FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV110681

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 CRIB00217014 HENRY UGALDE SOLANO **EDAD** 59 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 110681



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró CAROLINA MAZA PEÑATA

CUFE: E7FC02677970737304803DA0C7DDC40D070753B1F064126EC2F669941C2E16B44D14B07974459B147262B2A059E73485

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

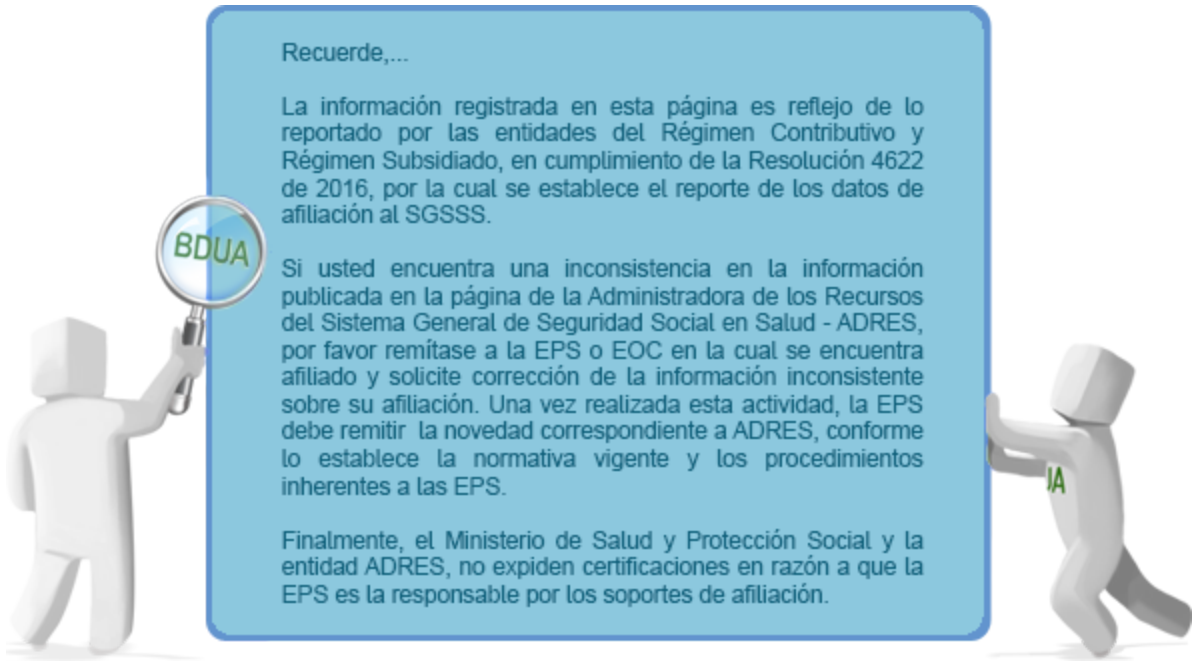
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	01/23/2025 19:55:03	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento B00217014 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



OBSERVACIONES / OBSERVATIONS

Este pasaporte contiene 48 páginas y tiene una vigencia de 10 años.

REPÚBLICA DE COSTA RICA

TIPO DOCUMENTO / TYPE DOCUMENT
PASAPORTE / PASSPORT

Tipo / Type: P
Código del Estado / Country Code: CRI
Número de Pasaporte / Passport No.: B00217014

Apellidos / Surnames: UGALDE SOLANO
Nombre / Given Names: HENRY
Nacionalidad / Nationality: COSTARRICENSE
Número de Cédula / ID Number: 204040740
Fecha de Nacimiento / Date of Birth: 12 06 1965
Lugar de Nacimiento / Place of Birth: ALAJUELA
Sexo / Sex: M
NAT / CAN: 406902
Fecha de Emisión / Date of Issue: 07 11 2022
Lugar de Emisión / Place of Issue: BCR-245
Fecha de Vencimiento / Date of Expiry: 06 11 2032
Firma / Signature

REPUBLICA DE COSTA RICA

P<CRIUGALDE<SOLANO<<HENRY<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

B002170148CRI6506124M3211061204040740<<<<<14

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1159 | No ATENCION 806010305 -- 1159 | FECHA 23/12/2024 17:13

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
UGALDE	SOLANO	HENRY	

TIPO DOCUMENTO: PA | DOCUMENTO: B00217014 | FECHA NACIMIENTO: 1965 - 06 - 12

DIRECCION RESIDENCIA: ED MONTU | TELEFONO: 83751214

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
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 AUTORIZACIONES PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO VACUNACION A ALONDRA LUCIA MORA GONZALEZ CON PASAPORTE NUMERO B00331233 , MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR CON DE NUMERO 27197827 , CARLOS MANUEL VANEGAS ALFARO CON PA NUMERO B00042457, ALEXANDRA MONIKA BEELER X9283403 , DANYELIS DEL CARMEN MENDOZA CON DE NUMERO 25234251, MELISSA HERRERA LY CON PA NUMERO B00623619, FATIMA DEL ROSARIO CALERO CHAVERRI, JOSE LUIS MENDEZ MONGE CON PA NUMERO B00623632, DANIEL DISILVESTRO GUERRERO CON NUMERO DE PA 179508547, HENRY UGALDE SOLANO CON NUMERO DE PA B00217014, BLAKE ANDREW WOOD , CON PASAPÒRTE NUMERO 531055299, EVELYN LORIA GONZALEZ CON PA NUMERO B00135008, FERNANDO JOSE UBAN MARTINEZ CON PA NUMERO B00894797, JULIANA SOFIA RIOS CON PA NUMERO 589888954

5 mensajes

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

20 de enero de 2025, 19:23

13 adjuntos

- **ANEXO 3 DE UBAN MARTINEZ FERNANDO JOSE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE BLEKE ANDREW WOOD.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE HENRY UGALDE SOLANO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE EVELYN LORIA GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE FATIMA DELROSARIO CALERO CHEVERRI.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE DANYERLYS DEL CARMEN MENDOZA SANTANA.pdf** 48K
- **ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKA BEELER.pdf** 47K
- **ANEXO 3CARLOS MANUEL VENEGAS ALFARO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MELISSA HERRERA LY.pdf** 47K
- **JOSE LUIS MENDEZ MONGE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIA EMILA CASTILLO CAMBAR.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE ALONDRA LUCIA MORA GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE DANIEL DISILVESTRO GUERRERO.pdf** 47K

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

20 de enero de 2025, 19:45

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: lun, 20 ene 2025 a las 19:23
Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO VACUNACION A ALONDRA LUCIA MORA GONZALEZ CON PASAPORTE NUMERO B00331233 , MARIA EMILIA CASTILLO CAMBAR CON DE NUMERO 27197827 , CARLOS MANUEL VANEGAS ALFARO CON PA NUMERO B00042457, ALEXANDRA MONIKA BEELER X9283403 , DANYELIS DEL CARMEN MENDOZA CON DE NUMERO 25234251, MELISSA HERRERA LY CON PA NUMERO B00623619, FATIMA DEL ROSARIO CALERO CHAVERRI, JOSE LUIS MENDEZ MONGE CON PA NUMERO B00623632, DANIEL DISILVESTRO GUERRERO CON NUMERO DE PA 179508547, HENRY UGALDE SOLANO CON NUMERO DE PA B00217014, BLAKE ANDREW WOOD , CON PASAPÒRTE NUMERO 531055299, EVELYN LORIA GONZALEZ CON PA NUMERO

B00135008, FERNANDO JOSE UBAN MARTINEZ CON PA NUMERO B00894797, JULIANA SOFIA RIOS CON PA NUMERO 589888954
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

13 adjuntos

- **ANEXO 3 DE UBAN MARTINEZ FERNANDO JOSE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE BLEKE ANDREW WOOD.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE HENRY UGALDE SOLANO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE EVELYN LORIA GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE FATIMA DELROSARIO CALERO CHEVERRI.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE DANYERLYS DEL CARMEN MENDOZA SANTANA.pdf** 48K
- **ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKA BEELER.pdf** 47K
- **ANEXO 3CARLOS MANUEL VENEGAS ALFARO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MELISSA HERRERA LY.pdf** 47K
- **JOSE LUIS MENDEZ MONGE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIA EMILA CASTILLO CAMBAR.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE ALONDRA LUCIA MORA GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE DANIEL DISILVESTRO GUERRERO.pdf** 47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co> 20 de enero de 2025, 20:10
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

[El texto citado está oculto]

13 adjuntos

- **ANEXO 3 DE UBAN MARTINEZ FERNANDO JOSE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE BLEKE ANDREW WOOD.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE HENRY UGALDE SOLANO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE EVELYN LORIA GONZALEZ.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE FATIMA DELROSARIO CALERO CHEVERRI.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE DANYERLYS DEL CARMEN MENDOZA SANTANA.pdf** 48K
- **ANEXO 3 DE ALEXANDRA MONIKA BEELER.pdf** 47K
- **ANEXO 3CARLOS MANUEL VENEGAS ALFARO.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MELISSA HERRERA LY.pdf** 47K
- **JOSE LUIS MENDEZ MONGE.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE MARIA EMILA CASTILLO CAMBAR.pdf** 47K

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

Certifica que:
Henry U Galde Solano
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
12/6/65	M	costa rica
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
B00217014
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 caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*
Fiebre	14/12/24	Sanofi	X3AC01V	Sanidad Remota

Cuya firma aparece a continuación:
Henry Ugalde Solano
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

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*
Mel Sura	AUT enf	Hidalgo

CONSULTA EXTERNA DE SALUD FRONTIÈRE

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.*

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobierno de Colombia

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*

Henry U Galde Solano

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

B00217014

Hospital Local Cartagena de Indias	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-14-2024 FECHA DE EGRESO: Dic-14-2024

NOMBRE DE USUSARIO: Henry Ugalde Solano

IDENTIFICACIÓN: B00217014 TELEFONO: 8375124

DIRECCIÓN: Daniel Lemaitre Ed. Alto

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA: B00217014

CC. #: _____

ELABORADO POR:

CAROLINA MAZA PEÑATE

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

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 intervenciones 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 Item 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 Item 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 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 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 PINEDO
Agente Especial Interventor
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Reviso: Emperatriz Zarabaza – Auxiliar Clínica

Proyecto: María Quiroz – Enfermera PAI

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: Malvís Polo González – Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones – ESE HLCI
Aprobó: Luis José Sandoval Arias - Subgerente Administrativa y Financiera. ESE HLCI