E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes
Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25 Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-300030

Fecha Factura:	09/06/2026	
Fecha Vencimiento:	09/06/2026	
Fecha Validación DIAN:	09/06/2026	18:19:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	09/06/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 75943a37e06f4fd00458f0af6daa5ab2a286eab8f7cbca59b23d4fe018a9cfba1983eec42ceabc5d6dfb311f1523a2cf

Elaborado por: YECENIA CASTAÑO MARIN

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Forma pago: Crédito
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Plazo (Días): 0
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20						Elementos			26,692	0	26,692
		19922566-9				12310438	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLAS	1.00	7,142.00			
		19959402-7				12310438	Hioscina Nbutilbromuro Dipirona	1.00	4,014.00			
		29523-3				12310438	Sodio cloruro	2.00	5,045.00			
		20021498-2				12310438	SODIO CLORURO 100 ML	1.00	4,126.00			
		19993036-8				12310438	Dipirona 2 ML	1.00	1,320.00			
									Total Paciente	26,692	0	26,692

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20						Elementos			6,886	0	6,886
		A16				1-1	INTRACATH 16	1.00	4,388.00			
		A17		A2000246 9-1		1-1	EQUIPO MACROGOTERO	1.00	2,498.00			
									Total Paciente	6,886	0	6,886

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20						Ayudas Dx			102,300	0	102,300
		907106				1-1	Parcial de orina* incluído sedimento	1.00	24,200.00			
		903856				1-1	Nitrógeno uréico	1.00	18,300.00			
		902207				1-1	Cuadro hemático o hemograma hematocrito	1.00	37,900.00			
		903895				1-1	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900.00			
									Total Paciente	102,300	0	102,300

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20						Elementos			618	0	618
		1980847-01		1980847-0 1		1-1	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	1.00	618.00			
									Total Paciente	618	0	618

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8 **Forma pago:** Crédito
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25 **Plazo (Días):** 0
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento **Plan Beneficio:** Cobertura Régimen Espe

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20	601T01				12310438	TAB AGUADAS ARMENIA DIURNO CO	1.00	2,777,518.00	2,777,518	0	2,777,518
									Total Paciente	2,777,518	0	2,777,518

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20						Elementos			1,406	0	1,406
		MQ002		A2000217 4-01		1-1	Jeringas X 10 CC	2.00	703.00			
									Total Paciente	1,406	0	1,406

CC 1002642322 FLOREZ YEISON FABIAN **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2821822	28/05/20	890701				1-1	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

OBSERVACIONES:
.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: TRES MILLONES CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	3,005,420
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	3,005,420

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

300030

Historia N° 1002642322 Documento N° CC 1002642322 **ORDEN DE SERVICIO (Copia) :** 2,821,822
Paciente FLOREZ YEISON FABIAN Fecha 28/05/2026
Edad 24 año(s) Sexo Mas Carné Hora: 15:10
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 1-1 Ciudad
Cajero MALZATE **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
A16	INTRACATH 16	1.00	4,388	4,388	0
A17	EQUIPO MACROGOTERO	1.00	2,498	2,498	0
1980847-01	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	1.00	618	618	0
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
19922566-9	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLAS	1.00	7,142	7,142	0
19959402-7	Hioscina Nbutilbromuro Dipirona	1.00	4,014	4,014	0
19993036-8	Dipirona 2 ML	1.00	1,320	1,320	0
20021498-2	SODIO CLORURO 100 ML	1.00	4,126	4,126	0
29523-3	Sodio cloruro	2.00	5,045	10,090	0
601T01	TAB AGUADAS ARMENIA DIURNO CON AUXILIAR	1.00	2,777,518	2,777,518	0
902207	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	1.00	37,900	37,900	0
903856	Nitrógeno uréico	1.00	18,300	18,300	0
903895	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900	21,900	0
907106	Parcial de orina* incluído sedimento	1.00	24,200	24,200	0
MQ002	Jeringas X 10 CC	2.00	703	1,406	0

TOTAL CARGOS 3,005,420
TOTAL ADMINISTRADORA 3,005,420

TRES MILLONES CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

Maria Arcte
FIRMA RESPONSABLE

Fabian Yeison Florez
FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 12310438 **Fecha y Hora de Elaboración** 5/28/2026 8:51

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre YEISON FABIAN FLOREZ
Número Documento 1002642322
Fecha de Nacimiento 1/11/2001
Dirección KR 11 CALLE 12 MANZANA 1 CASA 4 **Teléfono** 0
Departamento QUINDIO **Municipio** CIRCASIA

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/05/28 05:10:00
Diagnóstico R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Observaciones

SE VERIFICAN DERECHOS Y SE GENERA CÓDIGO DE URGENCIAS. EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE REQUIERE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL CORREO ELECTRÓNICO DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO Y DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO (PARA AUTORIZACIONES DE URGENCIAS) Y DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO (PARA SERVICIOS POSTERIORES A LA URGENCIA) DE LOS REPORTES DE CONCEPTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE RELEVANCIA CLÍNICA QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN PRIORITARIA."SIGO CON DOLOR"

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200234-25.

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

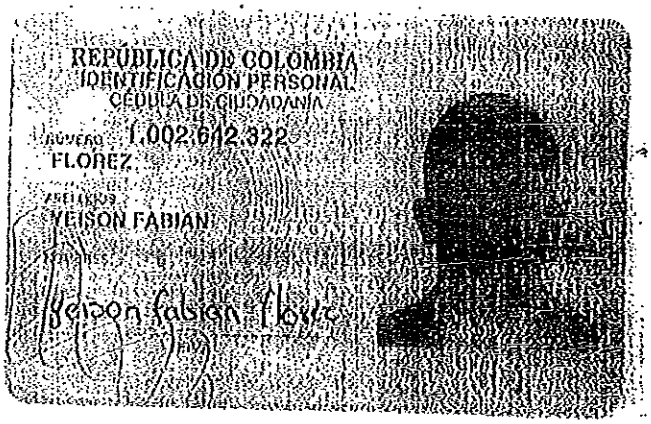
Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre LAURA CAMILA MU?OZ TORRES
Cargo FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono 3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

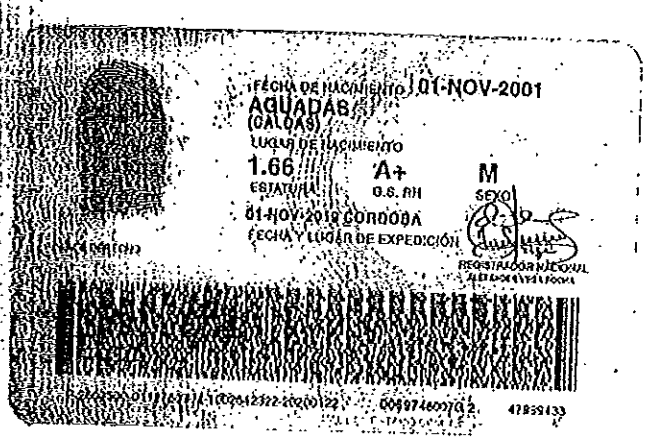
IMPORTANTE : Atención Inicial de Urgencias válida por 06 horas. Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

LAURACMT


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.002.642.322
FLOREZ
NOMBRES
YEISON FABIAN
Yeison Fabian Florez


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
CC 1002642322
Documento de Identificación
FLOREZ
Apellidos
YEISON FABIAN
Nombres
01-NOV-2027
Fecha de Vencimiento
PATRULLERO
Grado del Titular


01-NOV-2001
Fecha de nacimiento
048220966
Número de cama
A. +
GS.Rh
M
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
FIN DE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-2001
AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
01-NOV-2019 CORDOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL
INDICE DERECHO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION [ ] Fecha: 2026-05-28 Hora 09-02

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre		NIT [X]	
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS		CC [ ]	890801035-4 Número DV
Código	170130087901	Dirección prestador:	
Teléfono:	096 (Indicativo) 8514740	CRA 3 SALIDA A PACORA	
		Departamento: CALDAS 17	Municipio: AGUADAS 013
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	REGIONAL ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 3		CODIGO:

1° Er apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre
FLÓREZ		YEISÓN	FABIAN

Tipo Documento de Identificacion

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1002642322

Fecha de Nacimiento 2001-11-01

Dirección de Residencia Habitual: CENTRO T E L 3014720326

Departamento: CALDAS CIUDAD AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- Y I Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-05-28 05:10 Paciente Viene Remitido [ ] Si [X] No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite Código

Departamento: CALDAS Municipio: AGUADAS

R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE PATOLÓGICO NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS A DESTACAR QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE TIPO URENTE EN EPIGASTRIO 4/10 EN LA ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR' SIN IRRADIACIÓN ACOMPAÑADO DE EPISODIOS EMÉTICOS (#2 EPISODIOS) EL DIA DE HOY ALZAS TÉRMICAS SUBJETIVAS NO CUANTIFICADAS' NIEGA CEFALEA" REFIERE DEPOSICIONES DE ASPECTO NORMAL SIN MOCO NI SANGRE REFIERE PRESENCIA DE FLATOS- NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS- NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.

AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD" CLÍNICA ENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL" HIDRATADO" MUCOSAS HÚMEDAS SIN SIGNO S DE DESHIDRATACIÓN GRAVES - SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA- SIN SIRS" ABDOMEN BLANDO " NO DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA DE EPIGASTRIO- SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL RUIDOS PERISTÁLTICOS PRESENTES- NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN MÁS HALLAZGOS PATOLÓGICOS, POR LO ANTERIOR SE DECIDE INGRESAR PARA MANEJO MEDICO Y SOLICITUD DE PARACLÍNICOS, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA

	Codigo CIE10	
Diagnóstico principal	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

- [ ] Domicilio
- [X] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contrarremisión
- [ ] OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien Informa	Teléfono 096 (Indicativo) 8514340 (número) 106 (extensión)
MARIAN ALEJANDRA ALZATE	
Cargo o actividad: FACTURACIÓN URGENCIAS	Teléfono celular: # 3116176111

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:28/05/2026 07:11
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 28/05/2026 07:11
Documento y Nombre del Paciente: CC 1002642322 YEISON FABIAN FLOREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1002642322 Cons. Historia: 2245124
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 28/05/2026
Hora: 07:07
Historia: 1002642322
Nombre: YEISON FABIAN FLOREZ
Edad: 24 Años
Sexo: Masculino
Natural de: CALDAS
Estado Civil: Soltero
Telefono: 3014720326

Datos del Acompañante
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: No

En Caso de Accidente Intoxicacion o Violencia
Notificacion Policia
Notificacion Policia: No
Notificacion Familiar
Notificacion Familiar: No
Notificación al Servicio de Salud
Notificación al Servicio de Salud: No
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO
Motivo de Consulta: "SIGO CON DOLOR"
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE PATOLÓGICO NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS A DESTACAR QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE TIPO URENTE EN EPIGASTRIO •6/10 EN LA ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR' SIN IRRADIACIÓN ACOMPAÑADO DE EPISODIOS EMÉTICOS (#2 EPISODIOS) EL DIA DE HOY ALZAS TÉRMICAS SUBJETIVAS NO CUANTIFICADAS' NIEGA CEFALEA" REFIERE DEPOSICIONES DE ASPECTO NORMAL SIN MOCO NI SANGRE REFIERE PRESENCIA DE FLATOS- NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS- NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: Negativos
Quirúrgicos: Negativos
Toxicos: Negativos
Alergicos: -
Farmacologicos: -
Otros Antecedentes: -
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: -
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: -

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax
Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico

Neurologico: Normal

Examen Fisico
Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4
Verbal: 5
Motriz: 6
Total Glasgow: 15
Signos Vitales y Datos Corporales
Presion Arterial: 125/80
FC: 74.00
FR: 18
Temperatura: 36.00
Sat O2: 96
Peso (Kg).: 60.00
Talla(mt)..: 1.60
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Anormal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Normal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: Otra
Causa que motiva la atención: ENFERMEDAD GENERAL
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
Conducta
Conducta: PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE PATOLÓGICO NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS A DESTACAR QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE TIPO URENTE EN EPIGASTRIO •6/10 EN LA ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR' SIN IRRADIACIÓN ACOMPAÑADO DE EPISODIOS EMÉTICOS (#2 EPISODIOS) EL DIA DE HOY ALZAS TÉRMICAS SUBJETIVAS NO CUANTIFICADAS' NIEGA CEFALEA" REFIERE DEPOSICIONES DE ASPECTO NORMAL SIN MOCO NI SANGRE REFIERE PRESENCIA DE FLATOS- NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS- NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD* CLÍNICA ENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL* HIDRATADO" MUCOSAS HÚMEDAS SIN SIGNO S DE DESHIDRATACIÓN GRAVES • SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA- SIN SIRS" ABDOMEN BLANDO " NO DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA DE EPIGASTRIO- SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL RUIDOS PERISTÁLTICOS PRESENTES- NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN MÁS HALLAZGOS PATOLÓGICOS, POR LO ANTERIOR SE DECIDE INGRESAR PARA MANEJO MEDICO Y SOLICITUD DE PARACLÍNICOS. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTAPLAN INGRESO A SERVICIO DE URGENCIASCABECERA 30°SE PERMITE ACOMPAÑANTE RIESGO DE CAIDA: MODERADO SSN 0.9% PASAR 500 CC AHORA HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMPOLLA, COLOCAR 1 AHORA EN 100 CC DE SSN 0.9%SS HEMOGRAMA, CREATININA , BUN Y PARCIAL DE ORINA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOSGRACIAS!!

Mª Alejandra C.
Ma. Alejandra Castañeda H.
MÉDICA GENERAL
R.M. 1004960335
U. de Manizales

DR. MARIA ALEJANDRA CASTAÑEDA HURTADO
CC 1004960335
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1004960335

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:28/05/2026 07:11
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 28/05/2026 07:11
Documento y Nombre del Paciente: CC 1002642322 YEISON FABIAN FLOREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

No Historia: 1002642322 Órden Nº: 2056899

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: B05BB0101 **Medicamento:** Sodio cloruro Fco O bol 09 500 ML
Código CUM: Invima: 2020M-001117-R4
Medida: BOLSAS **Concentración:** 500 ML **Vía de Administración:**
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** BOLSA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: De acuerdo a las necesidades del paciente
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Codigo: A03DH013701 **Medicamento:** Hioscina Nbutilbromuro Dipirona Amp
Código CUM: Invima: 2020M-0000903-R2
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 2.5 ML **Vía de Administración:**
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1 amp IV c/ 8 horas
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Mª Alejandra C.
Ma. Alejandra Castañeda H.
MÉDICA GENERAL
R.M. 1004960335
U. de Manizales

DR. MARIA ALEJANDRA CASTAÑEDA HURTADO
CC 1004960335
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1004960335

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Registro de Calidad:
Fecha Historia:28/05/2026 07:11
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 28/05/2026 07:11
Documento y Nombre del Paciente: CC 1002642322 YEISON FABIAN FLOREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1002642322 Órden Nº: 2056900

Atención: Urgencias

- **Procedimiento:** S19304 - Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19290 - CREATININA suero orina y otros
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19775 - Parcial de orina, incluído sedimento
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19749 - Nitrógeno uréico
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Mª Alejandra C.
Ma. Alejandra Castañeda H.
MÉDICA GENERAL
R.M. 1004960335
U. de Manizales

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

LABORATORIO CLINICO

Usuario: FECHA DE IMPRESION: 10-junio-2026 03:24:36p.m.

PACIENTE: FLOREZ YEISON FABIAN

DOCUMENTO: 1002642322

EDAD: 24 año(s) **Telefono:** 3014720326

GENERO: Masculino

SECCION: HEMATOLOGIA

EXAMEN: CUADRO HEMATICO **ORDEN:** 2,021,906 **CONSECUTIVO:** 1139

Fecha del Examen: 28-05-2026 7:45 am

Fecha Validación: 28/05/2026 08:18:00a.m.

GRUPO: HEMATOLOGIA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Su
01	LEUCOCITOS	12.91		10 ^3/m^3	0	3.50	10.00	100.00
03	HEMOGLOBINA	14.9		g/dl	0	11.00	16.50	25.00
04	HEMATOCRITO	44.6		%	0	35.00	50.00	70.00
05	PLAQUETAS	230000		mm^3	5*000.00	150*000.00	390*000.00	600*000.00
06	GRANULOCITOS	88		%	0	43.00	76.00	100.00
07	LINFOCITOS	9.2		%	0	17.00	48.00	100.00

PACIENTE: FLOREZ YEISON FABIAN

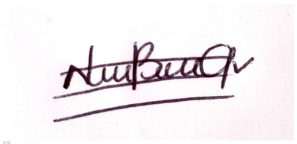
DOCUMENTO: 1002642322

EDAD: 24 año(s) **Telefono:** 3014720326

GENERO: Masculino

08	CELULAS MIXTAS	2.8	%	0	4.00	10.00	100.00
10	MCV	84.8	um^3	0	80.00	97.00	200.00
11	MCH	28.3	pg	0	26.50	33.50	50.00
12	MCHC	33.4	g/dl	0	31.50	35.00	50.00

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

SECCION: QUIMICA

EXAMEN: CREATININA

ORDEN: 2,021,911 **CONSECUTIVO:** 1139

Fecha del Examen: 28-05-2026 7:45 am
Fecha Validación: 28/05/2026 09:21:00a.m.

GRUPO: QUIMICA

					VALORES DE REFERENCIA			
Analito		**Resultado 1**	**Resultado 2**	**Unidad**	**Limite inf**	**Inferior**	**Superior**	**Limite Su**
01	CREATININA	1.18		mg/dl	0.20	0.90	1.30	10.00

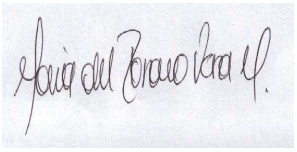
Comentario

PACIENTE: FLOREZ YEISON FABIAN

DOCUMENTO: 1002642322

EDAD: 24 año(s) **Telefono:** 3014720326

GENERO: Masculino



RESPONSABLE DEL EXAMEN : MARIA DEL ROSARIO VERA

SECCION: QUIMICA

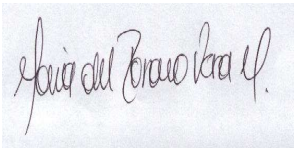
EXAMEN: NITROGENO UREICO **ORDEN:** 2,021,912 **CONSECUTIVO:** 1139

Fecha del Examen: 28-05-2026 7:45 am
Fecha Validación: 28/05/2026 09:21:00a.m.

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Su
01	NITROGENO UREICO	19		mg/dl	0	7.00	18.00	100.00

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : MARIA DEL ROSARIO VERA

SECCION: UROANALISIS

EXAMEN: PARCIAL DE ORINA **ORDEN:** 2,021,923 **CONSECUTIVO:** 1139

Fecha del Examen: 28-05-2026 7:45 am
Fecha Validación: 28/05/2026 09:44:00a.m.

GRUPO: CITOQUIMICO DE ORINA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Su
01	COLOR	AMARILLO			0	0	0	0
02	ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO			0	0	0	0

03	PH	6.5		0	0	0	0
04	DENSIDAD	1020		0	0	0	0
05	PROTEINAS	TRAZAS	mg/dl	0	0	0	0
06	GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	0	0	0	0
07	CETONAS	5mg/dl		0	0	0	0
08	HEMOGLOBINA	NEGATIVO		0	0	0	0
09	UROBILINOGENO	NORMAL		0	0	0	0
10	BILIRRUBINAS	NEGATIVO		0	0	0	0
11	NITRITOS	NEGATIVO		0	0	0	0

PACIENTE: FLOREZ YEISON FABIAN

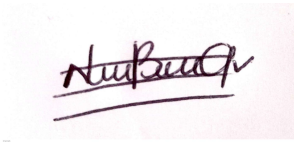
DOCUMENTO: 1002642322

EDAD: 24 año(s) **Telefono:** 3014720326

GENERO: Masculino

12	LEUCOCITOS	ESCASOS	0	0	0	0
15	CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	0	0	0	0
26	BACTERIAS	NO SE OBSERVAN GERMENES	0	0	0	0

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890801035-4

FORMATO	Área: GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Página: 1 de 1

NOMBRE: Yeison Fabian Florez EDAD: 24 DOCUMENTO: 1002642322 EPS: Regional.

SERVICIO: UCI SALA DE OBSERVACIÓN NÚMERO: FECHA DE INGRESO: 28/05 DIETA: PESO:

RIESGO: X ALERGIA: X DIAGNOSTICO: Dolor Abdominal.

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 28/05/26 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
28/05	Intracath #16	1		8:00											
28/05	Macrogotero	1		8:00											
28/05	I. C Orina.	1		8:00											
28/05	Omeprazol	1		8:00											
28/05	Hioscina+Dipi	1		8:00											
28/05	Dipirona amp	1		8:00											
28/05	Sodio 100cc	1		8:00											
28/05	Sodio 500cc	2		8:00											
28/05	Jeringa 10cc	2		8:00											
	RESPONSABLE			Diana Oca.											

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
		• CH-Bon-Ciea-PO-	

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890'801.035-4

ORDEN DE TRASLADO ASISTENCIAL

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS
Nit 890801035-4
8514340 - 8514740

CÓDIGO DE TRASLADO No. U0070005 FECHA ORDEN TRASLADO: 28-05-26

ASEGURADORA DEL PACIENTE: Ponal. AFILIACIÓN: (X) (S) (PNA) (ADRES)

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Yeison Fabian Florez.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: (RC) (TI) (X) (CE) No. 1002642322.

ACOMPAÑANTE (PARENTESCO): Gladis Florez IDENTIFICACIÓN: 24.370963

SERVICIO QUE REMITE: HOSPITALIZACIÓN ( ) URGENCIAS (X)

SERVICIO AL QUE REMITE: Cirugia.

MÉDICO SOLICITANTE ESE HSJA: Miguel A. Berrios.

PERSONA QUE AUTORIZA TRASLADO: Laura Sofia Zuleta CARGO: REFERENCIA CONTRAREFERENCIA

FECHA DE SALIDA: 28/05/2026. HORA DE SALIDA: 13:00 pm

INSTITUCIÓN RECEPTORA: Clinica Sagrada Familia HORA LLEGADA: 00:00 am

MUNICIPIO ENTIDAD RECEPTORA: Armenia, Risaralda.

RESUMEN DEL MOTIVO DE TRASLADO

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, QUIEN CONSULTA POR PRESENTRAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE TIPO URENTE EN EPIGASTRIO •6/10 EN LA ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR' SIN IRRADIACIÓN ACOMPAÑADO DE EPISODIOS EMÉTICOS (#2 EPISODIOS), IRRADIADO A FOSA ILÍACA DERECHA, ASOCIADO A SENSACIÓN NAUSEOSA.PARACLÍNICOS CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA,, FUNCIÓN RENAL LEVEMENTE ELEVADA, PARCIAL DE ORINA CON SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, AL EXAMEN FÍSICO CON ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO Y FOSA ILIACA DERECHA CON BLUMBERG, REBOTE POSITIVO, NO OTROS SIGNOS APENDICULARES, SE CALCULAN SCORE DE RIESGO AIR SCORE 5 PUNTOS ALVARADO 6 PUNTOS (RIESGO INTERMEDIO), POR LO ANTERIOR SE CONSIDERÓ PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA.

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890'801.035-4

EXAMEN FÍSICO PREVIO AL TRASLADO:

TA: 130/70 FC: 80 FR: 20 T°: 36 GLASGOW: 15/15

ESTADO GENERAL: Bueno: (x) Regular: ( ) Malo: ( )

Oxígeno: SI ( ) NO ( ) Líquidos Endovenosos: SI ( ) NO ( ) Descripción: SSN 0% x 1200cc

Drenajes: Sonda Vesical ( ) Sonda Nasogástrica ( ) Tubo a Tórax ( )

EVOLUCIÓN DURANTE EL TRASLADO:

HORA	T/A	FC	T°	GLASGOW	Observación
	130/70	80	36	15/15	Paciente que durante el
					traslado Estable en aparen
	125/80	75	36	15/15	temente Buenas condiciones
	128/75	85	36	15/15	

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS:

HORA	MEDICAMENTO O LÍQUIDO	Observación
	No se administra Medicamentos Durante el traslado.	

ESTADO GENERAL DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA DEL PACIENTE:

HORA	BUENO	REGULAR	MALO	Observación
	X			Paciente queda ubicado en
				cama en aparentes Buenas condi
				ciones Generales

TRIPULACION AMBULANCIA:

Médico: _____ Enfermera: _____

Auxiliar de Enfermería: Sandra Orozco Conductor: Henry Velez

Placa Ambulancia: 048706

Sandra Orozco

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA EL PACIENTE

Julian Villas
1599494

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL PACIENTE

Consentimiento Informado: he recibido información clara y precisa con respecto a las características, efectos, riesgos y consecuencias del traslado, procedimientos y prescripción médicas. Adicionalmente se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil previsión, que no pueden ser advertidos y en consecuencia declaro que los asumo.

Gladys Flórez

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE O PACIENTE

RESOLUCIÓN NÚMERO 008 DEL 28 DE ENERO DE 2026

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZA LAS TARIFAS DE AMBULANCIA EN LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE, PARA LA VIGENCIA 2026"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS, en uso de sus facultades estatutarias y legales, en especial las conferidas por la Constitución política, la Ley, y

CONSIDERANDO:

Que la Empresa Social del Estado Hospital San José del municipio de Aguadas - Caldas, fue descentralizada, según consta en el Acuerdo Municipal No 17 de Julio 23 de 1998, como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; sujeta al régimen jurídico establecido en el Capítulo III, Título II, Libro III de la Ley 100 de 1993 (Artículo 194 y siguientes de la Ley 100/93; Artículo 1° del Decreto 1876 de 1994.

Que la Junta Directiva mediante acuerdo 148 del 6 de marzo de 2017, fijo las tarifas para el transporte asistencial básico, para los diferentes lugares y se establece las tarifas por kilómetro recorrido, en base a salario mínimos legales vigentes.

Que el gobierno nacional estableció mediante decreto 1469 y 1470 de diciembre 29 de 2025, estableció el salario mínimo para el año 2026, en la suma de **UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($1.750.905.00) MONEDA LEGAL**

Que en base al nuevo salario se hace necesario actualizar las tarifas de ambulancia para la vigencia 2026.

RESUELVE:

ARTICULO PRMERO: Actualizar las tarifas de transporte Asistencial Básico para el Hospital San José de Aguadas para la vigencia 2026 en los siguientes valores

SALARIO MINIMO	1,750,905.00					
DESTINOS	DIURNO		NOCTURNO		FESTIVOS	
	AUXILAR	MEDICO	AUXILAR	MEDICO	AUXILAR	MEDICO
Aguadas - Manizales	28.58	35.76	30.28	38.4	33.61	42.5
	1,668,014.00	2,087,061.00	1,767,232.00	2,241,139.00	1,961,580.00	2,480,427.00
Aguadas - Salamina	10.35	13.01	10.95	13.76	12.18	15.21
	604,057.00	759,303.00	639,075.00	803,075.00	710,861.00	887,701.00
Aguadas - Pacora	3.07	3.97	3.28	4.5	3.6	5.1
	179,174.00	231,701.00	191,431.00	262,633.00	210,107.00	297,651.00
Aguadas - Pereira	39.7	48.18	41.92	50.55	46.58	55.58
	2,317,011.00	2,811,929.00	2,446,577.00	2,950,250.00	2,718,548.00	3,243,815.00
Aguadas - Armenia	47.59	56.64	49.76	59.02	51.57	61.4
	2,777,495.00	3,305,680.00	2,904,143.00	3,444,584.00	3,009,780.00	3,583,488.00
Aguadas - Medellín	27	33.35	28.58	35.73	31.76	40.2
	1,575,801.00	1,946,406.00	1,668,014.00	2,085,310.00	1,853,609.00	2,346,193.00
Aguadas - Arma	3.83	5.1	4.04	5.6	4.49	6.1
	223,530.00	297,651.00	235,786.00	326,833.00	262,050.00	356,014.00
Otros Destinos por Kilometro	0.3	0.35	0.34	0.4	0.44	0.5
	17,509.00	20,427.00	19,843.00	23,345.00	25,680.00	29,181.00
Urbano	0.3	0.35	0.34	0.4	0.44	0.5
	17,509.00	20,427.00	19,843.00	23,345.00	25,680.00	29,181.00

ARTICULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Aguadas, Caldas el primer (28) días del mes de enero de dos mil veintiséis.

OSCAR FERNANDO ARROYAVE GARCIA
Gerente