FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV108767

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 COLAU936790 ELDA LUZ ARRIETA NARVAEZ **EDAD** 50 Años **ESTRATO** NIVEL 4

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 108767



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LEANDRA BANDA BARBOZA

CUFE: 7BF81D26D84A527C13607F56827F9EEE85B1171E3942C04356FC1C44F24C912A2A52370061C1575F39F9510752858AF6

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

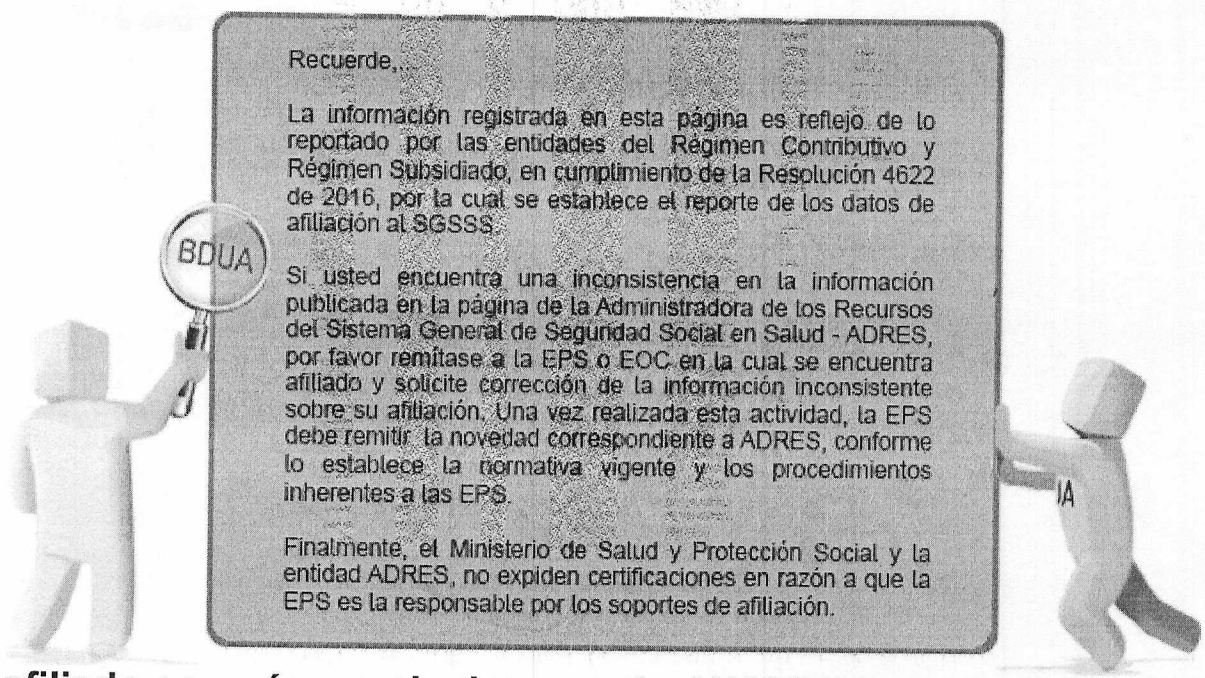
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	12/05/2024 08:25:14	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento AU936790 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**

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	EV108767	PA	AU936790	ARRIETA	NARVAEZ	ELDA	LUZ	5/12/2024	993504	Z258	$ 6,020.00


MIGRACION COLOMBIA
09 AGO. 2018 IPT
TMC334IPIS2351
REPUBLICA DE COLOMBIA
04 AGO. 2018 VDR
PIP
VISA
/PGT
REPUBLICA DE COLOMBIA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
MIGRACIONCOL
Ministerio de Relaciones Exteriores
IPI
18 DIC. 2019
14 FEB. 2019
REPUBLICA DE COLOMBIA
PASAPORTE
PASSPORT
Tipo / Type
P
Cod. país / Country code
COL
Pasaporte Nº / Passport No.
AU936790
Apellidos / Surname
ARRIETA NARVAEZ
Nombres / Given names
ELDA LUZ
Nacionalidad / Nationality
COLOMBIANA
Fecha de nacimiento / Date of birth
21 JUL/JUL 1974
Núm. personal / Personal No.
CC52399508
Sexo / Sex
F
Lugar de nacimiento / Place of birth
CARTAGENA COL
Fecha de expedición / Date of issue
29 JUN/JUN 2018
Autoridad / Authority
C. PUERTO LA CRUZ
Fecha de vencimiento / Date of expiry
28 JUN/JUN 2028
Firma del titular / Holder's signature
P<COLARRIETA<NARVAEZ<<ELDA<LUZ<<<<<<<<<<<<<<
AU936790<8COL7407217F2806284CC52399508<<<<18

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS/
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE/
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]
Elda Luz Arnedo Ortiz

Fecha de Nacimiento
Date of birth / né(e) le
2-10-1974

Sexo
Sex/ de sexe
F

Nacionalidad
nationality/et de nationalité
Colombiana

Documento nacional de identificación
national identification document / document d'identification national
52399508

Vacuna o Profilaxis *Vaccine or prophylaxis*	Fecha *Date*	Fabricante *Manufacturer*	Numero de lote de la vacuna o profilaxis *Batch no. Of caccine or prophylaxis*	Institución vacunadora *Vaccination institution*
Antiamarilica	5/12/2014	Sanofi	X3178814	Salud Vida
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Etablissement de vaccination*

4

Cuya firma aparece a continuación:
Elda Luz Arnedo O
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(é) ou 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 Réglement sanitaire international

Nombre del Profesional que certifica la aplicación *Name of the Professional certifying the application* *Nom Titre du clinicien responsable*	Título del Profesional que certifica la aplicación *Title of the Professional that certifies the application* *Titre du clinicien responsable*	Firma del Profesional que certifica la aplicación *Signature of the professional certifying the application* *Signature du clinicien responsable*

5

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobierno de Colombia

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: 1° de enero de 2001 se escribe como 1° 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*
Elda Luz Arnedo Ortiz

Número del pasaporte o del documento de Identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage
AV936-790

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

ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LA APLICACION DE BIOLOGICOS (VACUNACION) A MIGUEL ZUÑIGA MONTERO CON PA. NUMERO 204690156 , ELDA LUZ ARRIETA NARVAEZ CON NUMERO DE PASAPORTE AU936790 , FATIMA RODRIGUEZ MORALES CON PA . NUMERO 122320994 , ULYSSES GUILLERMO QUIROS VALVERDE CON PA NUMERO116580409 , RUSTEM SHINKARUK CON PA NUMERON13946509

5 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
11 de diciembre de 2024, 18:00

5 adjuntos

- **ANEXO 3 DE ULYSSES GUILLERMO QUIROZ VALVERDE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MIGUEL ZUÑIGA MONTERO.pdf** 47K
- **anexo 3 de elda luz arrieta narvaez.pdf** 47K
- **anexo 3 de rustem shinkarux.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE FATIMA RODRIGUEZ MORALES.pdf** 47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
11 de diciembre de 2024, 18:20

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: mié, 11 dic 2024 a las 18:00
Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LA APLICACION DE BIOLOGICOS (VACUNACION) A MIGUEL ZUÑIGA MONTERO CON PA. NUMERO 204690156 , ELDA LUZ ARRIETA NARVAEZ CON NUMERO DE PASAPORTE AU936790 , FATIMA RODRIGUEZ MORALES CON PA . NUMERO 122320994 , ULYSSES GUILLERMO QUIROS VALVERDE CON PA NUMERO116580409 , RUSTEM SHINKARUK CON PA NUMERON13946509
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

5 adjuntos

- **ANEXO 3 DE ULYSSES GUILLERMO QUIROZ VALVERDE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MIGUEL ZUÑIGA MONTERO.pdf** 47K
- **anexo 3 de elda luz arrieta narvaez.pdf** 47K
- **anexo 3 de rustem shinkarux.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE FATIMA RODRIGUEZ MORALES.pdf** 47K

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

[El texto citado está oculto]

5 adjuntos

- **ANEXO 3 DE ULYSSES GUILLERMO QUIROZ VALVERDE.pdf** 47K

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1069 | No ATENCION 806010305 -- 1069 | FECHA 6/12/2024 18:18:

Libertad y Orden

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
ARRIETA	NARVAEZ	ELDA	LUZ

TIPO DOCUMENTO: PA | DOCUMENTO: AU936790 | FECHA NACIMIENTO: 1974 - 07 - 21

DIRECCION RESIDENCIA: CL SANTANDER CS 18 | TELEFONO: 3156716187

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: 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: CAROLINA MAZA PEÑATA | TELEFONO: 5 6505898

CARGO O ACTIVIDAD: FACTURADOR | CELULAR: 3174381906

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: Vacunacion

FECHA DE INGRESO: 02-05-2024 FECHA DE EGRESO: 02-05-2024

NOMBRE DE USUSARIO: Elda Luz Arrieta Narvaez

IDENTIFICACIÓN: AV936790 TELEFONO: 3156716187

DIRECCIÓN: Sn Amados # 18

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA: Elda Luz Arrieta N

CC. #: AV936790

ELABORADO POR:

CAROLINA MAZA PEÑATE

Oficina De Facturación Y Admisiones
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE