**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:**

***EV108715***

**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 CRIB00273560 NICOLE BADILLA CHAVES **EDAD** 11 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 108715**



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LEANDRA BANDA BARBOZA

**CUFE:** 8D7B221709B8A0C641346FA02163D1677AD8DA247DA607BAA872C079DF95D448B33BED03017B00F0A99432493660BAEB

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** | **EV108715** | PA | B00273560 | **BADILLA** | **CHAVES** | **NICOLE** | | **4/12/2024** | **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

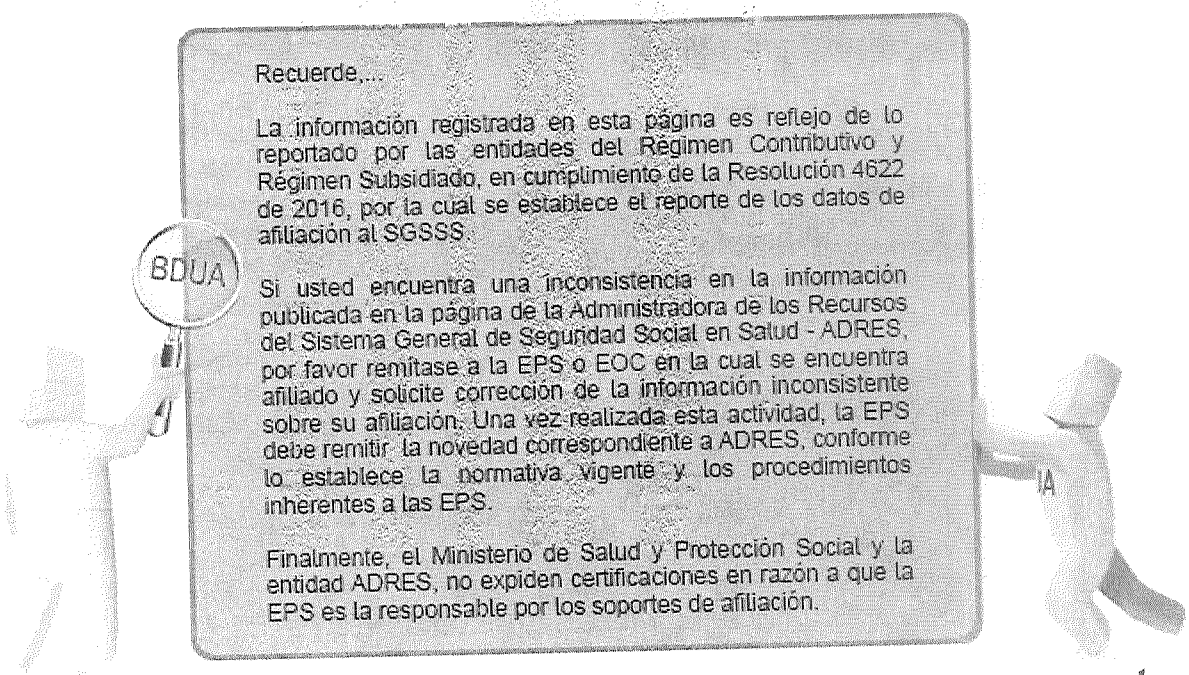
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

**Datos de afiliación :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/04/2024 11:12:00 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |




## El afiliado con número de documento B00273560 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**

**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**

Dada en Cartagena de Indias a los 02 ENE. 2024

**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 5/12/2024 18:23:

## 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 |
|---|---|---|---|
| NASARIO | | AVONA | MARIE |

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

DIRECCION RESIDENCIA: BR GETSEMANI CL 31 10 | TELEFONO: 1917292044

DEPARTAMENTO: BOLIVAR 13 | CIUDAD: 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

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

# NICOLE BADILLA

3 mensajes

**Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 5 de diciembre de 2024, 18:30
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

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

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, 18:50
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, 19:10
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 18:30
Subject: NICOLE BADILLA
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

**solicita_1052_1_20241205182312.pdf**
42K

## 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.*



# 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*

Noel Bautista Alvarez

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

B0027356O

La salud es de todos | Minsalud



| Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* | Fecha / *Date* | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / *Signature and professional status of supervising clinician* |
|---|---|---|
| Fiebre amarilla | 12/12/21 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Vaccin ou agent prophylactique / *Vaccine or prophylaxis* | Date | Signature et titre du clinicien responsable / *Signature and professional status of supervising clinician* |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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]*

Noel Bautista Alvarez

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
*date of birth/ né(e) le  Sex/ de sexe  nationality/el de nationalité*

20/12/2006 | Hombre | Boliviana

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

12890972

a sido vacunado(a) o recibió profilaxis contra las siguientes enfermedades en la fecha indicada:
*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:*

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* | Certificado valido / *Certificate valid* | |
|---|---|---|
| | Desde / *From* | Hasta / *Until* |
| Sinopharm 2988 | | |

| Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* | Certificat valuable / *Certificat valuable* | |
|---|---|---|
| | à partir du : / *from* | jusqu'au : / *until* |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



*I INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /*

Cuya firma aparece a continuación:
*whose signature follows /dont la signature suit*

Nicole Bautista

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:*

Fiebre Amarilla

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* | Certificado valido / *Certificate valid* | |
|---|---|---|
| | Desde / *From* | Hasta / *Until* |
| Sinopharm 2988 | | |

| Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* | Certificat valuable / *Certificat valuable* | |
|---|---|---|
| | à partir du : / *from* | jusqu'au : / *until* |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 | | PA | B00273560 | BANDILA | CHAVE | NICOLE | | 12/04/2024 | | 993504 | Z243 | 1 | $ 7,525.28 |
| | | | | | | | | | | TOTAL | | $ 1 | $ 7,525.28 |

OBSERVACIONES / OBSERVATIONS

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

REPÚBLICA DE COSTA RICA

TIPO DOCUMENTO / TYPE DOCUMENT
PASAPORTE/PASSPORT

REPUBLICA DE COSTA RICA



Tipo / Type
P

Código del Estado / Country Code
CRI

Número de Pasaporte / Passport No.
B00273560

Apellidos / Surnames
BADILLA CHAVES

Nombre / Given Names
NICOLE

Nacionalidad / Nationality
COSTARRICENSE

Fecha de Nacimiento / Date of Birth
30 12 2013

Sexo / Sex
F

Número de Cédula / ID Number
121890972

Lugar de Nacimiento / Place of Birth
SAN JOSE
NAT / CAN
516145

Fecha de Emisión / Date of Issue
16 12 2022

Lugar de Emisión / Place of Issue
BCR-303

Fecha de Vencimiento / Date of Expiry
15 12 2032

Firma / Signature

P<CRIBADILLA<CHAVES<<NICOLE<<<<<<<<<<<<<<<<<<

B002735608CRI1312300F3212150121890972<<<<<36

| | | |
|---|---|---|
| Hospital Local Cartagena de Indias | ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS<br>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: Nicole Bacilla chaux

IDENTIFICACIÓN: 1002735601 TELEFONO:

DIRECCIÓN:
La Bella

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

IDENTIFICACIÓN: TELEFONO:

DIRECCIÓN:

RECIBE A SATISFACCIÓN: Katty Herrera G.

FIRMA: Silvia Chaves Monge

CC. #: 1002735591

ELABORADO POR:

KATTY HERRERA GARCIA

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