEMPERATURA	36			
	[ ]	SAO2	98			
	[ ]	FIO2	—			
	[ ]	GLASGOW	15/15			
	[X]	PUPILAS	R			
		PEEP	—			

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

AGUDELO GIL CESAR AUGUSTO
94156097

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

central del eje REFERENCIA

DIAGNÓSTICO
1. Neumonía bacteriana
2.
3.
4.

central del eje REFERENCIA

INSUMOS UTILIZADOS Sabana - Guantes - Tapabocas

OBSERVACIONES Paciente masculino de 58 años, consciente, alerta y orientado en 3 esferas, sin soportes, con acompañante (primo)

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Maria Esperanza Agudelo - 25.194.378
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todos los [illegible] riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

central del eje REFERENCIA

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
	Betty 90 24764488 Nilo.	Dayana londoño 1007213076

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 18 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123791

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibe	Hora Entrega
	28 01 2026	L2P086	0830	0845	0905

AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN HUJ — DESTINO Urologyn

IDA [X] REGRESO [ ]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Jhony Becerra
PARAMÉDICO Michel Hoyos
MÉDICO
OTRO Mariby Cuicedo (esposa)

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [X] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Colocación de catéter doble J + litotricia

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Daniel Antonio — APELLIDOS Yovera Valera

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] — NÚMERO 48891777 — SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 48 (D 01 M 06 A 1977) — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Asmetsalud

DIRECCIÓN La Cabonera casa 32, La Virginia — TELÉFONO 3146165487

DATOS CLINICOS Se traslada paciente desde 5to PISO cama 50, consciente, alerta, orientado en tiempo, marcha, signos vitales estables, sin complicaciones durante el traslado.

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

Niega — Osteosintesis en MSD por trauma — Niega — No refiere — No refiere

MEDICAMENTOS Niega

EXAMEN FÍSICO Normocefalico, torax simetrico, abdomen blando, extremidades simetricas

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	0830			
ALERTA	[X]	PULSO	86			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	20			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	109/68			
COMA	[ ]	PAM	82			
	[ ]	TEMPERATURA	36.5			
	[ ]	SAO2	92%			
	[X]	FIO2	--			
	[ ]	GLASGOW	15/15			
	[X]	PUPILAS	Isocoricas normoreactivas			
		PEEP	--			

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

DIAGNÓSTICO
1. Calculo del ureter
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana

OBSERVACIONES Se traslada paciente en aparentes buenas condiciones, en compañia de familiar se deja estable en sala de espera.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Mariby Cuicedo 1151443109

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Yuliana Velasquez (auxiliar)	UROLOGYN CARE IPS S.A.S Nit. 901.543.388-1	Michel Camilo Hoyos Tecnólogo en atención prehospitalaria

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 608 324 5514 608 3245583
Cels 317 654 9128

INFORME DE SERVICIOS

123793

TIPO DE SERVICIO	FECHA	28	01	2026	AMBULANCIA L2P086	Hora Solicitud 12:40	Hora Recibido 12:30	Hora Entrega 12:52

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [ ] REGRESO [X]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Jhony Becerra
PARAMÉDICO Michel Hoyos
MÉDICO
OTRO Maby Caicedo (esposa).

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Urologyn DESTINO HUSJ
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUAL? Retiro hospitalario

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Daniel Antonio APELLIDOS Yovera Valera

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 4889777 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 48 | 01 D | 09 M | 1977 A | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Asmetsalud

DIRECCIÓN La Caiborera casa 32, La Virginia TELEFONO 3148165497

DATOS CLINICOS Se traslada paciente luego de litotricia sin complicaciones, se deja catet. doble j, inserto, abierto, anclado, en vanilla, marcado, signos vitales estables sin complicaciones

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

Niega / Desconoce mas debido a / Niega No refiere No refiere
tumor / litotricia

MEDICAMENTOS Niega

EXAMEN FÍSICO Normocefalo, torax simetrico, abdomen blando, extremidades simetricas.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA [✓]
SOMNOLIENTO [ ]
ESTUPOR [ ]
COMA [ ]


[ ]


[✓]


[ ]

SV \ HORA	12:35			
PULSO	74			
RESPIRACIONES	16			
TENSIÓN ARTERIAL	128/72			
PAM	91			
TEMPERATURA	36.0			
SAO2	96%			
FIO2	---			
GLASGOW	15/15			
PUPILAS	Isocoricas normoreactivas			
PEEP	---			

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

DIAGNÓSTICO
1. Calculo del riñon
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana.

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañía de familiar, se deja en SIO piso cama 50 en aparentes buenas condiciones

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Maby Caicedo CC No. 1151443144
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S, el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudieran presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil.

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
UROLOGYN CARE I.P.S S.A.S Nit. 900.543.368 - 1	1091003256	Michel Camilo Hoyos Tecnólogo

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123790

TIPO DE SERVICIO	FECHA	28 / 01 / 2026	AMBULANCIA L2P086	Hora Solicitud 07:55	Hora Recibido 08:05	Hora Entrega 08:45

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Jhony Becerra
PARAMÉDICO Michel Hoyos
MÉDICO
OTRO Leidy Gonzalez (hija)

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN HCU DESTINO urologyn

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] UCI [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [X] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Colocacion de cateter doble J Ureteral

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Danilo Antonio APELLIDOS Gonzalez Zamora

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 4445608 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 66 | 28 D | 02 M | 1959 A | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Malbanas

DIRECCIÓN El Llano, Mariato Caldas TELÉFONO 3001280497

DATOS CLINICOS Se traslada paciente desde Qx cama 27, consciente, alerta, sentado, en camilla, no alergicos, sgre vitales estables, sin complicaciones durante el traslado

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

HTA, FA persistente, Laidopatia, Hipotiroidismo / Niega No refiere No refiere

MEDICAMENTOS B: Sep. abol, losartan, rivaroxaban.

EXAMEN FÍSICO No. mocefalico, torax simetrico

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	0810		
ALERTA	[X]	PULSO	62		
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	16		
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	137/82		
COMA	[ ]	PAM	100		
	[ ]	TEMPERATURA	36.5		
	[X]	SAO2	98%		
	[X]	FIO2	---		
	[X]	GLASGOW	15/15		
		PUPILAS	Isocoricas normoreactivas		
		PEEP	---		

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

DIAGNÓSTICO
1. Calculo del ureter
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañia de familiar, se deja en sala de espera en apropiadas buenas condiciones.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Leidy Gonzalez CC 439146034
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
M Chitiva 24764539	UROLOGY CARE I.P.S S.A.S Nit. 900.543.368 - 1	Michel Camila Hoyos Tecnologo en atencion prehospitalaria

SERVI ambulancias

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3246503
Cels 317 654 9125

INFORME DE SERVICIOS 123884

TIPO DE SERVICIO	FECHA	28 01 26	AMBULANCIA ZAB-002	Hora Solicitud 04:00	Hora Recibido 15:18	Hora Entrega 15:31

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Urología. DESTINO H. San Jorge.

IDA [ ] REGRESO [X] TIPO DE TRASLADO

PERSONAL DE SERVICIO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] G2 [ ]
CONDUCTOR Germán Miranda. INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
PARAMÉDICO Juan Hernández.
MÉDICO // // //
OTRO Familiar.

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUAL? Retorno.

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Danilo Antonio. APELLIDOS González Zamorca.

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 4445808. SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 66 | 28 | 02 | 1954 AFILIACIÓN ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS

DIRECCIÓN Vereda el Llano mismanto Caldas. TELÉFONO 3223052819.

DATOS CLINICOS Masculino en la sexta década de la vida sin antecedentes de importancia, con diagnostico de Colico renal Recurrente, Litofragmentación Intracorporea lado derecho - Ureteroscopia lado izquierdo.

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

Niega. Niega. Litiasis.

MEDICAMENTOS No Requiere.

EXAMEN FÍSICO Aceptables condiciones generales.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	15:18	15:31		
PULSO	61	64		
RESPIRACIONES	19	21		
TENSIÓN ARTERIAL	130/90	mm/Hg	/	/
PAM	—	—	/	/
TEMPERATURA	36.1	36.2		
SAO2	97	96		
FIO2	—	—	/	/
GLASGOW	15/15	15/15	/	/
PUPILAS	R	R		
PEEP	—	—		

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx Calculo del Riñon.
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Guantes tapabocas Salbanol.

OBSERVACIONES Masculino estable Hemodinamicamente, Constantes estables Colaborativo Comunicativo Sin novedad En Retorno.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, x Leidy González x 43914031 x Bello - Ant.

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

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S.

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
NIT. 900.543.368 - 1	x Freyman Mazo	1093226367

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 18 [illegible] 33
Tels: 606 324 6514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 123853

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	02 07 2026	HUT466	17:20	17:30	18:17

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Aguirre
PARAMÉDICO Dayana Londoño
MÉDICO
OTRO Mónica Sánchez

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Hospital San Jorge DESTINO Domicilio Alameda Circunvalar #8-25

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Egreso

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES Alicia APELLIDOS Castellano Jimenez
IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 24916444 SEXO M [ ] F [X] I [ ]
EDAD 89 | 24 | 11 | 1936 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sura
DIRECCIÓN Alameda Circunvalar #8-25 TELEFONO 3194362117

DATOS CLINICOS Paciente femenina de 89 años, consciente y orientada, se encuentra en hospitalización, diagnostico ya descrito, se realiza traslado a domicilio en estables condiciones generales.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [X] QUIRÚRGICOS [ ] ALÉRGICOS [X] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]
Hipertension. Hipotiroidismo. Alzheimer. / Tramadol / Niega.

MEDICAMENTOS Irbesartan. levotiroxina. Quetiapina. Amlodipino.

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	17:42
ALERTA	[ ]	PULSO	59
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	20
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	110/76
COMA	[ ]	PAM	—
	[ ]	TEMPERATURA	36
	[ ]	SAO2	93
	[ ]	FIO2	—
	[X]	GLASGOW	15/15
		PUPILAS	R
		PEEP	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Infección de vías urinarias.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Sabana Guantes. Tapabocas

OBSERVACIONES Paciente femenina de 89 años, consciente, alerta y orientada en 3 esferas, sin soporte, con acompañante (hija)

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, x María Elena Sánchez C. 42067953 P
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
8576680	42067953	Dayana Londoño 1007217076

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245593
Cels 317 854 9129

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

INFORME DE SERVICIOS

123914

TIPO DE SERVICIO	FECHA	6	2	26	AMBULANCIA 7M3 602.	Hora Solicitud 07:00	Hora Recibido 08:42	Hora Entrega 09:00			
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR				RECORRIDO DEL TRASLADO						
					ORIGEN Mimeo Rosales		DESTINO Urologyn				
IDA ✓	REGRESO				TIPO DE TRASLADO						
PERSONAL DE SERVICIO					BÁSICO ✓	MEDICALIZADO		O2			
CONDUCTOR Daniel Medina					INCUBADORA		VENTILADOR				
PARAMÉDICO Julian Hernandez					MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO	NIVEL DE COMPLEJIDAD 1 2 3 4					
MÉDICO //	//	//			MÉDICO	QUIRÚRGICO	EXAMEN	OTRO ✓			
OTRO Familiar					CUÁL? Ictericia.						

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Juan Manuel			APELLIDOS	Lopez Forero.						
IDENTIFICACION	CC ✓	TI	RC	CE	NÚMERO	10.019.151	SEXO	M ✓	F	I	
EDAD	52	13	19	K03	AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS		Salud total				
DIRECCIÓN	Dg 25 # 211T91 Ic Pradera.						TELÉFONO	3002217401			

DATOS CLINICOS Masculino en la Quinta década de la Vida sin antecedentes de importancia, Con cuadro clinico Consistente en Dolor tipo. Ulterolitiasis Ureteral izquierda Obstructiva. Persistencia del dolor.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ✓ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ✓ FAMILIARES ☐ OTROS ✓

Niega. Niega. ND especificados.

MEDICAMENTOS Sin Requerimiento.

EXAMEN FÍSICO Aceptables Condiciones generales.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA ✓
SOMNOLIENTO ☐
ESTUPOR ☐
COMA ☐



SV \ HORA	08:42	09:00			
PULSO	94	94			
RESPIRACIONES	19	19	/	/	
TENSIÓN ARTERIAL	100/60	100/60		/	
PAM	—	—			
TEMPERATURA	36.1	36.1			
SAO2	97	97			
FIO2	—	—	/	/	
GLASGOW	15/15	15/15			
PUPILAS	R	R		/	
PEEP	—	—			

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

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx. Hidronefrosis.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Guantes. Tapabocas, Gasas.

OBSERVACIONES Masculino Estable Hemodinamicamente, Colaborativo, Comunicativo Sin novedad en traslado.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO. Juan Manuel Lopez F. C.C. 10019151 Pereira

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Oscar Cortes 02 FA-03	UROLOGYN CARE I.P.S S.A.S Nit. 900.543.368-1	1093228367

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

INFORME DE SERVICIOS

123915

TIPO DE SERVICIO	FECHA	6 02 26	AMBULANCIA ZAB-602	Hora Solicitud 1340	Hora Recibido 1340	Hora Entrega 1402
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR		RECORRIDO DEL TRASLADO ORIGEN Urologyn		DESTINO Clínica Risaralda	
IDA ☐	REGRESO ☑		TIPO DE TRASLADO			
PERSONAL DE SERVICIO			BÁSICO ☐	MEDICALIZADO ☐	O2 ☐	
CONDUCTOR Daniel Muñoz			INCUBADORA ☐		VENTILADOR ☐	
PARAMÉDICO Juan Hernández			MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐	NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐	1 2 3 4	
MÉDICO //			MÉDICO ☐	QUIRÚRGICO ☐	EXAMEN ☐	OTRO ☐
OTRO Familiar.			CUÁL? Retorno			

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Juan Manuel	APELLIDOS	Lopez Forero
IDENTIFICACION	CC ☑ TI ☐ RC ☐ CE ☐	NÚMERO	10.019.151
SEXO	M ☑ F ☐ I ☐	EDAD	52 A 10 M 19 D
AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS	Salud total.		
DIRECCIÓN	Diag. 25 # 24 71 la Pradera Dosquebradas	TELÉFONO	3002279901

DATOS CLINICOS Masculino en la Quinta Década de la Vida Sin antecedentes de importancia, Con cuadro Clinico Consistente tipo Colico, Ureteral litiasis Proximal Izquierdo Obstructiva, Persistencia del dolor.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☑ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ☑ FAMILIARES ☐ OTROS ☑

Niega | Niega | Niega

MEDICAMENTOS Sin Requerimiento.

EXAMEN FÍSICO Aceptables Condiciones Generales.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA ☑ SOMNOLIENTO ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐ ☐ ☐ ☑

SV \ HORA	1340	1402
PULSO	91	73
RESPIRACIONES	R1	22
TENSIÓN ARTERIAL	130/90	110/90
PAM	—	—
TEMPERATURA	36.1	36.1
SAO2	97	98
FIO2	—	—
GLASGOW	15/15	15/15
PUPILAS	R	R
PEEP	—	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx. Hidronefrosis.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Guantes, Tapabocas, Gabinete.

OBSERVACIONES Masculino Estable Hemodinamicamente, Constantes Estables Sin novedad en Retorno.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO. x Juan Manuel Lopez Forero x 10019151 x Pereira

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
UROLOGYN CARE I.P.S S.A.S; Nit. 900.543.368 - 1	x Claudia Gomez 27-03	1001322E367

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3246503
Cels 317 654 9129

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

INFORME DE SERVICIOS

124027

TIPO DE SERVICIO	FECHA	07	02	26	AMBULANCIA	Hora Solicitud:	Hora Recibido:	Hora Entrega:
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR							

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Hosj DESTINO Homeris

IDA [X] REGRESO [ ]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Gallego
PARAMÉDICO Dayana Londoño
MÉDICO
OTRO

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

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Mateo Sebastian APELLIDOS Gil Bolivar

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 1015470162 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 28 | D | M | A | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Asmet Salud

DIRECCIÓN Torre 4a Santa Clara TELEFONO 3215535559

DATOS CLINICOS Paciente masculino que se maneja x Urgencias por Psiquiatria a Homeris, Con espera en Urgencias de 3 Horas, se retorna al Hosj.

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

TAB.

MEDICAMENTOS

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	8:00			
ALERTA	[X]	PULSO	70			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	19			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	110-70			
COMA	[ ]	PAM	—			
	[ ]	TEMPERATURA	36			
	[ ]	SAO2	96			
	[ ]	FIO2	—			
	[ ]	GLASGOW	15			
	[X]	PUPILAS	R			
		PEEP	—			

GIL BOLIVAR MATEO SEBASTIAN 1015470162 — 28 Años — 26/2/26 12:44 — Subsidiado — Masculino — FEDERA DELGADO

1523633

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

DIAGNÓSTICO
1. Trastorno Afectivo Bipolar
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Sabanas, Guantes, Tapabocas

OBSERVACIONES Paciente Consciente, orientado. Con 28 Años Colaborador, en compañía de Acudiente.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO Mateo Sebastian Gil Bolivar

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Juan Pablo Londoño Correa cc.1093214367 ENFERMERO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	Control de Referencia y Contra Referencia	

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 6514 606 3245503
Cels 317 664 9129

INFORME DE SERVICIOS

124073

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	07 02 26				

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Homecis DESTINO Husj

IDA ☐ REGRESO ☐

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO ☒ MEDICALIZADO ☐ 02 ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Gallego
PARAMÉDICO Dayana Londoño
MÉDICO
OTRO

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☒ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☐
CUÁL?

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Mateo sebastian APELLIDOS Gil Bolivar

IDENTIFICACION CC ☒ TI ☐ RC ☐ CE ☐ NÚMERO 1015470162 SEXO M ☒ F ☐ I ☐

EDAD 28 | D | M | A | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Asmet salud

DIRECCIÓN Torres 09 santa clara TELÉFONO 3215535559

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico ya descrito es retornado al Husj despues de 3 horas de espera en estables condiciones

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☐ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ☐ FAMILIARES ☐ OTROS ☐

TAB

MEDICAMENTOS

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA				
ALERTA	☒	PULSO	74			
SOMNOLIENTO	☐	RESPIRACIONES	19			
ESTUPOR	☐	TENSIÓN ARTERIAL	114/68			
COMA	☐	PAM	-			
	☐	TEMPERATURA	36.5			
	☐	SAO2	98			
	☐	FIO2	-			
	☐	GLASGOW	15			
	☒	PUPILAS	R			
		PEEP	-			



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

DIAGNÓSTICO
1. Trastorno inperactivo bipolar
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS tapabocas- guantes- sabana

OBSERVACIONES Paciente de 28 años de edad trasladado en compañia del familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO. Mateo Sebastian Gil Bolivar
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
	Juan Pablo Londoño Correa cc.1093214967 ENFERMERO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123903

TIPO DE SERVICIO	FECHA	10	2	26	AMBULANCIA HWJ-466	Hora Solicitud 1410	Hora Recibido 1420	Hora Entrega 1450

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN H. San Jorge — DESTINO Oncologos.

IDA [✓] REGRESO [ ]

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [✓] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Aguirre.
PARAMÉDICO Juan Hernandez.
MÉDICO " " "
OTRO Familiar.

MOTIVO DEL TRASLADO CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [✓]
CUAL? Valoracion por Oncologia.

HISTORIA CLINICA

NOMBRES John William — APELLIDOS Jimenez Medina.

IDENTIFICACION CC [✓] TI [ ] AC [ ] CE [ ] — NÚMERO 10.142.661 — SEXO M [✓] F [ ] I [ ]

EDAD 54 | 2 | 01 | 1972 — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva EPS.

DIRECCIÓN Piedra #7.22 El Jardin 2. Bosquebonitos. — TELEFONO 3157484004

DATOS CLINICOS Masculino En la quinta decada de la vida. En contexto de Tumor maligno infiltrativo Renal izquierdo No recibe Manejo Con Quimioterapia, Constante Valoracion por Oncologia.

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

Colecistectomia. — Niega.

MEDICAMENTOS Sin Requerimiento.

EXAMEN FÍSICO Regulares Condiciones.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA	[✓]
SOMNOLIENTO	[ ]
ESTUPOR	[ ]
COMA	[ ]
	[ ]
	[ ]
	[✓]

SV \ HORA	1420	1450
PULSO	91	92
RESPIRACIONES	19	21
TENSIÓN ARTERIAL	100/60	110/70
PAM	—	—
TEMPERATURA	36.1	36.2
SAO2	94	
FIO2	—	—
GLASGOW	15	15
PUPILAS	I	I
PEEP	—	—

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

DIAGNÓSTICO
1.
2. Tumor de Comportamiento incierto
3. En Organo Urinario Izq.
4

INSUMOS UTILIZADOS Guantes, Tapabocas, Gafas.

OBSERVACIONES Masculino Estable Hemodinamicamente.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, [illegible] ANDREA AGUDELO C.C. 1.234.065.308 — x Dx Quebrados

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Yahir Mora	[illegible]	[illegible]

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9125

INFORME DE SERVICIOS

123905

TIPO DE SERVICIO	FECHA	10	2	26	AMBULANCIA HLUT-466	Hora Solicitud 20h30	Hora Recibido 21h05	Hora Entrega 21h40

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN H Scm Jorge DESTINO Hosp. D. Bemeo.

IDA [X] REGRESO [ ]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Cigüeñe.
PARAMÉDICO Jean Hernandez.
MÉDICO // // //
OTRO Familia.

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? Valoración por Oncología.

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Maria Victoria APELLIDOS Villanueva.

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 51911428 SEXO M [ ] F [X] I [ ]

EDAD 57 | 26 | 03 | 1968 AFILIACIÓN ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sanitas.

DIRECCIÓN Cll 14 #16-81 la Rayo Palmira Valle TELÉFONO 3104939389.

DATOS CLINICOS Femenina En la quinta decada de la vida Con antecedentes de mieloma multiple, actualmente En tto Oncologico Recibe mes por Quimioterapia, Dx. Bacteremia asociada a Portacath de Quimioterapia.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS [X] QUIRÚRGICOS [ ] ALÉRGICOS [X] FAMILIARES [ ] OTROS [ ]
Mieloma. Niega.

MEDICAMENTOS Sin Requerimiento.

EXAMEN FÍSICO Limitación En muñeca.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	21h05	21h40		
PULSO	61	64		
RESPIRACIONES	19	21	//	
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	110/70		//
PAM	—	—		
TEMPERATURA	36	36		
SAO2	97.	99.		
FIO2	—	—		
GLASGOW	15/15	15/15	//	
PUPILAS	R	R		//
PEEP	—	—		

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx. Mieloma multiple.
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS

OBSERVACIONES Femenina Estable Hemodinamicamente.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, [illegible] 1000997913 [illegible]

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Laura Ponalva	Norly Soto	1093228361-1

Calle 16 No. 10-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels: 317 654 9129

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

INFORME DE SERVICIOS

124029

TIPO DE SERVICIO	FECHA	11 / 02 / 2026	AMBULANCIA 248002	Hora Solicitud 1845	Hora Recibido 1855	Hora Entrega 2030

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA ☑ REGRESO ☐

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Rosemberg Vasquez
PARAMÉDICO Estefania Rueda
MÉDICO
OTRO

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN San Jorge DESTINO Instituto del Sistema Nervioso Gnimocyto

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO ☑ MEDICALIZADO ☐ CO ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☑
CUÁL? Remisión a unidad mental

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Jorge Edilson APELLIDOS Sosa Rueda

IDENTIFICACION CC ☑ TI ☐ RC ☐ CE ☐ NÚMERO 75 051 489 SEXO M ☑ F ☐ I ☐

EDAD 43 | 10 | 00 | 1982 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Salud Total EPS

DIRECCIÓN Barrio San Nicolas Cra 15 # 15 - 48 TELÉFONO 3116760377

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 43 años de edad, el cual se encontraba en el área de psiquiatría con dx ya descrito y se traslada por remisión y reporte de Trabajadora Social en estables Condiciones

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☐ QUIRÚRGICOS ☐ ALÉRGICOS ☑ FAMILIARES ☐ OTROS ☐

Niega Niega Haloperidol

MEDICAMENTOS Midazolam

EXAMEN FÍSICO Normocefálico - Tórax Simétrico - Ambulatorio

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA ☐
SOMNOLIENTO ☑
ESTUPOR ☐
COMA ☐

SV / HORA	1900
PULSO	89
RESPIRACIONES	19
TENSIÓN ARTERIAL	116/83
PAM	—
TEMPERATURA	36
SAO2	93
FIO2	—
GLASGOW	—
PUPILAS	R
PEEP	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Trastorno afectivo Bipolar,
2. Episodio mixto Presente
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Sábana - Guantes - Tapabocas

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

OBSERVACIONES Se traslada paciente masculino de 43 años de edad, en compañía de personal de salud.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, [illegible] 75051489-13 de
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil.

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Mayan R	1006458193 [illegible]	Estefania Rueda M

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S.

Calle 10 No. 16-33
Tels: 606 324 5814 606 3245603
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123943

TIPO DE SERVICIO	FECHA	11	02	2026	AMBULANCIA AUT466	Hora Solicitud 11:08	Hora Recibido 11:09	Hora Entrega 11:40

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Gallego
PARAMÉDICO Dayana Londoño.
MÉDICO
OTRO Yiedy Rivas.

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Hospital San Jorge DESTINO Gastro Elite.

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Biopsia y aspiración por ecoendoscopia

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Julian APELLIDOS Correa Arenas

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 1006940990 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 69 | 16 | 02 | 1956 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Asmet Salud

DIRECCIÓN M2A casa barrio 5 de octubre - Desquebradas TELÉFONO 3137473612

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 69 años, quien se encuentra en hospitalización diagnostico ya descrita se realiza traslado a Gastro Elite en estables condiciones generales.

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

Niega / Resección Transuretral de prostata / Niega Niega

MEDICAMENTOS No requiere

EXAMEN FÍSICO Normocefalico. Torax Simetrico. Ambulatorio

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	11:09			
ALERTA	[ ]	PULSO	72			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	20			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	130/76			
COMA	[ ]	PAM	—			
	[ ]	TEMPERATURA	36			
		SAO2	98			
	[ ]	FIO2	—			
		GLASGOW	15/15			
	[X]	PUPILAS	R			
		PEEP	—			

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

CORREA ARENAS JULIAN
1006940990
2517460

DIAGNÓSTICO
1. Tumor de comportamiento incierto en
2. organos digestivos
3.
4.

GASTRO ELITE S.A.S
900.676.568-7

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

INSUMOS UTILIZADOS Sabana. Guantes. Tapabocas

OBSERVACIONES Paciente masculino de 69 años, consciente, alerta y orientado en 3 esferas, sin soportes, con acompañante. (cotocado)

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Cristina 42025066	DUANA LONZANO No se recibe porque llego. 10 min antes y el de se debia	Dayana Londoño 1007210476

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Telf: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123944

TIPO DE SERVICIO	FECHA	11	02	2026	AMBULANCIA HCWT466	Hora Solicitud 11:41	Hora Recibido 11:42	Hora Entrega 12:02

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Ecomo Elite DESTINO Hospital San Jorge.

IDA ☐ REGRESO ☑

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO ☑ MEDICALIZADO ☐ 02 ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☐
CUÁL? Biopsia y aspiración por endoscopia

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Gallego
PARAMÉDICO Dayana Londoño
MÉDICO
OTRO Freddy Rivas

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Julian APELLIDOS Correa Arenas

IDENTIFICACIÓN CC ☑ TI ☐ RC ☐ CE ☐ NÚMERO 1008490919 SEXO M ☐ F ☐ I ☐

EDAD 69 | 16 | 08 | 1956 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva Salud

DIRECCIÓN Mza C casa veinte 5 de octubre. Rosablanca TELEFONO 3137473612

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 69 años quien pasa la cita del procedimiento, se realiza retiro a Hospital San Jorge en estables condiciones genera

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☐ QUIRÚRGICOS ☑ ALÉRGICOS ☐ FAMILIARES ☐ OTROS ☐

Niega / Resección transuretral prostata / Niega Niega

MEDICAMENTOS No requiere

EXAMEN FÍSICO Normocefalico. Torax simetrico. Abdomen blando

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA				
ALERTA	☐	PULSO	78			
SOMNOLIENTO	☐	RESPIRACIONES	20			
ESTUPOR	☐	TENSIÓN ARTERIAL	139/62			
COMA	☐	PAM	—			
		TEMPERATURA	36			
	☐	SAO2	98			
		FIO2	—			
	☐	GLASGOW	15/15			
	☑	PUPILAS	R			
		PEEP	—			

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

CORREA ARENAS JULIAN 1008490919 2537460

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

DIAGNÓSTICO
1. Tumor de comportamiento incierto en organos digestivos
2.
3.
4.

GASTRO ELITE S.A.S 900.676.568-7

INSUMOS UTILIZADOS Sabana - Guantes - Apósitos.

OBSERVACIONES Paciente masculino de 69 años, consciente, alerta y orientado en 3 esferas, sin soportes, con acompañante.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, X Julián Correa A

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Daniel Orozco	Diana Gonzalez No se recibe porque llego 40 MM tarde	Dayana Londoño 1007210076.

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 684 9125

INFORME DE SERVICIOS

123929

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	11 07 2026	HLV746	06:00	06:10	06:40

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Gallego
PARAMÉDICO Dayana Londoño
MÉDICO
OTRO Maria Zuleta

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Hospital San Jorge DESTINO Clinica comfamiliar

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Angioplastia

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES Jose Antonio APELLIDOS Zuleta Villada

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 19128530 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 74 09 05 1951 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva eps

DIRECCIÓN Finca la granjita-Via Armenia TELEFONO 3146899840

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 74 años, quien se encuentra en hospitalizacion, diagnostico ya descrito. Se realiza traslado a clinica comfamiliar en estables condiciones generales.

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

Diabetes mellitus + Hipertension - Cardiopatia isquemica

MEDICAMENTOS Insulina requiriente - Enalapril - Rivaroxaban - Empagliflozina

EXAMEN FÍSICO Normocefalico - Torax Simetrico - Movilidad reducida

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	06:23
PULSO	83
RESPIRACIONES	20
TENSIÓN ARTERIAL	137/86
PAM	—
TEMPERATURA	36
SAO2	96
FIO2	—
GLASGOW	15/15
PUPILAS	R
PEEP	-

ZULETA VILLADA JOSE ANTONIO
19128530
2510408

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

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

DIAGNÓSTICO
1. Esfuerzo Arterial
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS Sabana - Guantes - Tapabocas

OBSERVACIONES Paciente masculino de 74 años, quien se encuentra consciente, alerta y orientado en 3 esferas, sin soportes, con acompañante (Hermana)

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO María Zuleta 42051082.
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Jovia Gomez 1093225211	Carolina 1093225200	Dayana Londoño 1007217076

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Telf: 606 324 5514 606 3245603
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 124012

TIPO DE SERVICIO	FECHA	11	02	2025	AMBULANCIA LZP086	Hora Solicitud 10:50	Hora Recibido 11:00	Hora Entrega 11:15

AUTORIZACIÓN / AUTORIZADO POR	RECORRIDO DEL TRASLADO
	ORIGEN Comfenalco DESTINO HUSJ
IDA ☐ REGRESO ☒	TIPO DE TRASLADO
PERSONAL DE SERVICIO	BÁSICO ☒ MEDICALIZADO ☐ 02 ☐
CONDUCTOR Jhony Becera	INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
PARAMÉDICO Michel Hoyos	MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO	MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☒
OTRO Luz Maria Zuleta Hoyos	CUÁL? Retorno hospitalario

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Jose Antonio				APELLIDOS	Zuleta Villada			
IDENTIFICACION	CC ☒ RC ☐ TI ☐ CE ☐	NÚMERO	2510408		SEXO	M ☒	F ☐	I ☐	
EDAD	74	08 M	05 D	1951 A	AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS	Nueva EPS			
DIRECCIÓN	Finca la Coromona via Armenia				TELÉFONO	3146689840			

DATOS CLINICOS Se traslada paciente luego de angioplastia, sin complicaciones consciente, alerta, orientado, sin soporte activo, en silla, monitoreado, signos vitales estables, sin complicaciones durante el traslado

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ☒ QUIRÚRGICOS ☒ ALÉRGICOS ☐ FAMILIARES ☐ OTROS ☒

DM, HTA, bradiarritmia, hiperplasia prostatica, amputacion MID / Niega / No refiere / colecistectomia hace 15 años

MEDICAMENTOS Insulina, losartan, rosuvastatina, carvedilol, ASA, metoprolol, furosemida

EXAMEN FÍSICO Normocefalico, boca simetrica, abdomen blando, fuerza de 1/5 en MII.

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	11:06			
ALERTA	☒	PULSO	69			
SOMNOLIENTO	☐	RESPIRACIONES	16			
ESTUPOR	☐	TENSIÓN ARTERIAL	161/71			
COMA	☐	PAM	99			
	☐	TEMPERATURA	36.2			
	☒	SAO2	97%			
		FIO2	- - -			
	☒	GLASGOW	15/15			
	☒	PUPILAS	Isocoricas normoreactivas			
		PEEP	- - -			

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

DIAGNÓSTICO
1. Estrechez alterea
2.
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañia de familiar, se deja en cama 457 en aparentes buenas condiciones

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Luz Maria Zuleta 42057422.
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Carolina 1093225100	Luz Maria 1002197832	Tecnólogo en atención prehospitalaria

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245603
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 124030

TIPO DE SERVICIO	FECHA	12	02	26	AMBULANCIA ZAB002	Hora Solicitud 12720	Hora Recibido 12732	Hora Entrega 12753

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Marin
PARAMÉDICO Luz Dalleth Tapiero
MÉDICO
OTRO Claudia Ruiz

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN San Jorge DESTINO Hemodinamia Rosales
TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL?

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Alonso APELLIDOS Ruiz Cruz
IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 94280607 SEXO M [X] F [ ] I [ ]
EDAD 65 | 13 | 10 | 1960 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Comfenalco
DIRECCIÓN Vereda la Floresta - Finca El Tulcan - Apia TELEFÓNO 3205388931

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en el area de hospitalizacion es trasladado en estables condiciones generales

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

THA Niega Omeprazol Niega

MEDICAMENTOS Enalapril, Bisoprolol, Metocarbamol, Carbamazepina

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	12740
PULSO	58
RESPIRACIONES	17
TENSIÓN ARTERIAL	112/67
PAM	—
TEMPERATURA	36.5
SAO2	95
FIO2	—
GLASGOW	—
PUPILAS	R
PEEP	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Estrechez Arterial
2. Arritmia cardiaca, No especificada
3. Aterosclerosis de las arterias de los miembros
4.

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, Guantes, Sabanas

OBSERVACIONES Paciente de 65 años de edad trasladado en compañia del familiar.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO Alonso Ruiz 1088537202
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
CADV Guerrero, Ledezma	1088357635 - Sanyi Tamayo	1026555145 Luz Dalleth Tapiero

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245603
Cels 317 654 8129

INFORME DE SERVICIOS

123966

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	12 02 26	HWT466	16:30	16:43	17:03

AUTORIZACIÓN: AUTORIZADO POR

IDA [ ] REGRESO [X]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: Juan Pablo Osorio
PARAMÉDICO: Isabella Castaño
MÉDICO:
OTRO: Claudia Ruiz

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: Hemodinamia DESTINO: San Jorge
TIPO DE TRASLADO: Rosales

BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]

MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? Retorno a San Jorge

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Alonso APELLIDOS: Ruiz Cruz

IDENTIFICACION: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO: 94250607 SEXO: M [X] F [ ] I [ ]

EDAD: 65 | 13 | 10 | 1960 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: Comfenalco

DIRECCIÓN: vereda la floresta, finca el tucan Apia TELÉFONO: 3205388931

DATOS CLINICOS: Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en hemodinamia de rosales es retornado en estables condiciones generales

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

HTA Niega naproxeno-ibuprofeno

MEDICAMENTOS: Anticoagulantes- Losartan- Morfina

EXAMEN FÍSICO: Normocefalo- torax simetrico- ambulatorio

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

SV / HORA	
PULSO	67
RESPIRACIONES	16
TENSIÓN ARTERIAL	108/69
PAM	—
TEMPERATURA	36.5
SAO2	95
FIO2	—
GLASGOW	—
PUPILAS	R —
PEEP	

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

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

DIAGNÓSTICO
1. Estrechez arterial
2. Arritmia cardiaca
3. Ateroesclerosis de las arterias de los miembros inferiores
4.

INSUMOS UTILIZADOS: Tapabocas- Guantes- Sabana

OBSERVACIONES: Paciente de 65 años de edad trasladado en compañía del familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, [signature] 1098537202
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Lorena Medina 1007467432	LADY GUERRERO 1.089999810	Isabella Castaño.

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 6514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123959

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	12 02 26	HWT466	10438	10448	11425

AUTORIZACIÓN: | AUTORIZADO POR:

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: san Jorge DESTINO: centro oncologico

IDA [X] REGRESO [ ]

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] G2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? Radioterapia

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: Juan pablo osorio
PARAMÉDICO: Isabella castaño
MÉDICO:
OTRO: Luis Hoyos

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Carol Juliana APELLIDOS: Serna Arenas

IDENTIFICACION: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO: 1225089811 SEXO: M [ ] F [X] I [ ]

EDAD: 28 11 10 1997 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: coosalud

DIRECCIÓN: Barrio rosal casa 11 AVE SUX TELÉFONO: 3136199890

DATOS CLINICOS: Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en el área de hospitalización es trasladada en estables condiciones generales

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

Niega ovarios Niega Niega

MEDICAMENTOS: Metadona- Pregabalina - omeprazol

EXAMEN FÍSICO: Normacefala- torax simetrico- ambulatoria

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	
ALERTA	[X]	PULSO	68
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	19
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	119/71
COMA	[ ]	PAM	-
	[ ]	TEMPERATURA	36.5
		SAO2	97
	[ ]	FIO2	-
		GLASGOW	-
	[X]	PUPILAS	R
		PEEP	-

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

DIAGNÓSTICO
1. Cancer de utero
2. Anemia
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS: Tapabocas- Guantes - sabana

OBSERVACIONES: Paciente de 28 años de edad alerta consciente y orientada trasladada en compañía del familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Hoyos Diaz Luis T.1088029896
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
	Nelly Mejia Jaramillo CC 42164924 per	Isabella Castaño.

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS 124028

TIPO DE SERVICIO	FECHA	12	02	26	AMBULANCIA ZAB702	Hora Solicitud 12:40	Hora Recibido 13:18	Hora Entrega 13:40

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Centro oncologico DESTINO Hospital San Jorge

IDA [ ] REGRESO [X]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Mejia
PARAMÉDICO Luz Dalley Tapiero
MÉDICO
OTRO Luis Hoyos

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

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Carol Juliana APELLIDOS Serna Arenas

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 1225089811 SEXO M [ ] F [X] I [ ]

EDAD 28 | 11 | 10 | 1997 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Coosalud

DIRECCION Barrio rosal casa 11 AV. Sur TELEFONO 3136199890

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico no descrito, Quien se encontraba en Centro oncologico es retornado al Hospital San Jorge, en estables condiciones generales

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

Niega Cuarios Niega Niega

MEDICAMENTOS Metadona - Pregabalina - omeprazol

EXAMEN FÍSICO Normocefalo - Torax Simetrico

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	13:26			
ALERTA	[X]	PULSO	94			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	18			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	115/51			
COMA	[ ]	PAM	-			
	[ ]	TEMPERATURA	36.5°			
	[ ]	SAO2	95%			
	[ ]	FIO2	-			
	[ ]	GLASGOW	-			
	[X]	PUPILAS	R			
		PEEP	-			

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

DIAGNÓSTICO
1. Cancer de utero
2. Anemia
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas - Guantes - Sabana

OBSERVACIONES Femenina de 28 años de edad Alerta, conciente y orientada, trasladada en compañia de familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Hoyos Daniel Luis Fernando 1.088.029.896
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
CC 1054567083 Valentina Mejia J	1397625	Luz Dalley TS 1076350162

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3246503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124038

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibida	Hora Entrega
	13 / 2 / 26	ZAB-602	12:30	14:40	16:50

AUTORIZACIÓN: AUTORIZADO POR:

IDA: ✓ REGRESO:

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: Carmen Mercedes.
PARAMÉDICO: Julia Hernandez
MÉDICO: Valeria Cifuentes Francis
OTRO: Familiar.

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: H Susa Jag
DESTINO: Apoyo terapeutico medicamentos.

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO: X MEDICALIZADO: O2:
INCUBADORA: VENTILADOR:
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO: NIVEL DE COMPLEJIDAD: 1 2 3 4
MÉDICO: QUIRÚRGICO: EXAMEN: OTRO: X
CUÁL? Valoracion por Cardiologia

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Maria Rosalba — APELLIDOS: Hurtado de Valencia.

IDENTIFICACION: CC: X TI: RC: CE: — NÚMERO: 29.470.254 — SEXO: M: F: X I:

EDAD: 78 AÑOS 05 MESES 0 DÍAS — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: Coosalud.

DIRECCIÓN: M72 #5 21 Sector D Parque Industrial. — TELÉFONO: 3182666170

DATOS CLINICOS Femenina en la octava decada de la vida con antecedentes de Hipertensión, Hipotiroidismo, actualmente en tto medico - farmacologico, con Diagnostico de egreso, basado en Enfermedad Cardiaca Congestiva.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: X QUIRÚRGICOS: ALÉRGICOS: X FAMILIARES: OTROS:

Hipertensión. Tiroides Niega. ICC.

MEDICAMENTOS NO Requiere.

EXAMEN FÍSICO Aparentemente buenas condiciones.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

ALERTA: ✓
SOMNOLIENTO:
ESTUPOR:
COMA:



SV \ HORA	14:40	16:50		
PULSO	81	67		
RESPIRACIONES	19	21		
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	121/72	/	/
PAM	—	—	/	/
TEMPERATURA	36.1	36.2		
SAO2	92	94		
FIO2	—	—	/	/
GLASGOW	15/15	15/15	/	/
PUPILAS	R	R		
PEEP	—	—		

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx. ICC.
2.
3. Insuficiencia Cardiaca.
4. Congestiva.

INSUMOS UTILIZADOS

OBSERVACIONES Femenina estable hemodinamicamente, Farmacologica, Oxigenoterapia. Constantes estables, sin novedad durante traslado.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, x Martha Liliana Alvarez x 38756118 x Sevilla. Valle.

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
x Katherine Giraldo	79645453 Castaño	1093278361

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels: 317 684 9129

INFORME DE SERVICIOS

124039

TIPO DE SERVICIO	FECHA	13	2	26	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
					TAB-003	16:00	16:30	17:40

AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN Aeropuerto matecaña DESTINO Hospital San Jorge

IDA [ ] REGRESO [X]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Germán Miranda
PARAMÉDICO Juan Hernandez
MÉDICO // // //
OTRO Fisioterapia.

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

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	APELLIDOS
Maria Rosalba	Hurtado de Valencia

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 29.470.254 SEXO M [ ] F [X] I [ ]

EDAD 78 | 10 | 03 | 1947 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Rosalud

DIRECCIÓN M7 L Pb 21 Sector El Riego Indostrial TELÉFONO 318 266 8170

DATOS CLINICOS

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

HTA Tiroides. Ninguna Ref.

MEDICAMENTOS No Requiere.

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA				
ALERTA	[X]	PULSO				
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES				
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL				
COMA	[ ]	PAM				
	[ ]	TEMPERATURA				
	[ ]	SAO2				
	[ ]	FIO2				
	[X]	GLASGOW				
		PUPILAS				
		PEEP				

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

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

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Cardiaca Congestiva.
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS

OBSERVACIONES De Retorno Personal medico al centro asistencial sin novedad.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
		1007327636

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 18 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124040

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	13 02 26	2AB002	18+40	18+50	20 +05

AUTORIZACIÓN: AUTORIZADO POR:

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: Juan Pablo ospina
PARAMÉDICO: Isabella castaño
MÉDICO:
OTRO: Edilma otalvaro

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: San Jorge DESTINO: oncologos Navaya

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? REMISIÓN

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Maria Orfilia APELLIDOS: Otalvaro Bermudez

IDENTIFICACION: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO: 1114399897 SEXO: M [ ] F [X] I [ ]

EDAD: 56 | 20 | 03 | 1969 AFILIACIÓN ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: Nueva EPS

DIRECCIÓN: villa fernanda 2 casa 47 alcala TELÉFONO: 3243600034

DATOS CLINICOS: Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en el área de hospitalización es trasladada en estables condiciones generales

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

HTA Niega Niega Niega

MEDICAMENTOS: Losartan

EXAMEN FÍSICO: Normocefalo - torax simetrico - ambulatoria

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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

SV \ HORA	19+35			
PULSO	87			
RESPIRACIONES	20			
TENSIÓN ARTERIAL	106/60			
PAM	—			
TEMPERATURA	36.5			
SAO2	97			
FIO2	—			
GLASGOW	—			
PUPILAS	R			
PEEP	—			

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

DIAGNÓSTICO
1. Tumor maligno del recto
2. Deficit neurocognitivo
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS: Tapabocas - Guantes - sabana

OBSERVACIONES: Paciente de 56 años de edad trasladada en compañia del familiar

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

YO, Edilma Otalvaro - 3035283

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Angel Yepes 20513311	Zolma Valencia 42138797	Isabella Castaño.

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

123970

TIPO DE SERVICIO	FECHA	14	02	2026	AMBULANCIA HUS746	Hora Solicitud 09:30	Hora Recibido 09:36	Hora Entrega 05:18

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Pallejo
PARAMÉDICO Michel Hayes
MÉDICO
OTRO Laura Bateza (madre)

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN HUSJ DESTINO Respiratorio megacentro

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] O2 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [ ]
CUÁL? Monitorización encefalografica por video y sueño

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Listed APELLIDOS Quevagama Bateza

IDENTIFICACION CC [ ] TI [ ] RC [X] CE [ ] NÚMERO 1093544626 SEXO M [X] F [ ] I [ ]

EDAD 1 | 04 D | 10 M | 2024 A | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Dajoos Salud

DIRECCIÓN Santa Teresa, Pueblo Rico TELÉFONO No proporciona.

DATOS CLINICOS Se traslada paciente menor de edad, se traslada en camilla, consciente, alerta, monitoreado signos vitales estables sin complicaciones durante el traslado se deja en aparentes buenas condiciones.

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

Niega Alergias medicamentosas Niega Niega

MEDICAMENTOS Niega

EXAMEN FÍSICO Normocefalico, torax simetrico, abdomen blando extremidades simetricas

CLASIFICACIÓN TRIAGE

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



SV \ HORA	09:02			
PULSO	127			
RESPIRACIONES	29			
TENSIÓN ARTERIAL	—			
PAM				
TEMPERATURA	36.5			
SAO2	97%			
FIO2	—			
GLASGOW	15/15			
PUPILAS				
PEEP	—			

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

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia respiratoria aguda
2. Meningitis bacteriana
3. Encefalopatia y hemiparesia secundaria
4. Cuidados de disfunción multiorganica

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas guantes jeringa

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañia de madre Clambeia en calidad de menor de edad) se deja en sala de pediatricos en brazos de su madre.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO

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

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
1517019581	1093544626 1042152182	Michel Camilo Hayes

SERVI ambulancias del pacífico S.A.S.

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3246603
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124041

TIPO DE SERVICIO	FECHA	AMBULANCIA	Hora Solicitud	Hora Recibido	Hora Entrega
	14/02/2026	283002	1605	1615	1640

AUTORIZACIÓN: AUTORIZADO POR

IDA ☐ REGRESO ☑

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR: German Miranda
PARAMÉDICO: Estefania Rueda
MÉDICO:
OTRO: Laura Bateza

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN: Respiremos — DESTINO: San Jorge
TIPO DE TRASLADO: Programado
BÁSICO ☑ MEDICALIZADO ☐ G2 ☐
INCUBADORA ☐ VENTILADOR ☐
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO ☐ NIVEL DE COMPLEJIDAD ☐ 1 2 3 4
MÉDICO ☐ QUIRÚRGICO ☐ EXAMEN ☐ OTRO ☑
CUÁL? monitorización encefalográfica.

HISTORIA CLINICA

NOMBRES: Liziteo — APELLIDOS: Dueñana Bateza
IDENTIFICACION: CC ☐ TI ☐ RC ☑ CE ☐ — NÚMERO: 1093544626 — SEXO: M ☑ F ☐ I ☐
EDAD: 1 | 04 | 10 | 2024 — AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS: Pijaos Salud
DIRECCIÓN: Santa Teresa. Pueblo Rico — TELÉFONO: No proporciona

DATOS CLINICOS Paciente masculino de 1 año de edad el cual se encontraba en monitorización encefalográfica por video y radio con dx ya descritos y se traslada de nuevo a hospitalización en estables condiciones.

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS	QUIRÚRGICOS	ALÉRGICOS	FAMILIARES	OTROS
Niega	Abscesos cerebrales.	Niega	Niega	

MEDICAMENTOS Niega

EXAMEN FÍSICO Normocefálico. Tórax Simétrico

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	1620
ALERTA	☑	PULSO	122
SOMNOLIENTO	☐	RESPIRACIONES	26
ESTUPOR	☐	TENSIÓN ARTERIAL	—
COMA	☐	PAM	—
	☐	TEMPERATURA	36.5
	☐	SAO2	97
	☐	FIO2	—
	☐	GLASGOW	—
	☑	PUPILAS	R
		PEEP	—

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

DIAGNÓSTICO
1. Insuficiencia Respiratoria Aguda
2. Meningitis Bacteriana
3. Encefalopatia y hemiparesia Secundaria
4. Convulsiones de disfunción multiorgánica.

INSUMOS UTILIZADOS Sábana. Guantes. Tapabocas

OBSERVACIONES Se traslada paciente en compañía de madre en calidad de menor de edad

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Laura Bateza Dueñana
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
1152182	52076474	Estefania Rueda TM.

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124042

TIPO DE SERVICIO	FECHA	14	4	26	AMBULANCIA 243 COL	Hora Solicitud 20+10	Hora Recibido: 20+50	Hora Entrega: 21+15
AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR				RECORRIDO DEL TRASLADO			
					ORIGEN H. San Jose		DESTINO Hosp. Pontal Pamer	
IDA [X]	REGRESO [ ]				TIPO DE TRASLADO			
PERSONAL DE SERVICIO					BÁSICO [X]	MEDICALIZADO [ ]	02 [ ]	
CONDUCTOR	Juan Pablo Cespedes				INCUBADORA [ ]		VENTILADOR [ ]	
PARAMÉDICO	Jean Henriquez				MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ]		NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4	
MÉDICO	//	//	//		MÉDICO [ ]	QUIRÚRGICO [ ]	EXAMEN [ ]	OTRO [X]
OTRO	Femenina.				CUÁL? Manejo integral			

HISTORIA CLINICA

NOMBRES	Rixi Juliana	APELLIDOS	Bello Cuadros.
IDENTIFICACION	CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ]	NÚMERO	1.225.089.811
SEXO	M [ ] F [X] I [ ]	EDAD	28 A 11 M 16 D
AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS	Coosalud.		
DIRECCIÓN	El Poxil Pcl. Avenida Sur. - Planeta.	TELEFONO	3136161610.

DATOS CLINICOS Femenina de 28 años de edad con antecedentes de CA Cervix. Con dolor constante en Persistencia del dolor en Genital asociado a VIH. No adherente a TAR. Egresada de Sexti. Remitida Para manejo integral

ANTECEDENTES	PATOLÓGICOS [X]	QUIRÚRGICOS [ ]	ALÉRGICOS [X]	FAMILIARES [ ]	OTROS [ ]
	Negi.		Negi.		

MEDICAMENTOS Sin Requerimiento.

EXAMEN FÍSICO

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA					
ALERTA	[X]	PULSO	61	64			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	19	21	//	//	
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	110/70	100/60			
COMA	[ ]	PAM	—	—			
	[ ]	TEMPERATURA	36.1	36.2			
		SAO2	97	98			
	[ ]	FIO2	—	—	//	//	
		GLASGOW	15	15			
	[X]	PUPILAS	R	R			
		PEEP	—	—			

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

DIAGNÓSTICO
1. Dx.
2.
3. Adenocarcinoma endocervix
4.

INSUMOS UTILIZADOS No Requiere.

OBSERVACIONES Femenina estable Hemodinamicamente.

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Rixi Juliana Bello Cuadros Tel. 3136161610 C.C. 1.225.089.811
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
	Laura Castillo	1001322673

SERVI ambulancias DEL PACÍFICO S.A.S.

Calle 18 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124043

TIPO DE SERVICIO	FECHA	16 02 26	AMBULANCIA 2AB002	Hora Solicitud 18:50	Hora Recibido 19:03	Hora Entrega 20:05

AUTORIZACIÓN | AUTORIZADO POR

IDA [X] REGRESO [ ]

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Marin
PARAMÉDICO Isabella Castaño
MÉDICO
OTRO Alfredo Saldarriaga

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN San Jorge DESTINO Oncologos Maraya

TIPO DE TRASLADO
BÁSICO [X] MEDICALIZADO [ ] 02 [ ]
INCUBADORA [ ] VENTILADOR [ ]
MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO [ ] NIVEL DE COMPLEJIDAD [ ] 1 2 3 4
MÉDICO [ ] QUIRÚRGICO [ ] EXAMEN [ ] OTRO [X]
CUÁL? Remisión

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Nelly APELLIDOS Sanchez Manjarres

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] NÚMERO 40792662 SEXO M [ ] F [X] I [ ]

EDAD 71 | 30 10 1954 AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Nueva EPS

DIRECCIÓN Barrio las gaviotas cra 29 calle 20A #29-24 TELEFONO 3228520239

DATOS CLINICOS Paciente con diagnostico ya descrito quien se encontraba en el area de hospitalización es trasladada en estables condiciones generales.

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

Niega Niega Niega Niega

MEDICAMENTOS sin requerimiento

EXAMEN FÍSICO Normocefalo- Torax simetrico- Ambulatoria

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA	19:36			
ALERTA	[X]	PULSO	69			
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	17			
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	118/79			
COMA	[ ]	PAM	—			
	[ ]	TEMPERATURA	36.5			
	[ ]	SAO2	97			
	[ ]	FIO2	—			
	[ ]	GLASGOW	—			
	[X]	PUPILAS	R			
		PEEP	—			

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

DIAGNÓSTICO
1. Tumor maligno del ovario
2.
3.
4.

INSUMOS UTILIZADOS tapabocas- Guantes- sabana

OBSERVACIONES Paciente de 71 años trasladada en compañia del familiar

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

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Alfredo Saldarriaga 1088361379
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
Isabel Rios. 1.088-321278	1088.000.111. Jennifer Andrea R	Isabella Castaño.

SERVI ambulancias DEL PACIFICO S.A.S

Calle 16 No. 16-33
Tels: 606 324 5514 606 3245503
Cels 317 654 9129

INFORME DE SERVICIOS

124063

TIPO DE SERVICIO	FECHA	20	02	2026	AMBULANCIA 2ABO02	Hora Solicitud 20:00	Hora Recibido 21:45	Hora Entrega 22:15

AUTORIZACIÓN	AUTORIZADO POR

RECORRIDO DEL TRASLADO
ORIGEN HUS | DESTINO Parque industrial.

IDA [X] REGRESO [ ]

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

PERSONAL DE SERVICIO
CONDUCTOR Daniel Aguirre
PARAMÉDICO Michel Hoyos
MÉDICO
OTRO

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

HISTORIA CLINICA

NOMBRES Martha Milena | APELLIDOS Valderrama Patiño

IDENTIFICACION CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] | NÚMERO 1061272324 | SEXO M [ ] F [X] I [ ]

EDAD 56 (15 D, 06 M, 1969 A) | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS coosalud

DIRECCIÓN Mz 11 C 23 ciudad bonita, Parque Industrial | TELEFONO 3128491178 - familiar - amara

DATOS CLINICOS Se recoge paciente en medicina interna cons 28, se traslada sin oxigeno, lucida, alerta, orientada, en silla, conectada a O2 por LN a 4 l/min monitoreada se deja en domicilio, en domicilio conectada a O2

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

EPOC OR, hipotiroidismo, HTA, OMII 28 / 3 cesáreas / Amoxicilina oral / Niega / Ex fumador

MEDICAMENTOS Levotiroxina, Oxigeno, Ipratropio/salbutamol, Prednisolona, MS, Losartan

EXAMEN FÍSICO Normocefalo, buen aspecto / Abdomen blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal

CLASIFICACIÓN TRIAGE		SV \ HORA					
ALERTA	[X]	PULSO	81				
SOMNOLIENTO	[ ]	RESPIRACIONES	18				
ESTUPOR	[ ]	TENSIÓN ARTERIAL	130/79				
COMA	[ ]	PAM	92				
	[ ]	TEMPERATURA	36.2				
	[X]	SAO2	94				
		FIO2	4 l/min				
	[X]	GLASGOW	15/15				
		PUPILAS	Isocoricos normoreactivos				
		PEEP	-/-				

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

DIAGNÓSTICO
1. Enfermedad obstructiva pulmonar cronica
2. con exacerbación aguda, no especificada
3.
4.

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

INSUMOS UTILIZADOS Tapabocas, guantes, sabana

OBSERVACIONES Al llegar al servicio la paciente se encuentra en familiar, se valida con jefe de referencia e indica revisar nota de trabajo social donde se evidencia que la paciente no cuenta con red de apoyo, por esta razón se llama a familiar quien confirma que si esta en la casa, se le explica a la paciente.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO
YO, Martha Milena Valderrama Patiño C.C. 1061272324 Paciente / Responsable del Paciente
Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACÍFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil

ENTREGA	RECIBE	RESPONSABLE TRASLADO
1202806	Ines Omaira 33990400	Michael Camilo Hoyos Tecnóloga en atención prehospitalaria