

EV104050

En intervención Forsoza administrativa por administrar
PIE DE LA POPA CALLE NUEVA DEL TORIL CLL 13 #11-75
TELÉFONO 6505898-3174381906 CARTAGENA DE INDIAS
NIT 806010305-8

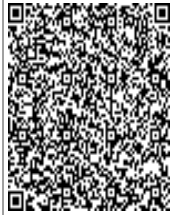


Hospital Local
Cartagena
de Indias

NIT/CC 890480184 - 4
CLIENTE DADIS - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO 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 07/01/2025 00:00:00
Fecha de vencimiento 6/02/2025
RESOLUCIÓN DIAN AUTORIZADA No. 18764068453746
Fecha 04/04/2024
Número Autorizada No. EV 59573 al 200000
CONTRATO VACUNACION INTRAMURAL PNA 24 (006-2
ATENDIDO EN PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE



USUARIO PA CRIB00573176 DOUGLAS MONTOYA VARGAS

EDAD 42 Años ESTRATO NIVEL 1

TIPO DE INGRESO: CONSULTA EXTERNA

CUPS/CUMS	Descripción Procedimiento	Autorización	Cant	Val / Unit	Sub Total	Val Empresa
993504 - 60108	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00
COPAGO/CUOTA	0.00	CARGO PACIENTE	0.00	SUBTOTAL		6,020.00
ABONOS	0.00	DESCUENTO EAPB	0.00	DSCTO PACIENTE		0.00
PAGARE PACIENTE	0.00	TOTAL EAPB	6,020.00	PAGO PACIENTE		0.00

EV 104050

FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró MARIA ALEJANDRA GARAVITO ORTIZ



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:	11/29/2024 17:15:21	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

Recuerde,...

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al SGSSS.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, por favor remitase a la EPS o EOC en la cual se encuentra afiliado y solicite corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a ADRES, conforme lo establece la normativa vigente y los procedimientos inherentes a las EPS.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad ADRES, no expiden certificaciones en razón a que la EPS es la responsable por los soportes de afiliación.

El afiliado con número de documento B00573176 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**

OBSERVACIONES / OBSERVATIONS

Este pasaporte contiene 48 páginas y tiene una vigencia de 10 años.

REPÚBLICA DE COSTA RICA

TIPO DOCUMENTO / TYPE DOCUMENT
PASAPORTE / PASSPORT

Tipo / Type Código del Estado / Country Code

Número de Pasaporte / Passport No. **BC051015**

P CRI

P CRI

Apellidos / Signature
MONTOYA VARGAS

DOUGLAS

COSTARRICENSE

23 09 1982

M

Fecha de Emisión / Date of Issue
11.00.2022

11 09 2023

10.09.2022

10 09 2033

B00573176

Número de Cédula / ID Number

701540649

Lugar de Nacimiento / Place of Birth

LIMON

975650

875658

Lugar de Emisión / Place of issue

BCR-285

Figure 7. Signature

REPUELIKA DE COSTA RICA

P<CRIMONTOYA<VARGAS<<DOUGLAS<<<<<<<<<<<<<<<<
B005731760CRI8209234M3309106701540649<<<<04

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1º de enero de 2001 se escribe como 1º enero 2001.
2. Si la vacunación está contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année - le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

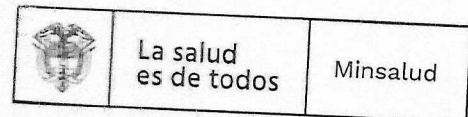
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a / Issued to / Délivré à

Douglas Montoya

Número del pasaporte o del documento de Identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

B00573176



Certificado internacional de vacunación o profilaxis

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Douglas Montoya Varga
Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
23/4/82 M costa-ric
date of birth/ né(e) le Sex/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación
300573176
national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Fecha / Date Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación Signature and professional status of supervising clinician
<u>Frebre Amontto</u>	<u>24/4/82</u>	<u>[Signature]</u>

4

Reglamento sanitario internacional

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Cuya firma aparece a continuación:
[Signature]
whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Frebre Amontto
de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido Desde From Certificat valable à partir du : Hasta Until jusqu'au :
<u>X3A99IV</u>	<u>Dosis única</u>

5

DETALLES DE LA FACTURA

N°	FACTURA	TIPOS DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	PRIMER APELLIDO DEL USUARIO	SEGUNDO APELLIDO DEL USUARIO	PRIMER NOMBRE DEL USUARIO	SEGUNDO NOMBRE DEL USUARIO	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	NUMERO DE AUTORIZACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO	CIE 10	CANT	VALOR DEL PROCEDIMIENTO
1	EV104050	PA	B00573176	MONTOYA	VARGAS	DOUGLAS		11/29/2024		993504	2243	1	\$ 6,020.00
										TOTAL		1	\$ 6,020.00



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1026

No ATENCION 806010305 -- 1026

FECHA 29/11/2024 17:32



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

MONTTOYA VARGAS DOUGLAS
1APELLIDO 2APELLIDO 1NOMBRE 2NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO
PA B00573176 1982 - 09 - 23
DIRECCION RESIDENCIA TELEFONO
BR BOCAGRANDE ED MARINA SUIT 63088726
DEPARTAMENTO CIUDAD
BOLIVAR 13 CARTAGENA DE INDIAS 001
COBERTURA DE SALUD
VINCULADO

INFORMACION DE LA ATENCION

ENFERMEDAD GENERAL SERVICIOS ELECTIVOS PRIORITARIO
ORIGEN ATENCION TIPO DE SERVICIOS SOLICITADOS PRIORIDAD ATENCION
CONSULTA EXTERNA SERVICIO CAMA
UBICACION DEL PACIENTE

Manejo integral según guía de:

CUPS	CANTIDAD	DESCRIPCION
------	----------	-------------

993504

1

VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

JUSTIFICACION CLINICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx PRINCIPAL Z243 NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
Dx RELACIONADO 1
Dx RELACIONADO 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

NOMBRE QUIEN SOLICITA MARIA ALEJANDRA GARAVITO ORTIZ TELEFONO 5 6505898
CARGO O ACTIVIDAD FACTURADOR CELULAR 3174381906



**SOLICITUD DE AUTOIZACION DE APLICACION DE BIOLOGICOS DOUGLAS
MONTROYA VARGAS PASAPORTE B00573176**

3 mensajes

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

29 de noviembre de 2024, 17:36

Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

SEÑORES:

DADIS

CORDIAL SALUDO

LA PRESENTE ES PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN VACUNACIÓN A LA PACIENTE DOUGLAS MONTROYA VARGAS PASAPORTE B00573176 QUIEN FUE ATENDIDA EL 29/11/2024 POR EL ÁREA DE VACUNACIÓN.

AGRADECEMOS SU VALIOSA ATENCION Y COLABORACION

ADJUNTO

ANEXO

ATENTAMENTE,

MARIA ALEJANDRA GARAVITO ORTIZ
ÁREA DE FACTURACIÓN Y ADMISIONES
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE



ANEXO DOUGLAS.pdf

47K

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

29 de noviembre de 2024, 18:00

Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]



ANEXO DOUGLAS.pdf

47K

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

29 de noviembre de 2024, 18:20

Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

----- Forwarded message -----

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

Date: vie, 29 nov 2024 a las 17:36

Subject: SOLICITUD DE AUTOIZACION DE APLICACION DE BIOLOGICOS DOUGLAS MONTOYA VARGAS
PASAPORTE B00573176

To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]



ANEXO DOUGLAS.pdf

47K

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, género, 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.

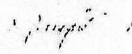
La ESE Hospital Local Cartagena de Indias adopta e implementa la **estrategia de vacunación sin barreras** en todas nuestras sedes en la modalidad intramural y extramural dando cumplimiento de esta forma a los lineamientos nacionales establecidos



MALKA PIÑA BERDUGO
Gerente

ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Reviso: Emperatriz Cardozo - Subgerente Científica 

Proyecto: María Quiroz - Enfermera PAI 

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 Tel: (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co

@ESECartagena ESE Hospital Local Cartagena de Indias

RESOLUCIÓN No. 0002 -

"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 2024"

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ESTABLECER Y ADOPTAR las tarifas Oficiales de la ESE HLCI, referente a la vacunación sin barreras para las diferentes EPS - S, EPS - C, Regímenes Especial y Particular, bajo la modalidad de facturación por EVENTO, durante la vigencia 2024, teniendo en cuenta la Resolución 2364 de 2023.

ARTÍCULO SEGUNDO: FÍJENSE las tarifas para los servicios de VACUNACIÓN para el año 2024 así: -

No.	TIPO DE SERVICIO	TARIFA 2022
1	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Intramural en nuestros centros de atención	\$ 7,525.28
2	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Extramural en la ZONA URBANA Y RURAL: Domicilio, Hoteles, Hospitales, Hospitalización, Barrios Priorizados, Instituciones Educativas, Cerco Epidemiológico.	\$ 22,446.37
3	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Extramuralmente en ZONA INSULAR	\$ 24,232.77

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


JORGE EDUARDO SUAREZ GÓMEZ

Agente Especial Interventor
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

Proyecto: Angelica María Sánchez Tous - Jefe de la Oficina Jurídica - ESE HLCI
Revisó: Andrea Pardo Cubides - Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones - ESE HLCI
Aprobó: Aura Milena Moreno Ortiz, Subgerente Administrativa y Financiera, ESE HLCI



ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
NIT. 806010305-8

Código: FTO-GF-CRUS-60

Versión: 1

Fecha: 10/03/2020

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

ENTIDAD (EPS-S):

DADIS

SERVICIO:

Ortopedia

FECHA DE INGRESO:

29-11-2024

FECHA DE EGRESO:

29-11-2024

NOMBRE DE USUARIO:

Douglas Montero Vargas

IDENTIFICACIÓN:

B00573176

TELÉFONO:

+50663088726

DIRECCIÓN:

Bocagrande Edif Mariana sut.



Hospital local
Cartagena
de Indias
Tejiendo Calidad de Vida

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

IDENTIFICACIÓN:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA:

CC. #:

B00573176

ELABORADO POR:

MARIA ALEJANDRA GARAVITO ORTIZ

Oficina De Facturación Y Admisiones

E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE

