51

ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO EVENTUAL	CÓDIGO: GA-AL-FT-04
		VERSIÓN: 04
		FECHA: ENERO 2025
		PÁGINA 1 DE 1

DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL SOLICITANTE														
FECHA SOLICITUD	01 de enero de 2026													
NOMBRE DE QUIEN SOLICITA Y CARGO O PROCESO	Carlos Andres Palacio Cordoba- Coordinador Asistencial													
SERVICIO DE DESTINO DE LA ORDEN DE COMPRA	Servicio de urgencias – Centro regulador													
OBJETO	Traslado asistencial básico de acuerdo a las necesidades y requerimientos de ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.													
ESPECIFICACIONES TENICAS DEL BIEN O SERVICIO	Traslado básico asistencial de pacientes y asistencial a cargo de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, para una atención adecuanda de personal a cargo de la ESE.													
JUSTIFICACIÓN	Del bien o servicio: Con el servicio de traslado básico asistencial de pacientes y asistenciales se busca optimizar la atención médica al garantizar el acceso a recursos adecuados y mejorar los resultados de salud. La prioridad en este proceso es proporcionar la mejor atención posible en el momento adecuado, asegurando que cada paciente reciba el tratamiento o atención necesario para la recuperación de los pacientes que son atendidos en la ESE Hospital San Juan de Dios.													
	Del Proveedor: La Empresa Social del Estado Hospital San Pedro de Sabanalarga cuenta con ambulancias que cumplen con las características idóneas para traslado de pacientes y asistencial a cargo de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.													
DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL GERENTE O SUBGERENTES														
FIRMA DEL SUBGERENTE QUIEN AUTORIZA														
FIRMA DEL ORDENADOR DEL GASTO														
DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL SOLICTANTE – DATOS CONTRACTUALES														
VALOR SOLICITADO	$17.000.000 IVA incluido													
PLAZO	12 meses													
FORMA DE PAGO														
DATOS DEL PROVEEDOR ELEGIDO	Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO												
	Cédula/NIT:	890982140-5												
	Teléfono:	8554209												
	Dirección:	CR 17 N°15-94 Sabanalarga												
	E-mail	Facturacionhospitalsabanalarga88@yahoo.com												
	Representante													
	CC Representante													
DOCUMENTOS ANEXOS	Propuesta, cédula, RUT, cámara de comercio													
NOMBRE CARGO Y FIRMA DEL SOLICITANTE	**NOMBRE**		**CARGO**						**FIRMA**					
TIPO DE CONTRATO*	OBRA		AR		PSS		PSA		MTO		CV		AT		CPS	

EMPRESA: ESE HOSPITAL SAN PEDRO - SABANALARGA
DIRECCION: CARRERA 17 N° 15-94 Municipio de Sabanalarga
EMAIL: facturacionhospitalsabanalarga88@yahoo.com
NIT: 890982140-5
TELEFONO: 85542 09 855 41 54

Factura Electrónica de Venta	FAC7661
Fecha generación	2026-06-17 11:42:52-05:00
Fecha validación	2026-06-17 11:44:07-05:00
Moneda	COP
Tipo operación	SS-CUFE

Adquiriente	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA	Teléfono	8531020
Documento/Nit	890982264-1	Código Postal	050001
Dirección	CALLE 10 NRO 3-24	Tipo Doc	31-NIT
Correo	proveedores@esehospitalsantafedeantioquia.gov.co; info@esehospitalsantafedeantioquia.gov.co	Ciudad	Medellín-Antioquia

Id	Código	Cantidad	Unidad	Descripción	V/Unitario	Subtotal	V/Impuesto	Tarifa	Total
1	9999	1.00	unidad	TRASLADO EN AMBULANCIA EL 19-05-2026 DE LA USUARIA GLORIA ALFIDIA ZAPATA ARBOLEDA. Numero Autorizacion:	1.484.000.00	1.484.000.00	0.00	0	1.484.000.00

Formas y medios de pago:

Forma	Vencimiento	Codigo	Medio	Valor
Credito	2026-07-30	20	Cheque	

Totales

Concepto	Valor
Subtotal	1.484.000.00
Total mas Impuesto	1.484.000.00
Total Operación	1.484.000.00

Datos de usuario

Column1

Tipo documento:
Documento: 0
Primer nombre:
Segundo nombre:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Tipo usuario:

Observaciones

Valor en letras: UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL 00 /100 COP

Observación: TRASLADO EN AMBULANCIA EL 19-05-2026 DE LA USUARIA GLORIA ALFIDIA ZAPATA ARBOLEDA.

Esta factura de venta se asemeja para todos sus efectos legales a una letra de cambio según Ley 1231 Julio 17/2008, Art. 772-774 del Cód.Cio. Esta factura de venta causara intereses moratorios a la tasa máxima legal autorizada (Art. 884), por mes apartir de la fecha de vencimiento. La firma puesta por terceros en representación, mandato u otra calidad similar a nombre del comprador, implica su obligación de acuerdo con el inciso 3º del Art. 640 del Cód.Cio. e igualmente constancia de la entrega real y material de la mercancía y/o servicios prestados descritos en este titulo valor. La transferencia del derecho de propiedad de estos artículos, productos o maquinarias, se darán efectivamente a la cancelación de la correspondiente factura de venta, mientras tanto nos reservamos el derecho de dominio total oparcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos mi comportamiento comercial. Así mismo acepto pagar los honorarios que se le genere a mi acreedor por conceptode cobro pre jurídico o judicial que tenga que iniciar en mi contra, así como los gastos y costos que se le genere por el retiro y/o actualización de las bases de datos en la que me encuentre reportado por la causa de mi incumplimiento o mora.

25 JUN 2026 3633
Archivo Administrativo
FECHA | PASE A | FIRMA

Cufe/Cude:743e09e1ab2305f6f0dfba46d56913ffbabe17577f847abda9c1ca22e7feb6f9aba3535ed1d06fe6e69e7264e20d274b
Kiai Facturación, producto de KIAI S.A.S NIT 901337751, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co
Medellín-Colombia

Paciente 1	
Código prestador	0562805107
Tipo documento	
Documento	0
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Tipo Usuario	
Modalidad contratacion pago	04
Cobertura plan	15
Número autorización	
Número Mipres	
Id Mipres	
Número contrato	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 001
Número poliza	
Fecha inicio	17/06/2026 12:00:00 a. m.
Fecha final	17/06/2026 12:00:00 a. m.
Copago	0.00
Cuota moderadora	0.00
Cuota recuperación	0.00
Pagos compartidos	0.00

7661

ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO HOJA DE TRASLADO SECUNDARIO EN AMBULANCIAS	CÓDIGO: CR-CR VERSIÓN: 04 FECHA: ABRIL 2 PÁGINA 1 DE 1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO	Gloria Alfidia Zapata Arboleda		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	21969130
EDAD	62 años	Femenino SEXO	F
DIAGNOSTICO	M869 osteomielitis, no especificada		

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE COMPLETO	Julieth Rodriguez Zapata		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1039391857
RELACIÓN CON EL PACIENTE	Hija		

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO

ASEGURADORA / EPS	Savia Salud
CÓDIGO DE AMBULANCIA	N/A

DATOS DE TRASLADO

FECHA DEL RECORRIDO	19-05-2026		HORA DE INICIO RECORRIDO			7:00
LUGAR DE ORIGEN	CODIGO DEPARTAMENTO 05	CODIGO MUNICIPIO 05042	LOCALIDAD Barrio Jesus		DIRECCION 10 20 Calle 10 No. 3-24	
TIPO DE TRASLADO (Marque con una X)	SENCILLO	☐	REDONDO	☒	HORAS DE ESPERA (Si es redondo indique)	
TIPO DE AMBULANCIA	BASICA	☐	MEDICALIZADA	☐	PLACA	V00 8
FECHA DE FINALIZACIÓN DEL RECORRIDO			HORA DE FINALIZACIÓN DEL RECORRIDO			00:00
GRUPO DE SERVICIO AL CUAL ES TRASLADADO EL PACIENTE						
LUGAR DE DESTINO	CODIGO DEPARTAMENTO 05	CODIGO MUNICIPIO	LOCALIDAD Hospital Marco Fidel Suarez		DIRECCION	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Juliana Moreno Z		TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	10373[illegible]
MÉDICO	NA		TIPO DE DOCUMENTO	CA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	N/A
CONDUCTOR	Jaime Jaramillo		TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	9868
DISTANCIA DEL RECORRIDO		Kilometros o millas iniciales	55558		Kilometros o millas finales	5568

RESUMEN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TRASLADO

	P/A	FC	T°	FR	SAO2
SIGNOS VITALES AL MOMENTO DE SALIDA	110/70	77	36	18	9
SIGNOS VITALES A LA ENTREGA EN IPS QUE RECIBE	120/70	78	36	18	9

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO CUPS	
	CÓDIGO CUPS	
	CÓDIGO CUPS	
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS UTILIZADOS	CUMS O IUMS	
	CUMS O IUMS	
	CUMS O IUMS	
CÓDIGO DE TRASLADO CUPS (Según la clasificación única de procedimientos en saud)		
ESTADO DEL PACIENTE AL FINALIZAR EL TRASLADO (Marque con una X)	VIVO ☐	MUERTO

NOTAS DE EVOLUCIÓN

Recibo llamado del centro regulador para realizar TAB Recibo usuaria de 62 años de edad en el servicio de hospitalización en buenas condiciones generales con DX M869 osteomielitis no e paciente con signos vitales en Meta cabeza normal, conciente, cuello movil sin sindrome de dificultad respiratoria tora normoexpansible sin retracciones costales ni subcostales abdom blando no doloroso ala palpación extremidades simetricas con venoso permeable MSI Acto para ADM Me presento e informo a paciente y acompañante sobre el traslado al Hospital Marco Fidel Su Bello para realizar la Resonancia simple Pie Izquierdo Entiende y acep se ubica en camilla y se realiza traslado sin ninguna complicación se ingresa ala Institución se realiza ingreso para la resonancia se sin ninguna complicación de nuevo se lleva al Hospital Santa Fe Antioquia

DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

ENTIDAD	Hospital Marco Fidel Suarez		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	Juan Marquez	CARGO	[illegible]
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1048045428

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SANTA FE DE ANTIOQUIA

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

(FORMATO DE AVAL Y GLOSAS
(AUDITORÍA CUENTAS CLÍNICAS)

ENTIDAD:	**HOSPITAL SAN PEDRO DE SABANALARGA**
FACTURA:	**7661**
VALOR DE LA FACTURA:	**$1.484.000**
FECHA DE LA FACTURA:	**17/06/2026**
FECHA DE LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA:	**22/06/2026**
DEPARTAMENTO:	**ANTIOQUIA**
MUNICIPIO:	**SABANALARGA**
VALOR AVALADO PARA PAGO:	**$1.484.000**
VALOR OBJETADO (GLOSA):	**$0**

PACIENTE: GLORIA ALFIDIA ZAPATA ARBOLEDA **DOCUMENTO:** **CC 21969130**

ATENCIÓN AVALADA PARA PAGO
TRANSPORTE EN AMBULANCIA (CANTIDAD FACTURADA 1) (CANTIDAD SOPORTADA 1)

OBSERVACIONES: SE FACTURA AMBULANCIA EN LA FACTURA FE 1143391

Marcela Florez

LEIDY MARCELA FLOREZ VELASQUEZ
Técnica Administrativa

ESE Hospital
San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

NIT: 890.982.264-1

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Número: 374
Expedición: 2026/01/01
Vencimiento: 2026/12/31

El responsable de presupuesto

CERTIFICA

Que en el (los) siguientes (s) rubro (s) :

Del presupuesto de Gastos de Funcionamiento; para la vigencia fiscal de 2026 y que a continuación se describe(n) se ha(n) reservado la(s) siguiente(s) suma(s), las cuales se encuentran libres de afectación y disponibles

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR	SALDO	SOLICITUD
2.4.5.02.09.02	SERVICIOS PRESTADOS POR IPS	17,000,000	17,000,000	
	TOTAL	**17,000,000**	**17,000,000**	

SON: DIECISIETE MILLONES DE PESOS CON CERO CENTAVOS M/L

Proyecto 02 Proyecto de Comercializacion Suministros

Objeto: SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

FREDY EMMANUEL GIRON SEPULVEDA
TECNICO ADMINISTRATIVO PRESUPUESTO

ORIGINAL

Usuario: freemmgi

ESE Hospital
San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

NIT: 890.982.264-1

CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL

Número: 1541
Expedición: 2026/06/17

El responsable de presupuesto

CERTIFICA

Que se ha dado Registro Presupuestal del presupuesto de Gastos de Funcionamiento; con cargos a la vigencia fiscal de 2026 según el detalle a continuación.

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR	SALDO	DISPONIBILIDAD
2.4.5.02.09.02	SERVICIOS PRESTADOS POR IPS	1,484,000	1,484,000	374
	TOTAL	**1,484,000**	**1,484,000**	

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/L

A nombre de: HOSPITAL DE SABANALARGA
NIT/CC: 890.982.140-5
Contrato:
CPC DANE 93194 Servicios de ambulancia
Proyecto: 02 Proyecto de Comercializacion Suministros

Objeto: SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

FREDY EMMANUEL GIRON SEPULVEDA
TECNICO ADMINISTRATIVO PRESUPUESTO

Usuario: freemmgi