

**EV108799**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

NIT/CC 890480184 - 4
CLIENTE DADIS - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO 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

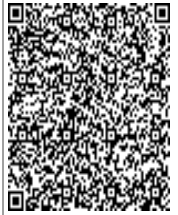
RESOLUCIÓN DIAN AUTORIZADA No. 18764068453746

Fecha 04/04/2024

Número Autorizada No. EV 59573 al 200000

CONTRATO VACUNACION INTRAMURAL PNA 24 (006-2

ATENDIDO EN PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE



USUARIO PA USA545650868 LIRIANN LONGORIA

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 108799

FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró LEANDRA BANDA BARBOZA

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 11:41:07	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

Recuerde...

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al SGSSS.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, por favor remitase a la EPS o EOC en la cual se encuentra afiliado y solicite corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a ADRES, conforme lo establece la normativa vigente y los procedimientos inherentes a las EPS.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad ADRES, no expiden certificaciones en razón a que la EPS es la responsable por los soportes de afiliación.

El afiliado con número de documento 545650868 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.

*Of the United States,
in Order to form a more perfect Union,
establish Justice, insure domestic Tranquility,
provide for the common defence,
promote the general Welfare, and secure
the Blessings of Liberty to ourselves
and our Posterity, do ordain and establish this
Constitution for the United States of America.*

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

F

USA

545650868

Surname / Nom / Apellidos

LONGORIA

Given Names / Prénoms / Nombres

LORI ANN

Nationality / Nationalité / Nacionalidad

UNITED STATES OF AMERICA

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento

16 Nov 1988

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento

Sex / Sexe / Sexo

TEXAS, U.S.A.

F

Date of issue / Date de délivrance / Fecha de expedición

Authority / Autorité / Autoridad

03 Feb 2016

United States

Date of expiration / Date d'expiration / Fecha de caducidad

Department of State

02 Feb 2026

Endorsements / Mentions Spéciales / Anotaciones

SEE PAGE 51

[illegible]

5456508681USA8811167F2602028750416799<583716

DETALLES DE LA FACTURA

N°	FACTURA	TIPOS DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION 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 PROCEDIMIENTO
1	EV108799	PA	545650868	LONGORIA		LIRIANN		19/12/2024	993504	Z258	\$ 6,020.00



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1142

No ATENCION 806010305 - 1142

FECHA 19/12/2024 09:30



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 ADMINISTRATIVO DE SALUD CODIGO

DATOS DEL PACIENTE

LONGORIA 1APELLIDO LIRIANN 1NOMBRE
2APELLIDO 2NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO
PA 545650868 1988 - 11 - 16
DIRECCION RESIDENCIA TELEFONO
ED CASA MIVIDA 405161900
DEPARTAMENTO CIUDAD
BOLIVAR 13 CARTAGENA DE INDIAS 001
COBERTURA DE SALUD
VINCULADO

INFORMACION DE LA ATENCION

ENFERMEDAD GENERAL SERVICIOS ELECTIVOS PRIORITARIO
ORIGEN ATENCION TIPO DE SERVICIOS SOLICITADOS PRIORIDAD ATENCION
CONSULTA EXTERNA SERVICIO CAMA
UBICACION DEL PACIENTE

Manejo integral según guía 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 PENATA TELEFONO 5 6505898
CARGO O ACTIVIDAD FACTURADOR CELULAR 3174381906



ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION) A ROGER FONSECA ELIZONDO CON NUMERO DE PA BOO654796 , ARRON LUIS CASTILLO RIVAS DOCUMENTO EXTRANJERO NUMERO 91257395 , HAZAEL PAOLA SOLANO BADILLA CON NUMERO DE PASAPORTE B00953655 , LORI ANN LONGORIA CON NUMERO DE PA 545650868 , CATALINA GUTIERREZ QUESADA CON PA NUMERO B00870614 ,

5 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

23 de diciembre de 2024, 18:22

5 adjuntos

- anexo 3 de aaron luis rivas castillo.pdf
48K
- anexo 3 de hazel paola solano badilla.pdf
47K
- anexo 3 de lori ann longoria.pdf
47K
- anexo 3 de catalina gutierrez quesada.pdf
47K
- ANEXO 3 DE FONSECA ELIZONDO ROGER.pdf
47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

23 de diciembre de 2024, 18:42

----- Forwarded message -----

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

Date: lun, 23 dic 2024 a las 18:22

Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION) A ROGER FONSECA ELIZONDO CON NUMERO DE PA BOO654796 , ARRON LUIS CASTILLO RIVAS DOCUMENTO EXTRANJERO NUMERO 91257395 , HAZAEL PAOLA SOLANO BADILLA CON NUMERO DE PASAPORTE B00953655 , LORI ANN LONGORIA CON NUMERO DE PA 545650868 , CATALINA GUTIERREZ QUESADA CON PA NUMERO B00870614 ,

To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

5 adjuntos

- anexo 3 de aaron luis rivas castillo.pdf
48K
- anexo 3 de hazel paola solano badilla.pdf
47K
- anexo 3 de lori ann longoria.pdf
47K
- anexo 3 de catalina gutierrez quesada.pdf
47K
- ANEXO 3 DE FONSECA ELIZONDO ROGER.pdf
47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

23 de diciembre de 2024, 19:05

[El texto citado está oculto]

5 adjuntos

- anexo 3 de aaron luis rivas castillo.pdf
48K

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.

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

Lori Ann Longoria

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

545650868

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

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

Certifica que:

Lori Ann Longoria

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

Fecha de Nacimiento

Sexo

Nacionalidad

16/11/88

F

Estados Unidos

Date of birth / né(e) le

Sex / de sexe

nationality / et de nationalité

Documento nacional de identificación

545650868

national identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora
Vaccine or prophylaxis	Date	Manufacturer	Batch no. Of vaccine or prophylaxis	Vaccination institution
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Fabricant	Duvaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Établissement de vaccination

Reglamento sanitario internacional

Cuya firma aparece a continuación:

Lori Ann Longoria

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 reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

Frederic Amorin

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

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

CONSULTA
EXTERNA



ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
NIT. 806010305-8

Código:FTO-GF-CRUS-60

Versión: 1

Fecha: 10/03/2020

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO



Hospital local
Cartagena
de Indias
mejorando Calidad de Vida

ENTIDAD (EPS-S):

Dreades

SERVICIO:

Melunaroni

FECHA DE INGRESO:

Dic - 19 - 2020

FECHA DE EGRESO:

Dic - 19 - 2020

NOMBRE DE USUARIO:

Johann Longoria

IDENTIFICACIÓN:

545650868

TELÉFONO:

702405161900-312 26191076

DIRECCIÓN:

Centro. Hotel Casa Movida

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

IDENTIFICACIÓN:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA:

Johann Longoria

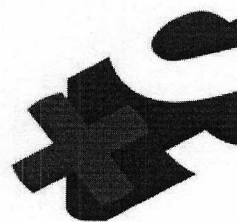
CC. #:

545650868

ELABORADO POR:

Oficina De Facturación Y Admisiones

E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS LOCAL CARTAGENA DE INDIAS - NIT 806010305-8
Pie de la Paja, Calle Nueva del Toril, Calle 33 #22-54.
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE 85898 Cartagena de Indias - Colombia



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 obligatoria 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 Normalizado Item 22

"Promover la vacunación sin barreras de acceso por condiciones como capacidad de pago, afiliación al SGSSS, religión, género, procedencia o cualquier condición diferencial."

"Componente Coordinación Item 7"

Adicionalmente, se ponemos 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 diversas 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 propone implementar la estrategia de vacunación sin barreras en todas nuestras redes en la modalidad intramural y extramural dando cumplimiento de esta forma a los lineamientos nacionales establecidos.

JULIO CESAR PINERO
Agente Especial Interventor
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Revisó: Emperatriz Siqueroza - Subgerente Clínica

Proyecto: María Quiroz - Enfermera PAI

Sede Admin: Pla de la Popa, Calle 22 #1122 2a 1er 1a 8113448
Mail: atencionusuarioadm@esehospitalcartagena.gov.co
Sitio Web: www.esehospitalcartagena.gov.co

ESECartagena ESE Hospital Local Cartagena de Indias

RESOLUCIÓN No. 002 -

"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 HLCl, 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: FIJENSE 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	Vacunación (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.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

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 HLCl
Revisó: Andrea Pardo Cubides - Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones - ESE HLCl
Aprobó: Aura Milena Moreno Ortiz, Subgerente Administrativa y Financiera, ESE HLCl