FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV110687

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 23/01/2025 00:00:00
Fecha de vencimiento 22/02/2025
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 CANP460777NG VALERIE AUBIN JEVREMOVIC **EDAD** 35 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 110687



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró CAROLINA MAZA PEÑATA

CUFE: 09ABCA9C5666F32566D10ADA41D32A1C4E23A1E919E27FA5F152A733DCBB76BBA7DC556390BD3AACABF8A1159AC54A13

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

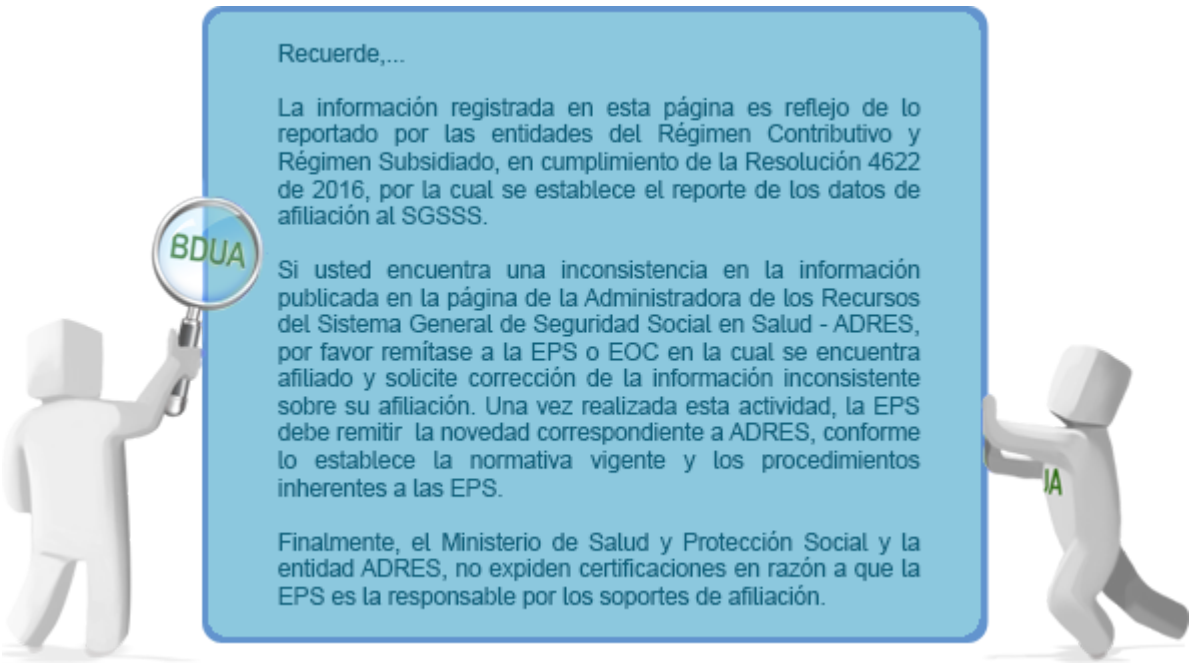
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	01/28/2025 11:04:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento P460777NG 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**

3

P460777NG

Signature of bearer - Signature du titulaire

To be valid, this passport must be signed above by the bearer, unless the bearer is a child under the age of 16.

Pour être valide, ce passeport doit être signé ci-dessus par le titulaire, sauf si le titulaire est un enfant âgé de moins de 16 ans.

PASSPORT
PASSEPORT

CANADA



Type/Type
PP

Issuing Country/Pays émetteur
CAN

Passport No./N° de passeport
P460777NG

Surname/Nom
AUBIN-JÉVRÉMOVIC

Given names/Prénoms
VALÉRIE

Nationality/Nationalité
CANADIAN/CANADIENNE

Date of birth/Date de naissance
07 NOV/NOV 1989

Sex/Sexe
F

Place of birth/Lieu de naissance
MONTRÉAL CAN

Date of issue/Date de délivrance
31 MAY/MAI 2024

Date of expiry/Date d'expiration
31 MAY/MAI 2034

Authority/Autorité
OTTAWA

PPCANAUBIN<JEVREMOVIC<<VALERIE<<<<<<<<<<<<<<

P460777NG5CAN8911078F3405318<<<<<<<<<<<<<<04

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

ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO(VACUNACION) A ELIO GAEL NIETO AUBIN , CON NUMERO DE PA AN881173 , ROBERTO NIETO KOHLER CON NUMERO DE PASAPORTE BF087899, VALERIE AUBIN JEVREMOVIC CON NUMERO DE PA P460777NG, VERNY GIOVANNI MORA JIMENEZ CON PA NUMERO B00987517, SANTIAGO ARROYO ROJAS CON PA NUMERO B00710595, ANDRES MATEO ARROYO GONZALEZ CON NUMERO DE PASAPORTE 123270298, MELISSA AUXILIADORA CAMPOS MORA CON NUMERO DE PA 116810078ALANIS DANIELA VILLALOBOS ROJAS CON NUMERO DE PA B00206728 , MILA VERGARA TOBIN CON NUMERO DE PA A07428090, MILA VERGARA TOBIN CON NUMERO PA A07428090, ALEXANDER MONIKA BEELER CON NUMERO DE PA X9283403, MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR CON DE NUMERO 27197827

5 mensajes

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

30 de diciembre de 2024, 18:15

12 adjuntos

- **anexo 3 de elio gael nieto aubin.pdf** 47K
- **anexo 3 de roberto nieto kohler.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE VALERIE AUBIN JEVRMOVIC.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE VERNY GIOVANNI MORA JIMENEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE SANTIAGO ARROYO ROJAS.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE ANDRES MATEO ARROYO GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MELISSA AUXILIADORA CAMPOS MORA.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE ALANIS DANIELA VILLALOBOS ROJAS.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MILAN TOBIN VERGARA 2.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MILA TOBIN VERGARA.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKE BEELER.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR.pdf** 47K

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

30 de diciembre de 2024, 18:38

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: lun, 30 dic 2024 a las 18:15
Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO(VACUNACION) A ELIO GAEL NIETO AUBIN , CON NUMERO DE PA AN881173 , ROBERTO NIETO KOHLER CON NUMERO DE PASAPORTE BF087899, VALERIE AUBIN JEVREMOVIC CON NUMERO DE PA P460777NG, VERNY GIOVANNI MORA JIMENEZ CON PA NUMERO B00987517, SANTIAGO ARROYO ROJAS CON PA NUMERO B00710595, ANDRES MATEO ARROYO GONZALEZ CON NUMERO DE PASAPORTE 123270298, MELISSA AUXILIADORA CAMPOS MORA CON NUMERO DE PA 116810078ALANIS DANIELA VILLALOBOS ROJAS CON NUMERO DE PA B00206728 , MILA VERGARA TOBIN CON NUMERO DE PA A07428090, MILA VERGARA TOBIN CON NUMERO PA A07428090, ALEXANDER MONIKA BEELER CON NUMERO DE PA X9283403, MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR CON DE NUMERO 27197827
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

12 adjuntos

anexo 3 de elio gael nieto aubin.pdf
47K

anexo 3 de roberto nieto kohler.pdf
47K

ANEXO 3 DE VALERIE AUBIN JEVRMOVIC.pdf
47K

ANEXO 3 DE VERNY GIOVANNI MORA JIMENEZ.pdf
47K

ANEXO 3 DE SANTIAGO ARROYO ROJAS.pdf
47K

ANEXO 3 DE ANDRES MATEO ARROYO GONZALEZ.pdf
47K

ANEXO 3 DE MELISSA AUXILIADORA CAMPOS MORA.pdf
47K

ANEXO 3 DE ALANIS DANIELA VILLALOBOS ROJAS.pdf
47K

ANEXO 3 DE MILAN TOBIN VERGARA 2.pdf
47K

ANEXO 3 DE MILA TOBIN VERGARA.pdf
47K

ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKE BEELER.pdf
47K

ANEXO 3 DE MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR.pdf
47K

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

30 de diciembre de 2024, 19:10

[El texto citado está oculto]

12 adjuntos

anexo 3 de elio gael nieto aubin.pdf
47K

anexo 3 de roberto nieto kohler.pdf
47K

ANEXO 3 DE VALERIE AUBIN JEVRMOVIC.pdf
47K

ANEXO 3 DE VERNY GIOVANNI MORA JIMENEZ.pdf
47K

ANEXO 3 DE SANTIAGO ARROYO ROJAS.pdf
47K

ANEXO 3 DE ANDRES MATEO ARROYO GONZALEZ.pdf
47K

ANEXO 3 DE MELISSA AUXILIADORA CAMPOS MORA.pdf
47K

ANEXO 3 DE ALANIS DANIELA VILLALOBOS ROJAS.pdf
47K

ANEXO 3 DE MILAN TOBIN VERGARA 2.pdf
47K

ANEXO 3 DE MILA TOBIN VERGARA.pdf
47K

ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKE BEELER.pdf
47K

ANEXO 3 DE MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR.pdf
47K

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

30 de diciembre de 2024, 19:15

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: Dic - 23 - 2024 FECHA DE EGRESO: Dic - 23 - 2024

NOMBRE DE USUSARIO: Valerie Auban Jaramillo

IDENTIFICACIÓN: P 4607777NG TELEFONO: 5/4655472

DIRECCIÓN: Cuarto Calle de los Jardines

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA: _____

CC. #: P4607777NG

ELABORADO POR:

CAROLINA MAZA PEÑATE

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

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

Certifica que:
Valerie Aubin Jevremovic
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
7/11/89	F	canadienne
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
P460777NC
national identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora
Engerix	23/12/14	SmithK	K3AB831V	Yeni
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Manufacturer*	*Batch no. Of caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*

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:
fièvre jaune

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	Título del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Mme Sun Aotey		
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*

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*

Valerie AUBIN

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

P460777NG

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1203 | No ATENCION 806010305 -- 1203 | FECHA 30/12/2024 11:59

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
AUBIN	JEVREMOVIC	VALERIE	

TIPO DOCUMENTO: PA | DOCUMENTO: P460777NG | FECHA NACIMIENTO: 1989 - 11 - 07

DIRECCION RESIDENCIA: CL DE LAS DAMAS | TELEFONO: 5146554172

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