FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV109287

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 20/01/2025 00:00:00
Fecha de vencimiento 19/02/2025
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 GBR150518508 ALAHNA INGRID KINDRED **EDAD** 30 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 109287

FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró CAROLINA MAZA PEÑATA

CUFE: D22063384C49B323A8FD02A7B161AC97CF5502B2C2E61D00E9F15724708C96249DA641E56559CB5A5881AFC61C2F4D9E

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	**EV109287**	PA	**150518508**	**KINDRED**		**ALAHNA**	**INGREID**	**30/12/2024**	**993504**	**Z258**	**$ 6,020.00**
											$ 6,020.00

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

NO tiene.

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

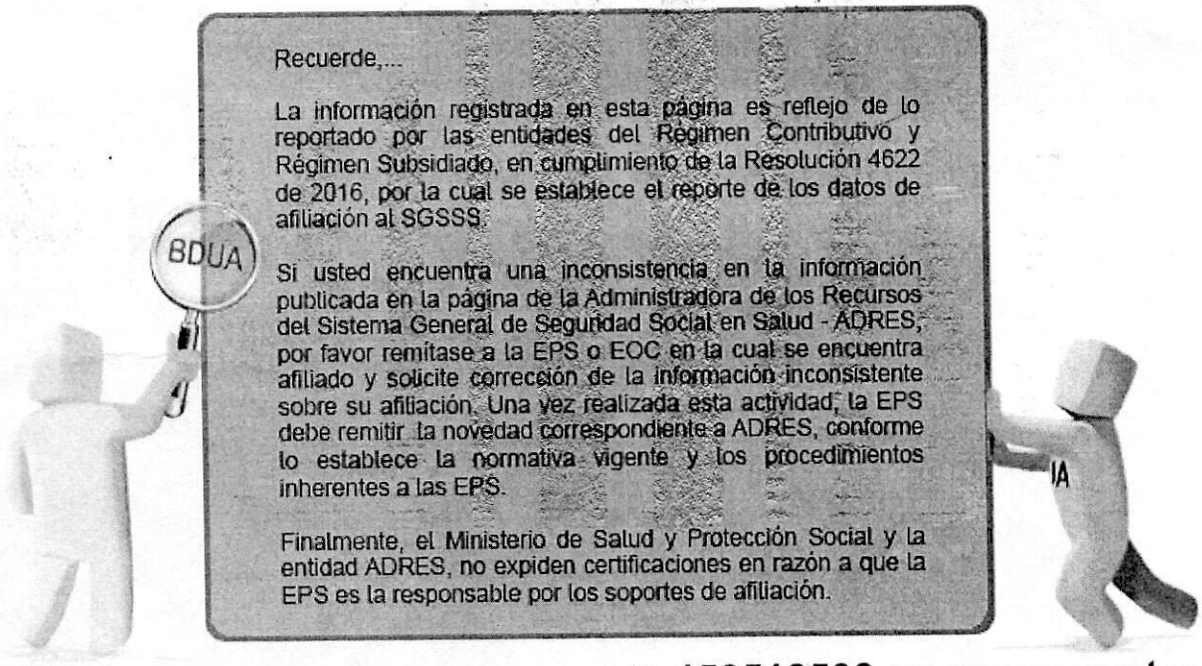
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	12/30/2024 09:04:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento 150518508 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**

THIS PAGE IS RESERVED FOR OFFICIAL OBSERVATIONS
CETTE PAGE EST RESERVEE AUX OBSERVATIONS OFFICIELLES (11)

THERE ARE NO OFFICIAL OBSERVATIONS



Holder's signature/*Signature du titulaire (10)*

UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND

PASSPORT
PASSEPORT

Type/*Type*: P
Code/*Code*: GBR
Passport No./*Passeport No.*: 150518508



Surname/*Nom (1)*
KINDRED

Given names/*Prénoms (2)*
ALAHNA INGRID SHAYJI

Nationality/*Nationalité (3)*
BRITISH CITIZEN

Date of birth/*Date de naissance (4)*
31 MAY /MAI 94

Sex/*Sexe (5)*: F

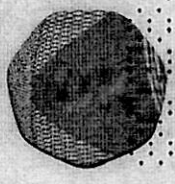
Place of birth/*Lieu de naissance (6)*
KINGSTON-UPON-THAMES

Date of issue/*Date de délivrance (7)*
27 NOV /NOV 24

Authority/*Autorité (8)*
HMPO

Date of expiry/*Date d'expiration (9)*
27 NOV /NOV 34





P<GBRKINDRED<<ALAHNA<INGRID<SHAYJI<<<<<<<<<<

1505185081GBR9405310F3411274<<<<<<<<<<<<<<08

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

ALAHNA KINDRED

3 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 30 de diciembre de 2024, 9:12
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

BUENOS DÍAS PARA QUE ME HAGAN EL FAVOR DE AUTORIZAR EL BIOLOGICO QUE SE LE SUMINISTRO EN EL PUESTO DE SALUD DE DANIEL LEMAITRE

ATT : KATTY HERRERA
AUX DEL FRONT
DANIEL LEMAITRE

solicita_1197_1_20241230091030.pdf
42K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 30 de diciembre de 2024, 9:30
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_1197_1_20241230091030.pdf
42K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 30 de diciembre de 2024, 9:50
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: lun, 30 dic 2024 a las 9:12
Subject: ALAHNA KINDRED
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

solicita_1197_1_20241230091030.pdf
42K

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: Vacunas

FECHA DE INGRESO: 30/12/24 FECHA DE EGRESO: 30/12/24

NOMBRE DE USUSARIO: Alexis Kindred

IDENTIFICACIÓN: 1505185O8 TELEFONO: 4478574371O

DIRECCIÓN: Casa Mama Wilda

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA: _____

CC. #: 1264327737

ELABORADO POR:

Oficina De Facturación Y Admisiones

E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE

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*

Maria Linares

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

1505185508

Certificado internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

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

Certifica que: Viviana Kiryakova

This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento 31/05/1994 *Date of birth / né(e) le*

Sexo F *Sex/ de sexe*

Nacionalidad Irlandesa *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación KIRIA095531PA9HPS3

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*	Fecha *Date*	Fabricante *Manufacturer*	Numero de lote de la vacuna o profilaxis *Batch no. Of caccine or prophylaxis*	Institución vacunadora *Vaccination institution*
Fiebre amarilla	23/11	Sanofi	X3Y8S2	Hospital
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*

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

RESOLUCIÓN No. 0002 -

02 ENE. 2024

"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"

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 es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud y sobreproteger el Derecho Fundamental de la Vida, contemplado en la Constitución Política Colombiana y en toda la normatividad, en cualquier tipo de urgencias, brindándole la prestación del servicio de movilidad a un centro asistencial para que se le 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 2024".

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.

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 02 ENE. 2024

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 HLCI
Reviso: 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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1197 | No ATENCION 806010305 -- 1197 | FECHA 30/12/2024 09:10

Hospital Local Cartagena de Indias

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
KINDRED		ALAHNA	INGRID

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO
PA	150518508	1994 - 05 - 31

DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO
BR GETSEMANI CS MAMA WALDY	4478574371

DEPARTAMENTO		CIUDAD	
BOLIVAR	13	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