FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV108794

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 CRI206450487 PATRICIA ELENA MOYA LOPEZ **EDAD** 36 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 108794



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LEANDRA BANDA BARBOZA

CUFE: D6607027CD8AAB012B7B47737083C01669807F821F4971A86564D2BE801E171BA953BE7D1B27BADF1FC806A14DEEDC4D

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

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

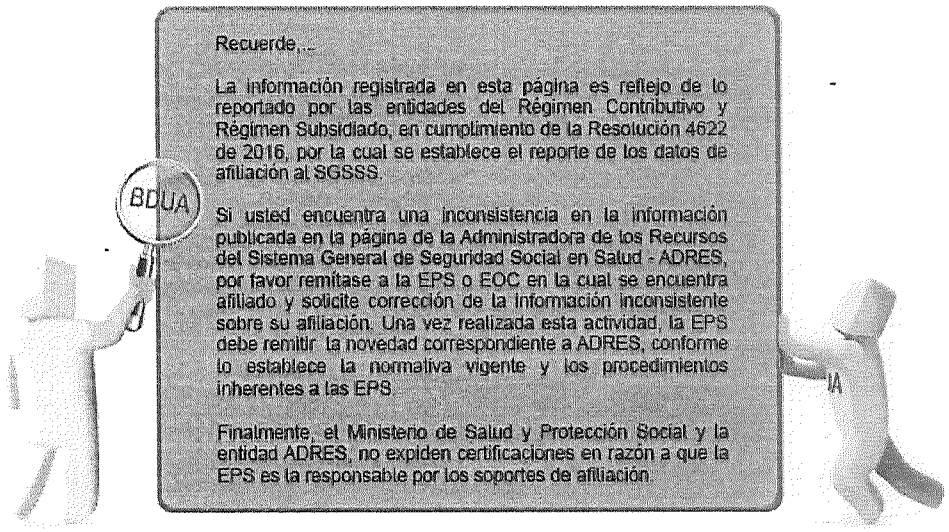
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	01/20/2025 11:19:55	Estación de origen:	192.168.70.220



El afiliado con número de documento 206450487 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 Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

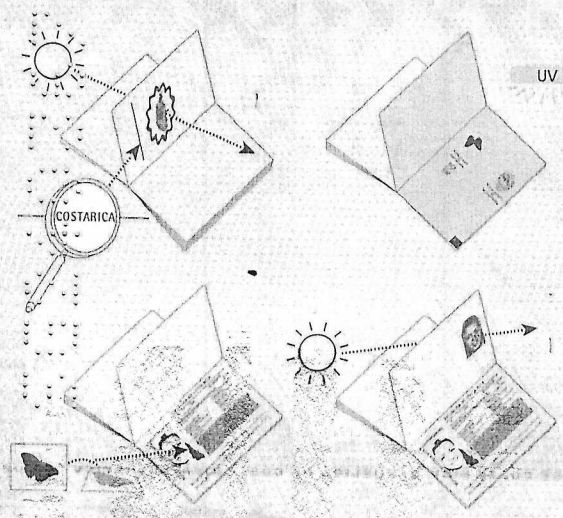
Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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	EV108794	PA	206450487	MOYA	LOPEZ	PATRICIA	ELENA	9/12/2024	993504	Z258	$ 6,020.00

Algunos elementos de seguridad que le recomendamos verificar - Some security elements that we recommend you to check



REPUBLICA DE COSTA RICA

REPUBLICA DE COSTA RICA

PASAPORTE/PASSPORT



Tipo/Type	Código del Estado/Country Code	Número de Secuencia/Sequence No.
P	CRI	G240367

Apellidos/Surname
MOYA LOPEZ

Nombre/Given Names
PATRICIA ELENA

Sexo/Sex
F

Nacionalidad/Nationality
COSTARRICENSE

Número de pasaporte/ID No.
2 0645 0487

Lugar de Nacimiento/Place of Birth
ALAJUELA

Lugar de emisión/Place of Issue
BCR-255

Fecha de Nacimiento/Date of Birth	Fecha de Emisión/Date of Issue	Fecha de Vencimiento/Date of Expir
14 04 1988	12 05 2021	11 05 2027



P<CRIMOYA<LOPEZ<<PATRICIA<ELENA<<<<<<<<<<<<<

G240367<<6CRI8804145F2705114206450487<<<<<20

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1096 | No ATENCION 806010305 -- 1096 | FECHA 9/12/2024 16:07:

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
MOYA	LOPEZ	PATRICIA	ELENA

TIPO DOCUMENTO: PA | DOCUMENTO: 206450487 | FECHA NACIMIENTO: 1988 - 04 - 14

DIRECCION RESIDENCIA: CS DE RETIRO | TELEFONO: 88726649

DEPARTAMENTO: BOLIVAR 13 | CIUDAD: CARTAGENA DE INDIAS 001

COBERTURA DE SALUD: VINCULADO

INFORMACION DE LA ATENCION

ORIGEN ATENCION: ENFERMEDAD GENERAL | TIPO DE SERVICOS SOLICITADOS: SERVICIOS ELECTIVOS | PRIORIDAD ATENCION: PRIORITARIO

UBICACION DEL PACIENTE: CONSULTA EXTERNA | SERVICIO: | CAMA:

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

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

ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION) A PATRICIA ELENA MOYA LOPEZ CON PA NUMERO 206450487 , GABRIEL CUBERO OVIEDO CON PA NUMERO B00450125 , JOSE DAVID MURILLO GOMEZ CON PA NUMERO B00673369 , MARIBEL OVIEDO LOPEZ CON PA 401500438 , NURIA PATRICIA RODRIGUEZ HERNANDEZ NUMERO DE PA B00587089NIKI LEEVIKTORIA ENGELS BURGER NUMERO PA C3J527WK3

5 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
9 de diciembre de 2024, 17:20

6 adjuntos

- **anexo 3 de patricia elene moya lopez.pdf** 47K
- **anexo 3 de gabriel cubero oviedo.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE JODE DAVID MURILLO MOYA.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIBEL OVIEDO LOPEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE NURIA RODRIGUEZ HERNANDEZ.pdf** 47K
- **anexo 3 de niki lee viktoria engels burger.pdf** 47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
9 de diciembre de 2024, 17:40

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: lun, 9 dic 2024 a las 17:20
Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION) A PATRICIA ELENA MOYA LOPEZ CON PA NUMERO 206450487 , GABRIEL CUBERO OVIEDO CON PA NUMERO B00450125 , JOSE DAVID MURILLO GOMEZ CON PA NUMERO B00673369 , MARIBEL OVIEDO LOPEZ CON PA 401500438 , NURIA PATRICIA RODRIGUEZ HERNANDEZ NUMERO DE PA B00587089NIKI LEEVIKTORIA ENGELS BURGER NUMERO PA C3J527WK3
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

6 adjuntos

- **anexo 3 de patricia elene moya lopez.pdf** 47K
- **anexo 3 de gabriel cubero oviedo.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE JODE DAVID MURILLO MOYA.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIBEL OVIEDO LOPEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE NURIA RODRIGUEZ HERNANDEZ.pdf** 47K
- **anexo 3 de niki lee viktoria engels burger.pdf** 47K

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

[El texto citado está oculto]

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*

patricio Moya Lopez

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

206450487

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

Certifica que:
Patricia Elena Moya Lopez
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
14/9/1988	F	costarrica
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
206450487
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(é) ou reçu des agents prophylactiques a 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

Vacuna o Profilaxis *Vaccine or prophylaxis* *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha *Date* *Date*	Fabricante *Manufacturer* *Fabricant*	Numero de lote de la vacuna o profilaxis *Batch no. Of caccine or prophylaxis* *Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	Institución vacunadora *Vaccination institution* *Établissement de vaccination*
fiebre A	9/12/21	Sanofi	X3H881V	[illegible]

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*
[illegible]	[illegible]	[illegible]

COPIA CONSULTA EXTERNA

	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS NIT. 806010305-8	Código:FTO-GF-CRUS-60
Hospital Local Cartagena de Indias		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: Urgencias

FECHA DE INGRESO: 02-04-2020 FECHA DE EGRESO: 02-04-2020

NOMBRE DE USUSARIO: Patricia Elena Mejia Lopez

IDENTIFICACIÓN: 20645087 TELEFONO: 88726649

DIRECCIÓN: Grupo Casa de Retiro

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA: _____

CC. #: _____

ELABORADO POR: CAROLINA MAZA

Oficina de facturación y Admisiones

ESE HOSPITAL LOCAL CATAGENA DE INDIAS

RESOLUCIÓN No. 0 0 0 2 -

"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	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 ... 2024

JORGE EDUARDO SUAREZ GÓMEZ
Agente Especial Interventor
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

Proyectó: 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

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

MALKA PIÑA BERDUGO
Gerente
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Reviso: Emperatriz Cardozo - Subgerente Científica

Proyecto: María Quiroz - Enfermera PAI