FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV109854

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

En intervención Forsoza administrativa por administrar

PIE DE LA POPA CALLE NUEVA DEL TORIL CLL 13 #11-75

TELÉFONO 6505898-3174381906 CARTAGENA DE INDIAS BOLIVAR

NIT 806010305-8

Hospital Local Cartagena de Indias

NIT/CC 890480184 - 4

CLIENTE DADIS - DEPARTAMENTO ADMINSTRATIVO DE SALUD

DIRECCION CALLE LARGA

CIUDAD CARTAGENA DE INDIAS BOLIVAR

TELEFONO 6501096

EMAIL financieradadis@cartagena.gov.co

Lugar de expedición: CARTAGENA DE INDIAS-BOLIVAR

Fecha de expedición 22/01/2025 00:00:00

Fecha de vencimiento 21/02/2025

RESOLUCIÓN DIAN AUTORIZADA No. 18764068453746
Fecha 04/04/2024
Númeración Autorizada No. EV 59573 al 200000

CONTRATO VACUNACION INTRAMURAL PNA 24 (006-24

ATENDIDO EN CENTRO DE SALUD NUEVO BOSQUE

USUARIO DE VEN11442658 ALMA ALYSMAR SAAVEDRA BARCELO **EDAD** 9 Meses **ESTRATO** NIVEL 1

TIPO DE INGRESO: CONSULTA EXTERNA

CUPS/CUMS	Descripción Procedimiento	Autorización	Cant	Val / Unit	Sub Total	Val Empresa
993106 - 993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00
993520 - 993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBE		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00
993130 - 993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00
993501 - 60104	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00

COPAGO/CUOTA	0.00	**CARGO PACIENTE**	0.00	**SUBTOTAL**	24,080.00
ABONOS	0.00	**DESCUENTO EAPB**	0.00	**DSCTO PACIENTE**	0.00
PAGARE PACIENTE	0.00	**TOTAL EAPB**	24,080.00	**PAGO PACIENTE**	0.00

EV 109854



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENCARGADO

Elaboró LIDYS PAOLA SOSSA MAZA

CUFE: C923C07A6C33FB67AB6D045F07AD81CF280D4B9637912032318D3899DFAF5E957B999BADFB25F45671D5A317B6E882BB

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según art. 779 Código de Comercio esta factura presenta merito ejecutivo de conformidad con la Ley. Impreso por El Grupo de Consultoria Informática GCI Ltda. NIT 830071974-3

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

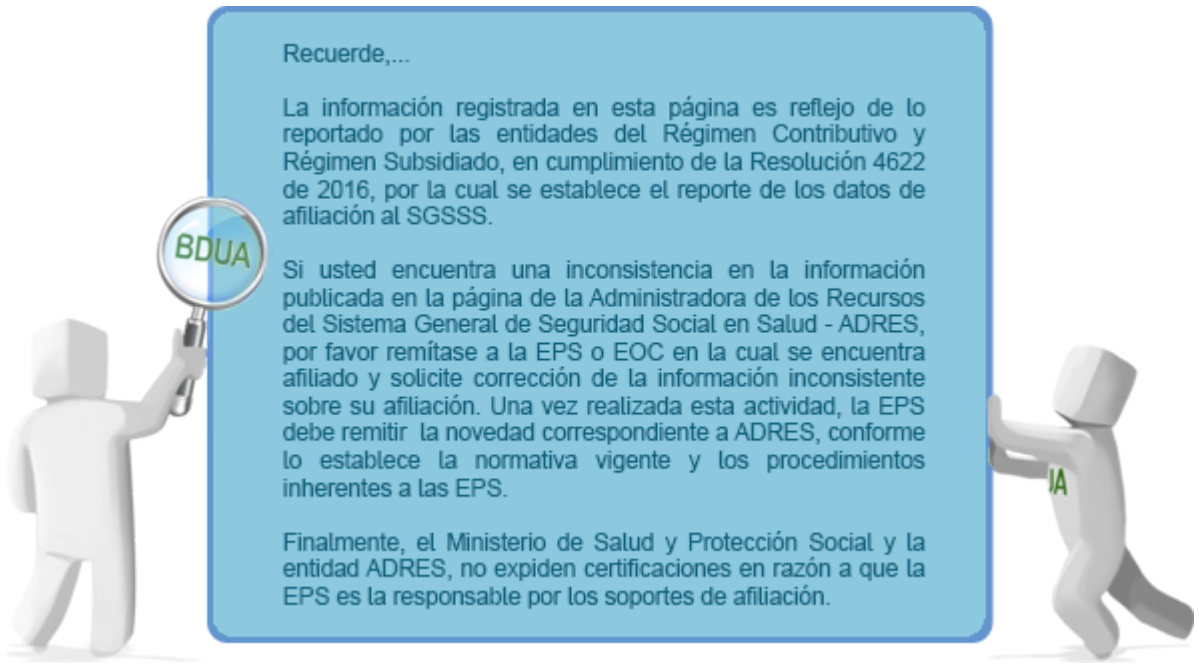
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	01/18/2025 12:22:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento 11442658 no se encuentra en BDUA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Pagos y Restituciones Por Afiliados

No existen registros para el afiliado consultado

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Estado Bolívar – Municipio Angostura del Orinoco
Registro Civil

Alcaldía

Quien Suscribe, **LICENCIADA AMALIA DEL CARMEN SIFONTES**, Registradora Civil Hospitalaria del C.H.U. "Ruiz y Páez", Municipio Angostura del Orinoco., debidamente autorizada según Resolución N° RJ-04-23-07, de fecha 11/04/2023, emanada del Despacho del Ciudadano Alcalde, **Ledo. SERGIO DE JESÚS HERNÁNDEZ**, Primera Autoridad Civil de dicho Municipio, hace constar, que en el Libro 5, Tomo 3, del Registro Civil de Nacimientos llevados por este Despacho, en el año 2024, al folio 112, se encuentra un acta que copiada textualmente dice así: N° 1112.- Número MIL CIENTO DOCE.- **LICENCIADA AMALIA DEL CARMEN SIFONTES**, Registradora Civil Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", Municipio Angostura del Orinoco del Estado Bolívar, constituido U.R.C.H. Mi Niño Venezolano I de este Municipio, hace constar que hoy diecisiete de junio del año dos mil veinticuatro, me ha sido presentada ante este despacho una niña por el ciudadano: AYRTON ALY SAAVEDRA VILLASANA, de veintinueve años de edad, Mesonero, titular de la cédula de identidad N° 25.695.822, Venezolano, natural de Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco, estado Bolívar, domiciliado en 19 DE ABRIL CALLE SAN FRANCISCO, CASA NUMERO, 11 PARROQUIA CATEDRAL, CUIDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR,, quien manifestó que la niña que presenta nació el día veinticinco de abril del año dos mil veinticuatro, a las once y seis minutos post-meridiem, en el Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", de Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco, estado Bolívar, según Certificado de Nacimiento Numero. 11442658 y tiene por nombre **"ALMA ALYSMAR SAAVEDRA BARCELO"**, que es su hija y de: JULIANYS MARIA BARCELO PERDOMO, de veintinueve años de edad, Del hogar, titular de la cédula de identidad N° 24.850.669, Venezolana, natural de Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco, Estado Bolívar y del mismo domicilio Esta presentación se hace de conformidad con el Articulo 86 de la Ley Orgánica del Registro Civil.- Fueron testigos del acto: Cesar Augusto Nicolaz Lopez, Comerciante, titular de la cédula de identidad N° 30.366.783, y Andreannys Carolina Salgado Mendoza, Manicurista, titular de la cédula de identidad N° 30.806.425, ambos mayores de edad.- El presentante declara bajo fe de juramento que los datos aquí suministrados son verdaderos. Leída la presente acta al presentante y testigos, conformes firman.- Presentante.- Testigos.- Registradora Civil.- Firmas Ilegibles.- Es copia fiel y exacta del original que certifico, firmo, sello y expido a petición de parte interesada en Ciudad Bolívar, a los diecisiete días del mes de junio del dos mil veinticuatro.- Años 214° de la Independencia y 165° de la Federación.-

LICENCIADA AMALIA DEL CARMEN SIFONTES
REGISTRADORA CIVIL HOSPITALARIA

LIMENTACIÓN

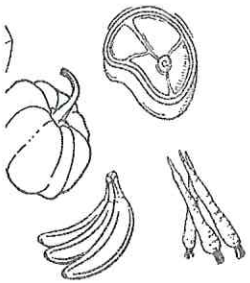


0 A 6 MESES

eche materna
va hasta los seis
es, es la mejor
mentación.

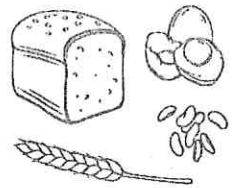
DE 6 A 9 MESES

Es importante la leche materna complementada con papa, apio, zanahoria, auyama, cambur, lechosa, melón, mango, arroz, maíz, carne de res, pollo y queso.



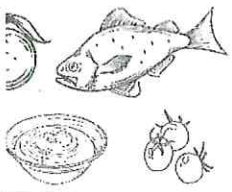
A 12 MESES

mplementar la
aterna pueden
avena, trigo,
yema de huevo,
os, maíz y
derivados
a, bollitos).



DESPUÉS DE LOS 12 MESES

Se incorpora a la mesa familiar: la alimentación es variada y balanceada, incluye leche materna.





ANTES DE 7 DIAS DE NACIDO
VACUNA
- ☐ Dosis única BCG
- ☐ Dosis única Hepatitis B



2 MESES DE EDAD
VACUNA
- ☐ 1ra Dosis Rotavirus
- ☐ 1ra Dosis Pentavalente
- ☐ 1ra Dosis Poliomielitis
- ☐ 1ra Dosis Neumo 13 Valente



4 MESES DE EDAD
VACUNA
- ☐ 2da Dosis Rotavirus
- ☐ 2da Dosis Pentavalente
- ☐ 2da Dosis Poliomielitis
- ☐ 2da Dosis Neumo 13 Valente



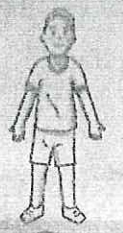
6 MESES DE EDAD
VACUNA
- ☐ 3ra Dosis Pentavalente
- ☐ 3ra Dosis Poliomielitis
- ☐ 1ra Dosis Influenza Estacional (la segunda dosis es a los 7 meses)



1 AÑO DE EDAD
VACUNA
- ☐ Dosis única de Fiebre Amarilla
- ☐ 1ra Dosis Sarampión / Rubéola / Parotiditis
- ☐ 2da Dosis Sarampión / Rubéola / Parotiditis
- ☐ 1er refuerzo Pentavalente
- ☐ 1er Refuerzo Poliomielitis



3 AÑOS
VACUNA
- ☐ 1ra Dosis contra la COVID-19
- ☐ 2da Dosis contra la COVID-19
- ☐ Refuerzo contra la COVID-19



5 AÑOS
VACUNA
- ☐ 2do Refuerzo Pentavalente
- ☐ 2do Refuerzo Poliomielitis



EMBARAZADA
- ☐ 3ra Dosis Toxoide Tetánico Diftérico
- ☐ 1ra Dosis Influenza Estacional
- ☐ 3ra Dosis Hepatitis B
- ☐ 1ra Dosis contra la COVID-19
- ☐ 2da Dosis contra la COVID-19
- ☐ Refuerzo contra la COVID-19

Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud

TARJETA DE CONTROL DE NIÑO Y NIÑA SALUDABLE

Tarjeta C.P.T. II- la SHGII 37

No. Registro	Día	Mes	Año
020014	04	07	24

Nombre del niño o niña:	A.lua Sabe'dra
Fecha de nacimiento:	25/4/24
Nombre de la madre o del padre:	Julia Y.s Barcerlo
Nombre del/a representante:	
Número de teléfono:	
Número de residencia:	
Comunidad / Dirección:	H° Padrono viejo
Municipio:	

Peso al nacer (PN):	kg.	Talla al nacer:	cm.
Edad gestacional:	semanas.		
Embarazo controlado: SÍ ☐ NO ☐		Tipo de parto: Vaginal ☐ Cesárea ☐	
Asociación a alguna patología durante el embarazo: SÍ ☐ NO ☐			
¿Cuál?			
Registro civil (partida de nacimiento): SÍ ☐ NO ☐			

Estado:	Municipio:
Parroquia:	
Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC):	
Centro de Salud:	

DOCUMENTO OFICIAL. IMPORTANTE CONSERVARLO EN BUEN ESTADO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 11947 | No ATENCION 806010305 -- 11947 | FECHA 04/12/2024 10:19

Hospital Local Cartagena

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

NOMBRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDI	NIT	806010305		
CODIGO	130010087101	DIRECCIÓN	PIE DE LA POPA CALLE NUEVA DEL TORIL CLL 13 #11-75		
TELEFONO	5 6505898	DPTO	BOLIVAR 13	MCPIO	CARTAGENA DE INDIAS 001
ENTIDAD A LA QUE SE INFORMA	DADIS - DEPARTAMENTO ADMINSTRATIVO DE SALUD			CODIGO	

DATOS DEL PACIENTE

1APELLIDO	2APELLIDO	1NOMBRE	2NOMBRE
SAAVEDRA	BARCELO	ALMA	ALYSMAR

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO
DE	11442658	2024 - 04 - 20

DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO
BR NUEVO BOSQUE CL 47	3233824419

DEPARTAMENTO		CIUDAD	
BOLIVAR	13	CARTAGENA DE INDIAS	001

COBERTURA DE SALUD: VINCULADO

INFORMACION DE LA ATENCION

ORIGEN ATENCION	TIPO DE SERVICOS SOLICITADOS	PRIORIDAD ATENCION
ENFERMEDAD GENERAL	SERVICIOS ELECTIVOS	PRIORITARIO

UBICACION DEL PACIENTE	SERVICIO	CAMA
CONSULTA EXTERNA		

Manejo integral según guia de: _____

CUPS	CANTIDAD	DESCRIPCION
993501	1	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
993130	1	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b- DIFTERIA- TETAN
993520	1	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)
993106	1	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO

JUSTIFICACION CLINICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx PRINCIPAL	Z268	NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS UNICAS ESPECIFICADAS
Dx RELACIONADO 1		
Dx RELACIONADO 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

NOMBRE QUIEN SOLICITA	LIDYS PAOLA SOSSA MAZA	TELEFONO	5 6505898
CARGO O ACTIVIDAD	FACTURADOR	CELULAR	3174381906

	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS NIT. 806010305-8	Código:FTO-GF-CRUS-60
		Versión: 1
	COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO	Fecha: 10/03/2020

Hospital local Cartagena de Indias
Tejiendo Calidad de Vida

ENTIDAD (EPS-S): Dadis SERVICIO: Vacunación

FECHA DE INGRESO: 3-12-20 FECHA DE EGRESO: 3-12-20

NOMBRE DE USUARIO: Alma Alysmar Saavedra

IDENTIFICACIÓN: 1144265[illegible] TELEFONO: 3233834419

DIRECCIÓN: Altos de nuevo Bosque.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Jolianys Barato

IDENTIFICACIÓN: V 24850669 TELEFONO: 323 382 4419

DIRECCIÓN: Altos de Nuevo Bosque.

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA:

CC. #: 24.850 669

ELABORADO POR: LIDYS SOSSA MAZA

CASTELLON Oficina De Facturación Y Admisiones
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
CSCC NUEVO BOSQUE



Consulte si su PPT ya está listo para ser entregado en el Centro Facilitador de Servicios Migratorios de su ciudad.

Este botón fue habilitado para que usted consulte si su PPT ya se encuentra aprobado. En caso de que su PPT aparezca como “Aprobado” deberá descargar la “Constancia de PPT”, la cual le permitirá adelantar los trámites que requiera, mientras se imprime y se entrega su documento físico. Recuerde que para validar si su PPT ya está impreso, deberá consultar la información través del botón Impresos PPT

El uso de la información suministrada por Migración Colombia en este módulo está limitado a fines personales. Cualquier uso para una finalidad diferente, como la obtención de un beneficio económico o la consulta de información personal de un tercero, será considerado irregular y estará sujeto al inicio de las acciones legales pertinentes. Se prohíbe expresamente a cualquier persona natural o jurídica, diferente del titular de los datos, la utilización de la información personal contenida en este sitio web.

Tipo de identificación

Número de RUMV

11442658

Buscar

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

Su proceso se encuentra en trámite, por lo tanto su PPT aun no ha sido aprobado.

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS DE APLICACION DE BIOLOGICOS

3 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 4 de diciembre de 2024, 10:40
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

Señores
DADIS

Cordial saludo

La presente es para solicitar la autorización de servicios APLICACIÓN DE BIOLOGICOS a la paciente en nuestra institución.
ALMA ALYSMAR SAAVEDRA DE 11442658

Quedamos atento a su pronta respuesta gracias

LIDYS SOSSA MAZA
OFICINA DE FACTURACIÓN Y ADMISIONES
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
CENTRO DE SALUD NUEVO BOSQUE

solicita_11947_1_20241204101950.pdf
43K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 4 de diciembre de 2024, 13:12
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_11947_1_20241204101950.pdf
43K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 5 de diciembre de 2024, 9:51
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_11947_1_20241204101950.pdf
43K

RESOLUCIÓN No. 0003 -

"POR MEDIO DE LA CUAL ESTABLECEN Y ADOPTAN LAS TARIFAS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS, EN LO CORRESPONDIENTE A LA VACUNACIÓN SIN BARRERAS PARA LAS DIFERENTES EPS-S, EPS – C, RÉGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES PARA EL AÑO 2025"

02 ENE. 2025

EL AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

En ejercicio de sus facultades legales estatutarias, en especial las conferidas por el Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, Decreto Reglamentario 1876 de 1994, Decreto Distrital 0421 de junio 29 de 2001 y decreto de nombramiento de encargo 0544 del 8 de abril de 2019.

CONSIDERANDO

Que el Numeral 5 del Artículo 13 del Acuerdo No. 0001 del 03 de septiembre de 2001 de la Junta Directiva contempla la aprobación de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente para ajustarse a las Políticas Tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General De Seguridad Social en Salud en sus diversos órdenes.

Que el artículo sexto del Acuerdo No. 00019 de 05 de junio de 2003 establece que la Junta Directiva faculta al Gerente para que sea este quien establezca anualmente las tarifas de acuerdo a la norma vigente, con el fin de mantener una unidad de la facturación de los servicios que se presentan en la organización.

Que artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 actualizado 2018, establece que:

> *ARTÍCULO 87. Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución, previa la comprobación del médico tratante, de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el presente Decreto ni siquiera bajo otra denominación.*

Que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de Salud y Sobreproteger el Derecho Fundamental a la Vida, contemplado en la Constitución Política de Colombia y en toda la normatividad, en cualquier tipo de urgencia para que se le preste a la población, como lo es movilidad a un centro asistencial para que se presten los primeros auxilios.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario fijar las tarifas de los servicios de vacunación sin barreras para las diferentes EPS – S, EPS – C Régimen Especial y Particulares por EVENTO conforme a lo contemplado en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD las cuales se regirán por el "por el manual tarifario SOAT 2025".

Que en este orden de ideas se debe determinar la tabla de valores para el servicio de vacunación sin barreras, teniendo en cuenta que es un servicio necesario, seguro y obligatorio.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ESTABLECER Y ADOPTAR las tarifas Oficiales de la ESE HLCI, referente a la aplicación de vacunación sin barreras para las diferentes EPS – S, EPS – C, Regímenes Especial y Particular, bajo la modalidad de facturación por EVENTO, durante la vigencia

RESOLUCIÓN No. 0003 - -

"POR MEDIO DE LA CUAL ESTABLECEN Y ADOPTAN LAS TARIFAS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS, EN LO CORRESPONDIENTE A LA VACUNACIÓN SIN BARRERAS PARA LAS DIFERENTES EPS-S, EPS – C, RÉGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES PARA EL AÑO 2025"

0 2 ENE. 2025

2025, teniendo en cuenta la Resolución 2717 del 30 de diciembre de 2024 .

ARTÍCULO SEGUNDO: FÍJENSE las tarifas para los servicios de APLICACIÓN DE VACUNACIÓN para el año 2025 así: -

No.	TIPO DE SERVICIO	TARIFA 2025
1	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Intramural en nuestros centros de atención	$ 7,917
2	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Extramural en la ZONA URBANA Y RURAL; Domicilio, Hoteles, Hospitales, Hospitalización, Barrios Priorizados, Instituciones Educativas, Cerco Epidemiológico.	$ 23.614
3	Vacación (Dosis) efectivamente aplicada Extramuralmente en ZONA INSULAR	$ 25,493

PARÁGRAFO: las tarifas aquí establecidas podrán ser ajustadas de acuerdo al análisis de costos que realice la entidad.

ARTÍCULO TERCERO: Las Tarifas que se establecen mediante la presente Resolución serán aplicadas en cada uno de los centros que conforman la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

ARTÍCULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Cartagena de Indias a los 0 2 ENE. 2025

JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ
Agente Especial Interventor
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

Proyecto: Angelica María Sánchez Tous – Jefe de la Oficina Jurídica – ESE HLCI.
Reviso: Malvís Polo González – Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones – ESE HLCI
Aprobó: Luis José Sandoval Arias - Subgerente Administrativa y Financiera. ESE HLCI

Hospital Local
Cartagena
de Indias

LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICA QUE

Teniendo en cuenta que la vacunación es considerada a nivel mundial como un servicio esencial de salud y que se constituye una de las medidas sanitarias de mayor beneficio en la prevención de enfermedades y muertes, se debe garantizar la atención oportuna y de calidad a la población que solicita el servicio de vacunación, sin ningún tipo de barrera administrativa o de gestión.

Los lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI – 2024 cita como actividades de obligatorio cumplimiento:

"Ofertar el servicio de vacunación de manera gratuita y sin barreras para todos los usuarios residentes en el territorio colombiano, nacionales y extranjeros, dando cumplimiento a las normas vigentes" Componente Normatividad Ítem 27

"Promover la vacunación sin barreras de acceso por condiciones como capacidad de pago, afiliación al SGSSS, religión, genero, procedencia o cualquier condición diferencial.
" Componente Coordinación Ítem 7"

Adicionalmente, se conocen los efectos generados por la pandemia del COVID 19 que incluyen impactos sociales, económicos, culturales, baja percepción de riesgo y aceptación de las vacunas, generando un impacto negativo en las coberturas de vacunación en todos los grupos poblacionales y en diversos esquemas de vacunación lo que implica la necesidad de desarrollar acciones de intensificación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de manera permanente que garanticen la vacunación oportuna y sin barreras a toda la población objeto.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias adopta e implementa **la estrategia de vacunación sin barreras** en todas nuestras sedes en la modalidad intramural y extramural dando cumplimiento de esta forma a los lineamientos nacionales establecidos

JULIO CESAR PINEDOS
Agente Especial Interventor
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Reviso: Emperatriz Cardozo – Subgerente Científica

Proyecto: María Quiroz – Enfermera PAI

DETALLES DE LA FACTURA													
N°	FACTURA	TIPOS DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIIFCACION DEL USUARIO	PRIMER APELLDO DEL USUARIO	SEGUNDO APELLIDO DEL USUARIO	PRIMER NOMBRE DEL USUARIO	SEGUNDO NOMBRE DEL USUARIO	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	NUMERO DE AUOTIZACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTOS	CIE 10	CANT	VALOR DEL PROCEDIMEINTO
1	EV109854	DE	11442658	SAAVEDRA		ALMA	ALYSMARY	3/12/2024		993106	Z268	1	$ 6,020.00
2	EV109854	DE	11442658	SAAVEDRA		ALMA	ALYSMARY	3/12/2024		993520	Z274	1	$ 6,020.00
3	EV109854	DE	11442658	SAAVEDRA		ALMA	ALYSMARY	3/12/2024		993130	Z278	1	$ 6,020.00
	EV109854	DE	11442658	SAAVEDRA		ALMA	ALYSMARY	3/12/2024		993501	Z240	1	$ 6,020
											TOTAL	4	24080