FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV108558

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 SALUI
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 CENTRO DE SALUD NUEVO BOSQUE

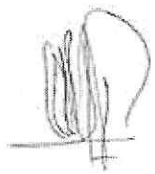
USUARIO DE USA15624059490 VALENTINO VOLL MARCHESINI **EDAD** 5 Meses **ESTRATO** NIVEL 4

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
993512 - 993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS		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 108558



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LILIANA GUTIERREZ BLANCO

CUFE: 6CBFFE54134AFA2117B619BC10C59F4CF01C8C7C597B7C91AEF6824ED4ED120731E01A9322606BC2E91DA2AEADF1F855

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

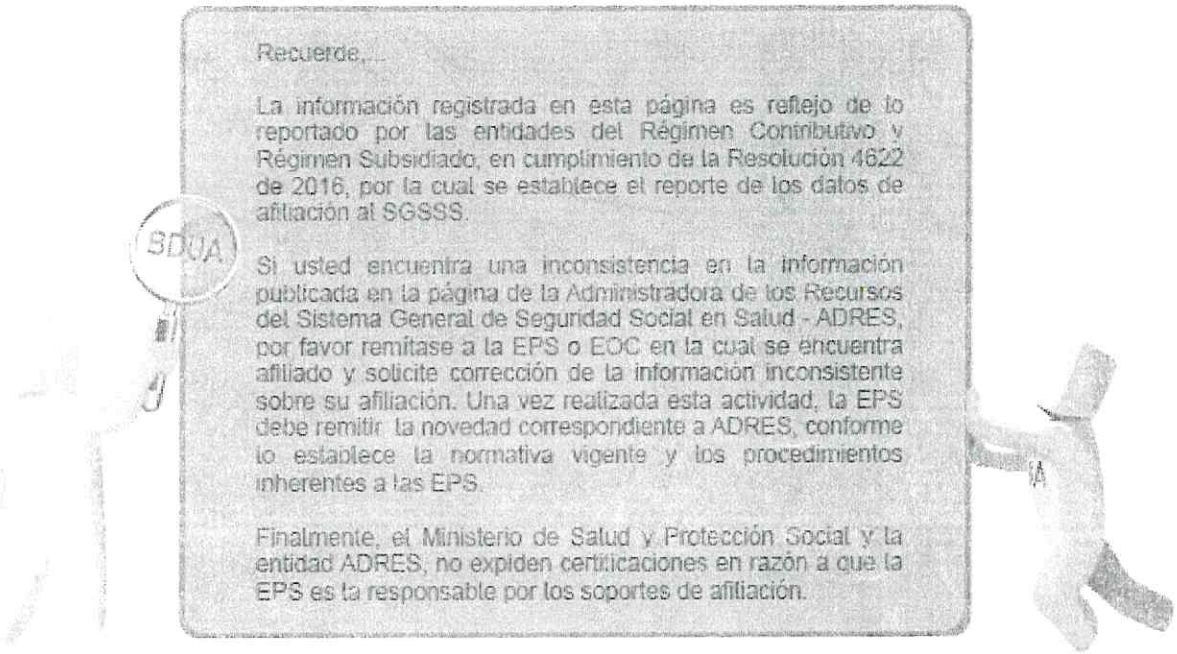
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	12/03/2024 10:04:59	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento 15624059490 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**

ADRES

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

La salud es de todos Minsalud

Pagos y Restituciones Por Afiliados

No existen registros para el afiliado consultado

THE CITY OF NEW YORK
VITAL RECORDS CERTIFICATE

CERTIFICATE OF BIRTH REGISTRATION

DATE FILED
AUG 14, 2024
10:11 PM

THE CITY OF NEW YORK – DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

CERTIFICATE OF BIRTH

CERTIFICATE NO. 156-24-059490

1. NAME OF CHILD (First, Middle, Last, Suffix)	VALENTINO VOLL-MARCHESINI				
2. SEX: MALE	3a. NUMBER DELIVERED of this pregnancy: 1	3b. If more than one, number of this child in order of delivery:	4a. DATE OF CHILD'S BIRTH (Month / Day / Year - yyyy): JULY 29, 2024	4b. Time: 4:37 ☐ AM ☒ PM	
5. PLACE OF BIRTH	5a. NEW YORK CITY BOROUGH: MANHATTAN	5b. Name of Hospital or other facility (if not facility, street address): LENOX HILL HOSPITAL			
5c. TYPE OF PLACE	☒ Hospital ☐ Freestanding Birthing Center ☐ Clinic/Doctor's Office ☐ Other-specify:	☐ Home Delivery: Planned to deliver at home? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
6a. MOTHER/PARENT'S NAME (Prior to first marriage) (First, Middle, Last, Suffix) SEX ☐M ☒F ☐X: CAROLINA MARCHESINI	6b. MOTHER/PARENT'S DATE OF BIRTH (Month / Day / Year - yyyy): 03 / 05 / 1994	6c. MOTHER/PARENT'S BIRTHPLACE City & State or foreign country: COLOMBIA			
7. MOTHER/PARENT'S USUAL RESIDENCE a. State: NY	b. County: NEW YORK	7c. City or town: NEW YORK	7d. Street and number: 315 W 33RD ST APT 35G	Apt. No.	ZIP Code: 10001
7e. Inside city limits of 7c? Yes ☒ No ☐					
8a. FATHER/PARENT'S NAME (Prior to first marriage) (First, Middle, Last, Suffix) SEX ☒M ☐F ☐X: JULIAN BERND VOLL	8b. FATHER/PARENT'S DATE OF BIRTH (Month / Day / Year - yyyy): 02 / 09 / 1999	8c. FATHER/PARENT'S BIRTHPLACE City & State or foreign country: GERMANY			

9a. NAME OF ATTENDANT AT DELIVERY: HARRY KARAMITSOS
☒ M.D. ☐ RPA ☐ D.O. ☐ R.N. ☐ Lic. Midwife ☐ Other-Specify

9b. I CERTIFY THAT THIS CHILD WAS BORN ALIVE AT THE PLACE, DATE AND TIME GIVEN
☐ M.D. ☐ RPA ☐ D.O. ☐ R.N. ☒ Hosp. Admin. ☐ Lic. Midwife ☐ Other-Specify
Signed ANGELA VITOLO
Signature Electronically Authenticated
Name of Signer ANGELA VITOLO (Type or Print)
Address 100 E 77TH ST, NEW YORK, NY, 10075
Date Signed AUGUST 14, Year - yyyy 2024

No Correction History.***

Mother/Parent's Current (First, Middle, Last) Legal Name CAROLINA MARCHESINI
Address 315 W 33RD ST Apt. APT 35G
City NEW YORK State NY ZIP 10001

Above is a Certificate of Birth Registration for your child, which is sent without charge. The Department of Health and Mental Hygiene does not certify to the truth of the statements made here, as no inquiry as to the facts has been provided by law. See reverse side for information on how to correct a birth record.

Este es el registro del certificado de nacimiento de su niño (a), se le ha mandado gratis. El Departamento de Salud no certifica la veracidad de la información en el certificado, así que ninguna investigación sobre los hechos ha sido prevista por la ley. Vea al lado reverso la información para corregir un certificado de nacimiento.

MAYOR | COMMISSIONER OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE | CITY REGISTRAR

Do not accept this transcript unless it bears the security features listed on the back. Reproduction or alteration of this transcript is prohibited by §3.19(b) of the New York City Health Code if the purpose is the evasion or violation of any provision of the Health Code or any other law.

1330000388288

August 15, 2024

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

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE LA APLICACION DE BIOLOGICOS DE VALENTINO VOLL MARCHESINI CON DE-15624059490

3 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 18 de enero de 2025, 8:13
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

SEÑORES
DADIS

CORDIAL SALUDO

La presente es para solicitarle la autorizacion de la aplicacion de biologico de VALENTINO VOLL MARCHESINI CON DE15624059490

agradecemos su pronta respuesta

LILIANA GUTIERREZ BLANCO
OFICINA DE FACTURACIÓN Y ADMISIÓN
ESE HOSPITAL DE CARTAGENA DE INDIAS
CS NUEVO BOSQUE

ANEXO 3 VALENTINO.pdf
205K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 18 de enero de 2025, 8:34
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

ANEXO 3 VALENTINO.pdf
205K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 18 de enero de 2025, 8:54
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: sáb, 18 ene 2025 a las 8:13
Subject: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE LA APLICACION DE BIOLOGICOS DE VALENTINO VOLL MARCHESINI CON DE-15624059490
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

ANEXO 3 VALENTINO.pdf
205K

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	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	CODIGO DEL PROCEDIMIENTOS	CIE 10	CANT	VALOR DEL PROCEDIMEINTO
1	EV108558	DE	15624059490	VOLL	MARCHESINI	VALENTINO	03/12/2024	993106	Z268	1	$ 6,020
2	EV108558	DE	15624059490	VOLL	MARCHESINI	VALENTINO	03/12/2024	993512	Z268	1	$ 6,020
3	EV108558	DE	15624059490	VOLL	MARCHESINI	VALENTINO	03/12/2024	993130	Z268	1	$ 6,020
4	EV108558	DE	15624059490	VOLL	MARCHESINI	VALENTINO	03/12/2024	993501	Z268	1	$ 6,020
								TOTAL			$ 24,080

	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

ENTIDAD (EPS-S): Dadis SERVICIO: Vacunación

FECHA DE INGRESO: 03-12-24 FECHA DE EGRESO: 03-12-24

NOMBRE DE USUARIO: Valentino Voll Marchesini

IDENTIFICACIÓN: 156 240594 90 TELEFONO: 3243894403

DIRECCIÓN: Laguito - Torre del Lago Torre A

Hospital local Cartagena de Indias
Tejiendo Calidad de Vida

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Carolina Marchesini

IDENTIFICACIÓN: 3243894403 TELEFONO:

DIRECCIÓN: Torre del Lago Torre A Apto 803

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA:

CC. #: 1047466723

ELABORADO POR: LILIANA GUTIERREZ BLANCO

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

Nombres y Apellidos: Valentina Usll-Marchesini Tipo identificación: DE 156-24-059480 No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª										
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª										
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	3	12	24	Bien	223902 3A.					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	3	12	24	Bien	2853201 3A.					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	3	12	24							
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	3	12	24	Sin sx.	ANDE 024AA.					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	3	12	24	Pecun	CAX 5139					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	3	12	24							
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª										
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª										
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.º										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.ª										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivo

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 11936 | No ATENCION 806010305 -- 11936 | FECHA 03/12/2024 10:09

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
VOLL	MARCHESINI	VALENTINO	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO
DE	15624059490	2024 - 07 - 29

DIRECCION RESIDENCIA: ED TORRES DEL LAGO AP 8 3 TO A

TELEFONO: 3249894403

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
993501	1	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)
993130	1	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b- DIFTERIA- TETAN
993512	1	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS
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: LILIANA GUTIERREZ BLANCO | TELEFONO: 5 6505898

CARGO O ACTIVIDAD: FACTURADOR | CELULAR: 3174381906

RESOLUCIÓN No. 0 0 0 3 -

"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

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 CUMPLASE

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.
Revisó: Malvis 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

Revisó: Emperatriz Cardozo – Subgerente Científica

Proyectó: María Quiroz – Enfermera PAI

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