FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV108713

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

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 18/01/2025 00:00:00
Fecha de vencimiento 17/02/2025
RESOLUCIÓN DIAN AUTORIZADA No. 18764068453746
Fecha 04/04/2024
Númeración Autorizada No. EV 59573 al 200000
CONTRATO VACUNACION INTRAMURAL PNA 24 (006-2
ATENDIDO EN PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE

USUARIO PA USA578364631 AVONA MARIE NASARIO **EDAD** 38 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 108713



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LEANDRA BANDA BARBOZA

CUFE: 575C9D654EA7E7EBE06E5BE020188B4ED5960B2E848FB30F8B7F69F3202DAA81943070EAA78E4866EC5AAF47B4ED09F5

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

DETALLES DE LA FACTURA

N°	FACTURA	TIPOS DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIIFCACION DEL USUARIO	PRIMER APELLIDO DEL USUARIO	SEGUNDO APELLIDO DEL USUARIO	PRIMER NOMBRE DEL USUARIO	SEGUNDO NOMBRE DEL USUARIO	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	CODIGO DEL PROCEDIMIENTOS	CIE 10	VALOR DEL PROCEDIMEINTO
1	EV108713	PA	578364631	NASARIO		AVONA	MARIE	5/12/2024	993504	Z258	$ 6,020.00
											$ 6,020.00

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

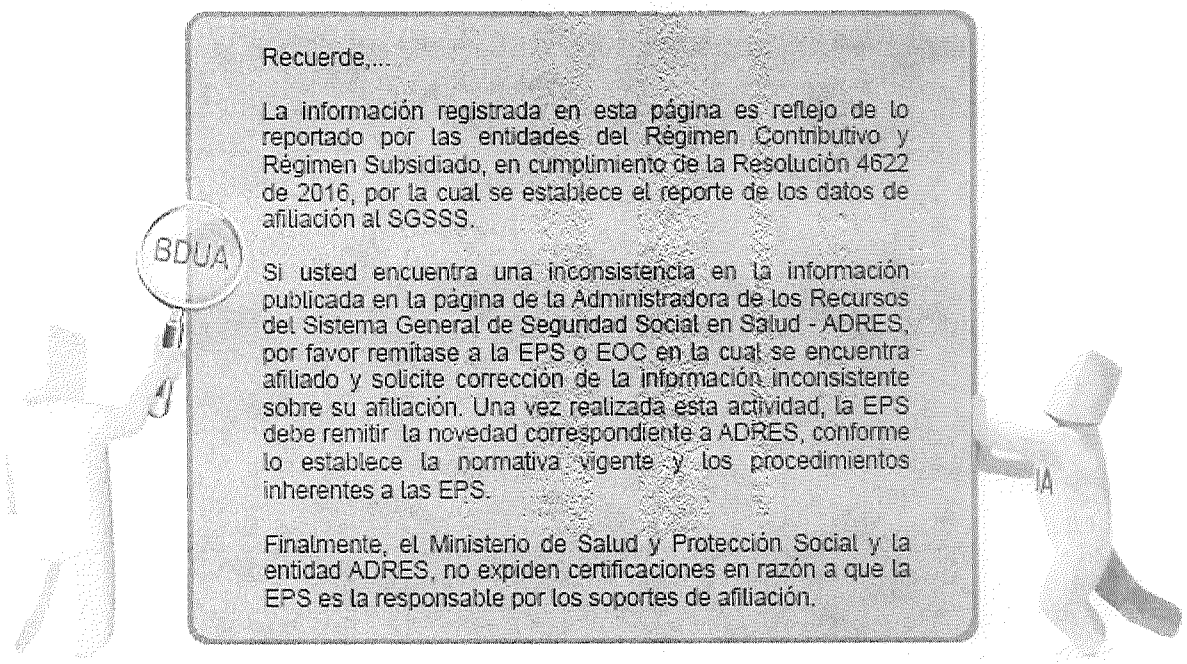
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	12/04/2024 11:55:06	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento 578364631 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**



SIGNATURE OF BEARER / SIGNATURE DU TITULAIRE / FIRMA DEL TITULAR

PASSPORT
PASSEPORT
PASAPORTE

UNITED STATES OF AMERICA

Type / Type / Tipo	Code / Code / Código	Passport No. / No. du Passeport / No. de Pasaporte
P	USA	578364631



Surname / Nom / Apellidos
NASARIO

Given Names / Prénoms / Nombres
AVONA MARIE

Nationality / Nationalité / Nacionalidad
UNITED STATES OF AMERICA

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento
17 Feb 1986

Sex / Sexe / Sexo
F

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento
CALIFORNIA, U.S.A.

Date of issue / Date de délivrance / Fecha de expedición
31 Mar 2018

Authority / Autorité / Autoridad
United States Department of State

Date of expiration / Date d'expiration / Fecha de caducidad
30 Mar 2028

Endorsements / Mentions Spéciales / Anotaciones
SEE PAGE 27

USA

P<USANASARIO<<AVONA<MARIE<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
5783646319USA8602178F2803308289769815<191938

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

AVONA NASARIO

3 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 5 de diciembre de 2024, 18:24
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

BUENAS TARDE PARA QUE ME HAGAN EL FAVOR DE AUTORIZAR LOS BIOLÓGICOS QUE SE LE SUMINISTRARON EN EL PUESTO DE SALUD DE DANIEL LEMETRE

ATT: KATTY HERRERA
AUX DEL FRONT
DANIEL LEMETRE

solicita_1052_1_20241205182312.pdf
42K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 5 de diciembre de 2024, 18:40
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_1052_1_20241205182312.pdf
42K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 5 de diciembre de 2024, 19:00
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: jue, 5 dic 2024 a las 18:24
Subject: AVONA NASARIO
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_1052_1_20241205182312.pdf
42K

Hospital Local Cartagena	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: Vacunas

FECHA DE INGRESO: 04/12/24 FECHA DE EGRESO: 04/12/24

NOMBRE DE USUSARIO: Adany Karine Navarro

IDENTIFICACIÓN: 57864631 TELEFONO: 3017292077

DIRECCIÓN:
Getsemani calle 31

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

IDENTIFICACIÓN: TELEFONO:

DIRECCIÓN:

RECIBE A SATISFACCIÓN: Katty Herrera

FIRMA: Avona Navarro

CC. #: 57864631

ELABORADO POR:

KATTY HERRERA GARCIA

Oficina De Facturación Y Admisiones
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

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

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Avena María Navarro

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

Fecha de Nacimiento | **Sexo** | **Nacionalidad**
17/07/86 | F | Colombiana

date of birth/ né(e) le | *Sex/ de sexe* | *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

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:

Contra la fiebre amarilla

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

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* / *Signature et titre du clinicien responsable*
Antiamarílica	4/10/16	Dra. Jara

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 / *Certificate valid* / *Certificat valuable*	
	Desde / *From* / *à partir du*	Hasta / *Until* / *jusqu'au*
Sanofi X3A681U		

Hospital Cartagena
CONSULTA EXTERNA
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE

4

5

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 esta 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.*

12

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*
Avena María Navarro

Número del pasaporte o del documento de identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage
5793604631

La salud es de todos | Minsalud

RESOLUCIÓN No. 0002 -

02 ENE. 2024

"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"

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 es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud y sobreproteger el Derecho Fundamental de la Vida, contemplado en la Constitución Política Colombiana y en toda la normatividad, en cualquier tipo de urgencias, brindándole la prestación del servicio de movilidad a un centro asistencial para que se le 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 2024".

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.

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"

02 ENE. 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	Vacación (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 02 ENE. 2024

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
Reviso: Andrea Pardo Cubides – Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones – ESE HLCI
Aprobó: Aura Milena Moreno Ortiz. Subgerente Administrativa y Financiera. ESE HLCI

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1052 | No ATENCION 806010305 -- 1052 | FECHA 4/12/2024 18:23:

Hospital Local Cartagena

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

NOMBRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDI				NIT	806010305	
CODIGO	1300010087101	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
NASARIO		AVONA	MARIE

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO
PA	578364631	1986 - 02 - 17

DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO
BR GETSEMANI CL 31 10	1917292044

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
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	KATTY HERRERA GARCIA	TELEFONO	5 6505898
CARGO O ACTIVIDAD	FACTURADOR	CELULAR	3174381906