	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	07
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2025-004453-CP**

FECHA: 09-06-2025

El suscrito ***Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO*** Ordenador del Gasto de ***COMANDO AEREO DE COMBATE NO 1*** nombrado mediante ***Resolución 4983 13-12-2023*** ; autoriza ***pago parcial PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago parcial pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	***ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S***
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	***NIT***
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	***900520772-3***
No DOC. SOPORTE	***006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025***
VALOR TOTAL	***$ 30.000.000***
VALOR A PAGAR	***$ 171.000***
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	***$ 0***
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	***A-02-02-02-009-003-01 REC 16 $ 171.000***
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	***1002249494***
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	***3500493009***
VIGENCIA	***2025***
PAC MES	***JUNIO 2025 O DENTRO DE LOS 45 DÍAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCIÓN DEL SERVICIO***
BANCO	***BANCOLOMBIA***
TITULAR	***ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S***
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	***Ahorros***
NUMERO CUENTA	***39289834854***
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS *(cuando aplique)*	
TITULAR	***N/A***
NIT/C.C	***N/A***
BANCO	***N/A***
TIPO DE CUENTA BANCARIA	***NO APLICA***
NUMERO CUENTA	***N/A***

FAC-S-2025-004453-CP

ITEM	DOCUMENTOS	No. FOLIOS
1	Formato Certificación para pago (Establecido en Hermes)	3
2	Formato Certificado Plan de Adquisiciones (última versión del documento)-CPA	4
3	Registro presupuestal CRP. Anexar la última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar para vigencia actual.	1
4	Contrato principal modificatorios y/o adicionales. (SECOP II)	12
5	Último modificatorio al contrato y/o adicionales (en caso de modificación del tercero o cuenta bancaria del beneficiario del pago).	N/A
6	Acta de inicio (Para pago anticipado y anticipo contratos de obra civil)	10
7	Acta / Documento de constitución unión temporal o consorcio (detalle de tercero que factura y tercero beneficiario de pago).	N/A
8	Resolución por multas y sanciones y/o cesión de derechos económicos	N/A
9	RUT (Registro Único Tributario) del tercero original y beneficiario del pago actualizado y vigente.	5
10	Factura Electrónica (Detalle de los bienes y/o servicios de acuerdo al objeto del proceso y al anexo técnico) o documento soporte para los no obligados a facturar electrónicamente (Art. 616-2 E.T.). En caso de Proveedores Extranjeros, se adjunta Factura soporte. Para Resoluciones anexar documentos equivalentes u otro documento soporte legal para el pago.	7
11	Soporte de las facturas con estado aprobadas en SIIF NACIÓN.	1
12	Certificación cuenta bancaria del tercero beneficiario del pago no superior a 60 días al momento de la radicación del pago.	1
13	Soporte y/o pantallazo de SIIF NACIÓN de la cuenta bancaria relacionada en el pago en estado activa y vigente.	1
14	Formato Recibo a satisfacción de bienes y/o servicios, vigente Suite Visión (Se debe detallar conforme al proceso y anexo técnico).	3
15	Formato imputación bienes y servicios por rubro presupuestal al máximo nivel d	1

FAC-S-2025-004453-CP

	e desagregación presupuestal y recurso.	
16	Entrada de bienes SAP firmada, y hoja de entrada de servicios SAP	1
17	Comprobante de SIIF NACIÓN de cuentas por pagar	1
18	Garantías y mecanismos de cobertura del riesgo (SECOP II).	12
19	Certificación pago Parafiscales.	1
20	Planilla de aportes: Pagos Parafiscales y Seguridad Social, acorde al period o de facturación.	2
21	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles)	N/A
22	Los demás documentos que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato	10
TOTAL DOCUMENTOS		76

En constancia de lo anterior firman:



Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor

FAC-S-2025-004453-CP



<table>
<tr><th>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL</th><th>FECHA 27 /05 /2025..</th></tr>
<tr><td>CONTRATO N°</td><td>No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025</td></tr>
<tr><td>FECHA SUSCRIPCIÓN</td><td>14/03/2025</td></tr>
<tr><td>OBJETO DEL CONTRATO</td><td>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>La entidad pagará al contratista el valor del contrato, según los siguientes cortes:
<table>
<tr><th>No</th><th>Fecha de corte</th><th>MES PAC</th><th>VALOR</th></tr>
<tr><td>1</td><td>31 DE MARZO DE 2025</td><td>MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>2</td><td>30 DE ABRIL DE 2025</td><td>JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>3</td><td>31 DE MAYO DE 2025</td><td>JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>4</td><td>30 DE JUNIO DE 2025</td><td>AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>5</td><td>31 DE JULIO DE 2025</td><td>SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>6</td><td>31 DE AGOSTO DE 2025</td><td>OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>7</td><td>30 DE SEPTIEMBRE DE 2025</td><td>NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>8</td><td>31 DE OCTUBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>9</td><td>30 DE NOVIEMBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>10</td><td>23 DE DICIEMBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026</td><td>HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>CONTRATISTA</td><td>ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3</td></tr>
<tr><td>INTERVENTOR</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>SUPERVISOR</td><td>ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA</td></tr>
<tr><td>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td><td>TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 30´000.000,00)</td></tr>
<tr><td>PLAZO DE ENTREGA</td><td>Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 23 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar el presupuesto, lo que primero ocurra.</td></tr>
<tr><td>FECHA DE INICIO</td><td>27/03/2025</td></tr>
<tr><td>FECHA DE SUSPENSIÓN</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>FECHA DE REINICIACIÓN</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td colspan="2">CONTRATO MODIFICATORIO N° 1</td></tr>
<tr><td>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>OBJETO DEL CONTRATO</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>PLAZO DE ENTREGA</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>VALOR FINAL DEL CONTRATO</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td colspan="2">En Puerto Salgar - Cundinamarca, el día 27 del mes de mayo de 2025, se reunieron la señorita ST Bonet Cabarcas Yerlis Karina, en su calidad de supervisora por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC y el señor Rodrigo Ortiz Monsalve, C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL,</td></tr>
</table>

de los servicios correspondientes al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió (eron) dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
TERAPIA / **INTRAMURAL** / **EXTRAMURAL** / **TOTAL** TERAPIA FISICA: 4 / 4 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA: 4 / 4 TOTAL: 8 / 8	El contratista realiza 8 Terapias intramurales durante el mes de ABRIL 2025 por valor de $228.000,00, los cuales entraron en proceso de auditoría de cuentas médicas. Se realiza proceso de auditoría, generando concepto inicial favorable para pago por valor $ 87.000,00 con fecha 22/05/2025, con una glosa inicial por valor de $ 114.000,00, con concepto de conciliación de glosas con fecha 27/05/2025 por valor de $84.000,00, generando un valor total para pago de $171.000,00.

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES		
SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO		
NO APLICA		
DETALLE DEL PAGO	**VALOR**	**OBSERVACIONES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 30.000.000	
ADICIÓN	$	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 30.000.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL	$ 171.000,00	FACTURAS No. FELE77027, FELE77028, FELE77034, FELE77036, FELE77035.; NOTAS CRÉDITO: NCE – 2936 - NCE - 2936
SALDO	$29.829.000,00	

ANEXOS

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	X

COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	X
COPIA	PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	X
COPIA	Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación	X
COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON



RODRIGO ORTIZ MONSALVE
C.C. No. 10.165.145
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA



ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA
SUPERVISOR

ELABORO: ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Cliente: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITA

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGOTA **NIT:** 901542613 - 9

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

Acuerdo Comercial: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD M

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 29/07/2025 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 77027

30	4	2025
HORA: 6:54 p.m.		

HABILITACIÓN DIAN No. 18764075296829 FECHA: 18/07/2024 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 68095 AL 80000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
1	[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL	27,000	27,000

APROBADA

Sub Total	27,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$27.000,00
Vr. Total	$27.000,00

Paciente: USUARIO: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO TI: 1201473277

Valor en Letras: VEINTISIETE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE:

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

TERAPIA FÍSICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 29/04/2025

TI: 1201473277 Nombres y Apellidos: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Fecha de Nacimiento: 06/10/2018 Edad: 6 AÑOS 6 MESES 2

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BASE AEREA Teléfono: 3183906926 3183 Celular:

Entidad: Ocupación: NO APLICA Acudiente:

Teléfono del Acudiente: 3183906926 Parentesco: MADRE

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
P916	ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DEL RECIEN NACIDO	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

DESARROLLO NEUROMOTOR

ANTECEDENTES

Personales: NO REFIERE

Familiares: ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA, ASFIXIA PERINATAL, HEMIPARESIA DERECHA, DISFAGIA LEVE

Famacológicos: NO REFIERE

Quirúrgicos: NO REFIERE

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Estado Mental: Coordinación:

Equilibrio: Reflejo:

Tono Muscular:

EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR

Localización:

Escala numerica: X Evaluación inicial:

Frecuencia: Características:

Dolor: Reposo: Localización:

Dolor a la palpación: Espasmo: Localización:

Dolor a la movilidad: ¿Que movimiento?:

Presencia de cafalea: Tipo: Presencia de vértigo: Características:

EDEMA

Centímetros: Calificación: Localización:

ESTADO DE LA PIEL

Normal: Abierta: Cerrada: Suturas intactas: Exudados: Adherencia: Nodulos: Hipersensibilidad: Queloidea:

Localización:

SENSIBILIDAD

Sensibilidad: _____ Localización: _____

MARCHA

Marcha: _____ Otras: _____

Postura: _____

TEST MOVILIDAD ARTICULAR

	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
CERVICAL		
DORSO - LUMBAR		
HOMBROS		
CODO Y ANTEBRAZO		
MUÑECA		
DEDOS MANO		
PULGAR		
CADERA		
RODILLA		
TOBILLO		
DEDOS PIE		

FUERZA MUSCULAR

MIEMBROS SUPERIORES

GRADO	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
0	NINGUNA RESPUESTA MUSCULAR		
1	MÚSCULO REALIZA CONTRACCIÓN VISIBLE/PALPABLE SIN MOVIMIENTO		
2	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO SIN GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
3	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO CONTRA GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
4	MOVIMIENTO EN TODA AMPLITUD CONTRA GRAVEDAD + RESISTENCIA MODERADA		
5	MÚSCULO SOPORTA RESISTENCIA MANUAL MÁXIMA, MOV COMPLETO, CONTRA GRAVEDAD		

MIEMBROS INFERIORES

GRADO	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
0	NINGUNA RESPUESTA MUSCULAR		
1	MÚSCULO REALIZA CONTRACCIÓN VISIBLE/PALPABLE SIN MOVIMIENTO		
2	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO SIN GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
3	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO CONTRA GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
4	MOVIMIENTO EN TODA AMPLITUD CONTRA GRAVEDAD + RESISTENCIA MODERADA		
5	MÚSCULO SOPORTA RESISTENCIA MANUAL MÁXIMA, MOV COMPLETO, CONTRA GRAVEDAD		

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA

SE REALIZA EVALUACIÓN CON PATRONES FUNDAMENTALES DE ACUERDO A LA EDAD (2 AÑOS): EN ÁREA MOTORA GRUESA: REQUIERE APOYO PARA LA MARCHA, TRANSFERENCIAS SEDENTE-BIPEDO, EL AGARRE FINO EN LA MANO DERECHA NO LO REALIZA DE MANERA COMPLETA, EN LA DERECHA LO REALZIA DE FORMA ADECUADA

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

DOMINIO	PATRÓN
NEUROMUSCULAR	PATRON B - ALTERACIÓN DEL DESARROLLO NEUROMOTOR

OBJETIVO GENERAL

ESTIMULAR LOS HITOS DEL DESARROLLO NEUROMOTOR DE ACUERDO A LA EDAD DEL USUARIO

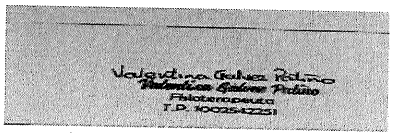
OBJETIVO ESPECÍFICO

MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA DE ACUERDO A LOS PATRONES FUNDAMENTALES EN LA EDAD DE 6 AÑOS

PLAN DE TRATAMIENTO

TRANSFERENCIAS SEDENTE-BIPEDO, EDUCACION DEL PATRON DE MARCHA, MOTRICIDAD FINA

MÉDICO



Firma:

Nombre: GÁLVEZ PATIÑO VALENTINA

R. M.: 1002542251

Código de Seguridad
Z1095F35L1405

PACIENTE

Firma:

Nombre: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO

TI: 1201473277

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

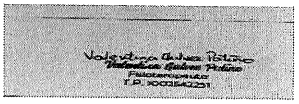
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1201473277 Nombre del Paciente: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Edad: 6 AÑOS 6 M Nº 1405

29 de Abril del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

1. Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1) Agarre tipo pinza con ambas manos. 2) En barras paralelas, educacion del patron de marcha. 3) Ascenso-descenso de step. El usuario se retira del consultorio en compañía de su madre.



	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 01/12/2020
	DOMICILIARIO AMBULATORIO	PAGINA: 1 DE 1
	FISICA X | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.VP.
	FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS	

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	29/9/25	Javier A Orjuela	17:00	17:30	1201473277	Mamá	Ma Isabel Parra C	1073322993
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO , el cual se encuentra publicado en la institucion en el area de REHABILITACION.
por tanto doy mi consentimiento y autorizacion. Ademas certifico que toda mi atencion fue prestada con todos los protocolos y elementos de proteccion personal que se requiere para esta atencion.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1023322993
CELULAR: 3183906926

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Valentina Galvez Patiño
Valentina Galvez Patiño
Fisioterapeuta
T.P. 1002542251.

COMPROBANTE DE RECIBIDO USUARIO
RESOLUCIÓN 3047/2008
ANEXO TÉCNICO 5 NRO 8.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual.

La firma de este documento asimila y comprueba la atención prestada en la facturación electrónica.

FECHA:	29-04-25
PACIENTE:	Jader Alejandro Ojeda Parra.
IDENTIFICACIÓN:	1201473277.
ENTIDAD:	FAC.

x Nº Isabel Parra C.
1073322993

ARMONY Nit. 900 820.772-3
VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

CONFIRMO Y DOY RECIBIDO DE LA ATENCIÓN PRESTADA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3
CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 8370046

Fecha generación: 16/04/2025 22:23:56

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2025-04-1211419 **FECHA SOLICITUD:** 4/16/25, 10:26 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1201473277
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / HEIDY YULIANA PIRAGAUTA TOCASUCHE **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Enfermeria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Confirmado Repetido

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA **CODIGO ESM O UPGD:** 173800197201
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 8a. No. 10-10 **TELÉFONO:** 3125855546 - 8570686
DEPARTAMENTO: CALDAS **MUNICIPIO:** LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-04-1211419	TERAPIA FISICA INTEGRAL	931001		Fisioterapia (ADCT) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA JEFSA FAC A PARTIR DE LA FECHA (16/04/2025), CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR, NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/04/2026

AUTORIZADA POR:

AURA MARITZA CORTES BERMEO
1014177939

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 16/04/2026

Mª Isabel Parra C
1073322993

ARMONY Nit. 900 620.772-3
VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

Powered by CamScanner

Fecha y hora de generación: 29/04/2025 15:02:18

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2025-04-184854 **FECHA Y HORA DE** 4/16/25, 10:13 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
TIPO DE RC
DIRECCIÓN ZR Apartamento 101
CORREO ORFRED2013@GMAIL.COM
MUNICIPIO PUERTO SALGAR
REGIONAL: CENTRO
GRADO: T1
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 06/10/2018
NÚMERO DE 1201473277
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 ANOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 ANOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 ANOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

Powered by CamScanner

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas, Colombia
Cel. 322 6239010

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 77028

30	4	2025
HORA: 6:56 p.m.		

HABILITACIÓN DIAN No. 18764075296829 FECHA: 18/07/2024 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 68095 AL 80000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cliente: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITA

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGOTA **NIT:** 901542613 - 9

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

Acuerdo Comercial: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD M

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 29/07/2025 **Plazo(dias):** 90

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
3	[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL	27,000	81,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO TI: 1107989354

Sub Total	81,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$81.000,00
Vr. Total	$81.000,00

Valor en Letras: OCHENTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: 54eade8b7366a5447904e1f013e11a4f5383ca912d1a6b52e3754196a518b9b649f020646687978094203f5093a5693c

	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 01/12/2020
	DOMICILIARIO AMBULATORIO	PAGINA: 1 DE 1
	FISICA / RESPIRATORIA / OCUPACIONAL / FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.VP.
	FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS	

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	25/4/25	Ryan Jeronimo Lopez	3:30	4:00	1107899354	Madre	Fernanda Hernandez	1110466610
2	28/4/25	Ryan Jeronimo Lopez	5:00	5:30	1107899354	Madre	Fernanda Hernandez	1110466610
3	29/4/25	Ryan Jeronimo Lopez	5:00	5:30	1107899354	Madre	Fernanda Hernandez	1110466610
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO , el cual se encuentra publicado en la institucion en el area de REHABILITACION.
por tanto doy mi consentimiento y autorizacion. Ademas certifico que toda mi atencion fue prestada con todos los protocolos y elementos de proteccion personal que se requiere para esta atencion.

Fernanda Hernandez
FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1110466610
CELULAR: 3106078571

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Valentina Galvez Patiño
Valentina Gálvez Patiño
Fisioterapeuta
T.P. 1002542251

COMPROBANTE DE RECIBIDO USUARIO
RESOLUCIÓN 3047/2008
ANEXO TÉCNICO 5 NRO 8.

3

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual.

La firma de este documento asimila y comprueba la atención prestada en la facturación electrónica.

FECHA:	23-04-25.
PACIENTE:	Ryan Jeronimo Lopez Hernandez.
IDENTIFICACIÓN:	1107989354.
ENTIDAD:	FAC.

X Fernando Hernandez
X 1.110.466690

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
Nit. 900 620.772-3
RECIBIDO USUARIO

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

CONFIRMO Y DOY RECIBIDO DE LA ATENCIÓN PRESTADA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

#487741.

CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 8370046

Yolanda.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Autorizaciones	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

Fecha generación: 22/04/2025 11:10:27

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1239982 **FECHA SOLICITUD:** 4/22/25, 9:50 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1107989354
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 110018511382
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / OMAR DAVID SOSA ESPITIA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z002	EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA	Impresión Diagnóstica
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 8a. No. 10-10
DEPARTAMENTO: CALDAS

CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
TELÉFONO: 3125855546 - 8570686
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-04-1239982	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	931001		Fisioterapia (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 22/04/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DR OMAR DAVID SOSA ESPITIA PEDIATRIA DISPENSARIO MEDICO FAC quien solicita TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL 10 SESIONES, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 10 SESIONES, TERAPIA FÍSICA INTEGRAL 10 SESIONES, paciente de 07 años de edad se solicita autorizar en RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA CLINICA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/04/2026

AUTORIZADA POR:

MONICA NATALIA TIBAZOZA CUERVO
1032414464

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 22/04/2026

X Fernando Hernandez
X, 1.110. 466.610

ARMONY NIT. 900 520.772-3
VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

Fecha y hora de generación: 17/12/2024 09:50:40

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-12-665743 **FECHA Y HORA DE** 12/13/24, 12:09 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
TIPO DE RC
DIRECCIÓN Via CASA 66 Via CASA FISCAL 66 CACOM-1
CORREO rianlo9@hotmail.com
MUNICIPIO PUERTO SALGAR
REGIONAL: CENTRO
GRADO: ST2
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 04/04/2018
NÚMERO DE 1107989354
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Pediatria - SSFM	1

OBSERVACIÓN

Control pediatría 1-2 meses. DMEFA- bogotá

890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Pediatria - SSFM	1

OBSERVACIÓN

Control pediatría DMEFA Bogotá

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

TERAPIA FÍSICA

DATOS PERSONALES

Fecha: 25/04/2025

TI: 1107989354 Nombres y Apellidos: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO Fecha de Nacimiento: 04/04/2017 Edad: 8 AÑOS 1 MESES 0
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BASE AEREA CASA 66 Teléfono: 3504596097 Celular: 3106078571
Entidad: Ocupación: NO APLICA Acudiente: FERNANDA HERNANDEZ
Teléfono del Acudiente: 3106078571 Parentesco: MADRE

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

DESARROLLO NEUROMOTOR

ANTECEDENTES

Personales: NO REFIERE

Familiares: NO REFIERE

Famacológicos: NO REFIERE

Quirúrgicos: NO REFIERE

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Estado Mental: Coordinación:
Equilibrio: Reflejo:
Tono Muscular:

EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR

Localización:
Escala numerica: X Evaluación inicial:
Frecuencia: Características:
Dolor: Reposo: Localización:
Dolor a la palpación: Espasmo: Localización:
Dolor a la movilidad: ¿Que movimiento?:
Presencia de cafalea: Tipo: Presencia de vértigo: Características:

EDEMA

Centímetros: Calificación: Localización:

ESTADO DE LA PIEL

Normal: Abierta: Cerrada: Suturas intactas: Exudados: Adherencia: Nodulos: Hipersensibilidad: Queloidea:
Localización:

SENSIBILIDAD

Sensibilidad: _____ Localización: _____

MARCHA

Marcha: _____ Otras: _____

Postura: _____

TEST MOVILIDAD ARTICULAR

	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
CERVICAL		
DORSO - LUMBAR		
HOMBROS		
CODO Y ANTEBRAZO		
MUÑECA		
DEDOS MANO		
PULGAR		
CADERA		
RODILLA		
TOBILLO		
DEDOS PIE		

FUERZA MUSCULAR

MIEMBROS SUPERIORES

GRADO	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
0	NINGUNA RESPUESTA MUSCULAR		
1	MÚSCULO REALIZA CONTRACCIÓN VISIBLE/PALPABLE SIN MOVIMIENTO		
2	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO SIN GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
3	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO CONTRA GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
4	MOVIMIENTO EN TODA AMPLITUD CONTRA GRAVEDAD + RESISTENCIA MODERADA		
5	MÚSCULO SOPORTA RESISTENCIA MANUAL MÁXIMA, MOV COMPLETO, CONTRA GRAVEDAD		

MIEMBROS INFERIORES

GRADO	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
0	NINGUNA RESPUESTA MUSCULAR		
1	MÚSCULO REALIZA CONTRACCIÓN VISIBLE/PALPABLE SIN MOVIMIENTO		
2	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO SIN GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
3	MÚSCULO REALIZA TODO EL MOVIMIENTO CONTRA GRAVEDAD/SIN RESISTENCIA		
4	MOVIMIENTO EN TODA AMPLITUD CONTRA GRAVEDAD + RESISTENCIA MODERADA		
5	MÚSCULO SOPORTA RESISTENCIA MANUAL MÁXIMA, MOV COMPLETO, CONTRA GRAVEDAD		

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA

SE REALIZA EVALUACIÓN CON PATRONES FUNDAMENTALES DE ACUERDO A LA EDAD (2 AÑOS): EN ÁREA MOTORA GRUESA: SALTAR-BRINCAR: SALTO LARGO NO SE PARA EN UN PIE CON LOS OJOS CERRADOS Y BRAZOS EXTENDIDOS, CONTROLA LA PELOTA CUANDO LA TIENE EN SUS PIES, NO RECONOCE ORDENES CRUZADAS EN OTRA PERSONA.

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

DOMINIO	PATRÓN
NEUROMUSCULAR	PATRON B - ALTERACIÓN DEL DESARROLLO NEUROMOTOR

OBJETIVO GENERAL

ESTIMULAR LOS HITOS DEL DESARROLLO NEUROMOTOR DE ACUERDO A LA EDAD DEL USUARIO

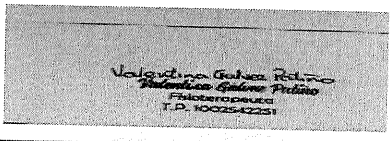
OBJETIVO ESPECÍFICO

MEJORAR LA MOTRICIDAD GRUESA DE ACUERDO A LOS PATRONES FUNDAMENTALES EN LA EDAD DE 2 AÑOS

PLAN DE TRATAMIENTO

COORDINACION OCULOMANUAL Y OCULOPEDAL, SALTOS HORIZONTALES Y VERTICALES, MOTRICIDAD FINA, EQUILIBRIO ESTATICO Y DINAMICO

MÉDICO



Firma:
Nombre: GÁLVEZ PATIÑO VALENTINA
R. M.: 1002542251

Código de Seguridad
Q1095W35C1386

PACIENTE

Firma:
Nombre: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO
TI: 1107989354

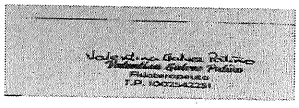
ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1107989354 Nombre del Paciente: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO Edad: 8 AÑOS 1 M Nº 1386

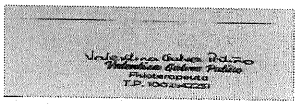
25 de Abril del 2025 3:30pm - VALENTINA GALVEZ:

1. Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1)Coodinacion oculomanual con balones de diferentes tamaños. 2) Coordinacion oculopedal con balones de diferentes tamaños. 3) Juego de ensartar. 4) Equilibrio estatico. El usuario se retira del consultorio en compañía de su madre.



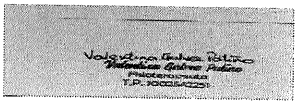
28 de Abril del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

2. Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1)Coodinacion oculomanual con balones de diferentes tamaños. 2) Coordinacion oculopedal con balones de diferentes tamaños. 3) Juego de ensartar. 4) Equilibrio estatico. El usuario se retira del consultorio en compañía de su madre.



29 de Abril del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

3. Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1)Coodinacion oculomanual con balones de diferentes tamaños. 2) Coordinacion oculopedal con balones de diferentes tamaños. 3) Juego de ensartar. 4) Equilibrio estatico. El usuario se retira del consultorio en compañía de su madre.



ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Cliente: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITA

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGOTA **NIT:** 901542613 - 9

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

Acuerdo Comercial: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD M

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 29/07/2025 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 77034

30	4	2025
HORA: 7:25 p.m.		

HABILITACIÓN DIAN No. 18764075296829 FECHA: 18/07/2024 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 68095 AL 80000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
1	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	30,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO TI: 1201473277

Sub Total	30,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$30.000,00
Vr. Total	$30.000,00

Valor en Letras: TREINTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: 760233ee044a20b2f381fc05792b7b25992e6abd8e714db0a344c7538ccaee16ce20a5255bc74d18b99c9502883917ff

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FONOAUDIOLOGÍA

DATOS PERSONALES

Fecha: 26/04/2025

TI: 1201473277 Nombres y Apellidos: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Fecha de Nacimiento: 06/10/2018 Edad: 6 AÑOS 6 MESES 2

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BASE AEREA Teléfono: 3183906926 318 Celular:

Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA Ocupación: NO APLICA Acudiente: SRA PARRA

Teléfono del Acudiente: 3183906926 Parentesco: MAMA

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

PACIENTE DE 6 AÑOS DE EDAD QUE CUENTA CON UN ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, ASISTE A TERAPIA INDIVUAL DE FONOAUDIOLOGIA

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NINGUNO

ANTECEDENTES CLÍNICOS

NONGUNO

ÁREAS POR VALORAR EN EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGÍA

LENGUAJE

DIAGNÓSTICO FONOAUDIÓLOGICO

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL SIN OTRA ESPECIFICACION	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

FAVORECER EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL NIÑO, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, PROMOVIENDO UNA COMUNICACIÓN FUNCIONAL, EFECTIVA Y SOCIALMENTE SIGNIFICATIVA, A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS FONOAUDIOLÓGICAS ADAPTADAS A SUS NECESIDADES INDIVIDUALES DENTRO DEL ESPECTRO AUTISTA, CON EL FIN DE MEJORAR SU PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS CONTEXTOS COTIDIANOS.

OBSERVACIONES

NINGUNO

AREAS DE EVALUACIÓN

LENGUAJE

FONÉTICO - FONOLÓGICO

SI

SEMÁNTICO

SI

SINTÁCTICO

SI

PRAGMÁTICO

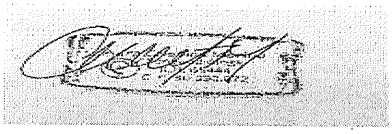
SI

LENGUAJE EN EL ADULTO

NO

APRENDIZAJE
SI
AUDICIÓN
DETECCIÓN DISCRIMINACIÓN IDENTIFICACIÓN Y COMPRENSIÓN
SI
MOVIMIENTOS OCULARES EQUILIBRIO ESTÁTICO O DINÁMICO Y CEFALOMOTORES
SI
HABLA
PRAXIAS OROFACIALES
SI
ARTICULACIÓN
SI
ALIMENTACIÓN
SI
VOZ
CUALIDADES ACÚSTICAS Y PERCEPTUALES
SI
ALTERACIÓN DEL RITMO Y VELOCIDAD DEL HABLA
SI
RESPIRACIÓN
SI

MÉDICO



Firma:

Nombre: MERINO BARCENAS AURA CRISTINA

R. M.: 55444

Código de Seguridad

A1095G36M205

PACIENTE

Firma:

Nombre: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO

TI: 1201473277

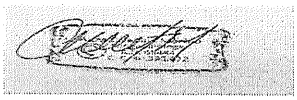
ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1201473277 Nombre del Paciente: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Edad: 6 AÑOS 6 M Nº 205

26 de Abril del 2025 10:00am - AURA MERINO:

EL PACIENTE INGRESA A TERAPIAS FONOAUDIOLÓGICAS INDIVIDUALES DE 30 MINUTOS DE DURACIÓN, CON UNA FRECUENCIA ESTABLECIDA SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS CLÍNICOS OBSERVADOS. EL ABORDAJE TERAPÉUTICO SE PLANTEA DE MANERA INTEGRAL, CONSIDERANDO LAS PARTICULARIDADES NEUROMOTORAS Y COMUNICATIVAS ASOCIADAS A SU DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL. DURANTE LAS SESIONES, SE TRABAJA EN LA ESTIMULACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES OROFACIALES, TALES COMO TONO, MOVILIDAD Y COORDINACIÓN DE LABIOS, LENGUA Y MANDÍBULA, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER LA ALIMENTACIÓN SEGURA Y EFICIENTE, ASÍ COMO LA ARTICULACIÓN DEL HABLA. SE IMPLEMENTAN ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR Y MEJORAR EL LENGUAJE COMPRENSIVO Y EXPRESIVO, ADAPTADAS A LAS CAPACIDADES COGNITIVAS Y MOTORAS DEL PACIENTE, INCLUYENDO EL USO DE SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN (SAAC) CUANDO SE REQUIERE. EL TRATAMIENTO SE DESARROLLA EN UN AMBIENTE ESTRUCTURADO, AFECTIVO Y MOTIVADOR, DONDE SE RESPETAN LOS TIEMPOS, NECESIDADES Y RITMOS INDIVIDUALES DEL MENOR, PROMOVIENDO SU PARTICIPACIÓN ACTIVA. SE TRABAJA EN CONJUNTO CON LA FAMILIA Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN LOS DIFERENTES ENTORNOS DEL NIÑO, BUSCANDO SIEMPRE OPTIMIZAR SU CALIDAD DE VIDA, SU AUTONOMÍA COMUNICATIVA Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL.



1 30

COMPROBANTE DE RECIBIDO USUARIO
RESOLUCIÓN 3047/2008
ANEXO TÉCNICO 5 NRO 8.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual.

La firma de este documento asimila y comprueba la atención prestada en la facturación electrónica.

FECHA:	Abril 26 / 2025
PACIENTE:	Javier Alejandro Ogueda Parra
IDENTIFICACIÓN:	1201473
ENTIDAD:	FAC

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE Y RECIBIDO USUARIO

Mª Isabel Parra
1073522993

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

CONFIRMO Y DOY RECIBIDO DE LA ATENCIÓN PRESTADA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

48801

CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 8370046

Fecha generación: 24/04/2025 08:16:38

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1211418 **FECHA SOLICITUD:** 4/16/25, 10:26 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
DOCUMENTO: 1201473277
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: T1
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / HEIDY YULIANA PIRAGAUTA TOCASUCHE
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Enfermeria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Confirmado Repetido

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 8a. No. 10-10
TELÉFONO: 3125855546 - 8570686
DEPARTAMENTO: CALDAS
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-04-1211418	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA JEFSA FAC A PARTIR DE LA FECHA (16/04/2025), CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR, NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
FECHA DE VENCIMIENTO: 16/04/2026

AUTORIZADA POR:

AURA MARITZA CORTES BERMEO
1014179939

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 16/04/2026

Fecha y hora de generación: 24/04/2025 08:18:03

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2025-04-184854 **FECHA Y HORA DE** 4/16/25, 10:13 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
TIPO DE RC
DIRECCIÓN ZR Apartamento 101
CORREO ORFRED2013@GMAIL.COM
MUNICIPIO PUERTO SALGAR
REGIONAL: CENTRO
GRADO: T1
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 06/10/2018
NÚMERO DE 1201473277
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

Fecha y hora de generación: 24/04/2025 08:18:03

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Repetido	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

MADRE REFIERE TRAIGO EL NIÑO A CONTROL"

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑSO QUIE NASISTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE A CONTROL DE RIAS INFANCIA, MENOR EN ADECUADAS CONDICIONES GENRALES QUIEN PRESENTA DISCAPACIDAD FISICA

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:Normal, Cabeza y cráneo:Normal, Cuello:Normal, Examen genitourinario:Normal, Examen mental:Normal, Examen neurológico:Normal, Examen otorrinolaringológico:Normal, Extremidades:Normal, Mamas:Normal, Nariz:Normal, Orofaringe:Normal, Piel y faneras:Normal, Tacto rectal:Normal, Tórax:Normal

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA DE INFANCIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAIDO POR MADR, NACIDO POR PARTO VAGINAL CON PESO DE 2515, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON TODOS LOS GRUPOS ALIMENTICIOS, FAMILIA NUCLEAR, ESCOLARIZADO EN GRADO PRIMERO. PESO HOY 18 KG TALLA 115 CM PC 48 CM PA 50 CM ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACIÒN COMPLETO HASTA LOS 5 AÑOS SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE CONTINUACIÓN ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, NIÑO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. DEPOSICION Y DIURESIS + SIN ANOMALIAS. PROXIMA CONTROL EN 1 AÑO SE FORMULA MULTIVITAMINAS. CONTROL DE ODONTOLOGIA HACE 8 DÍAS, PROXIMO EN 6 MESES, VALORACION POR PEDIATRIA REFIERE QUE YA CIENTA CON ORDEN, PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA POR ANTECEDENTE DE Asfixia perinatal, encefalopatia hipoxica con secuelas neurologicas, HIPERTROFIA DE ADENOIDES, HEMIPLEJIA DEREHCA QUEIN REQUIERE TERAPIAS INTEGRALES, SE SOLICITAN 12 TERAPIAS INTEGRALES, CON FONOADILOGÍA, TERAPIA DE LENGUAJE, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA FISICA

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE HEIDY YULIANA PIRAGAUTA TOCASUCHE
CARGO O Asistencial
TELÉFONO O 8398358
SERVICIO QUE RIAS por Enfermeria (CE) - SSFM
SERVICIO Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM

ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3 | VERSION:2

FECHA: 01/12/2020

GESTION DE CALIDAD | AMBULATORIO | PAGINA: 1 DE 1

ELABORO: C.V.P.

FISICA | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | AUDIOLGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
	26-04-25	Juan Orjuela	10:15	10:45	1014273277	Mama	1073522993	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO , el cual se encuentra publicado en la institucion en el area de REHABILITACION.
por tanto doy mi consentimiento y autorizacion. Ademas certifico que toda mi atencion fue prestada con todos los protocolos y elementos de proteccion personal que se requiere para esta atencion.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Ma Isabel Parra
IDENTIFICACION 1073522993
CELULAR: 3183906926

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

97034

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 77035

30	4	2025
HORA: 7:31 p.m.		

Cliente: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITA

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGOTA **NIT:** 901542613 - 9

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

Acuerdo Comercial: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD M

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 29/07/2025 **Plazo(dias):** 90

HABILITACIÓN DIAN No. 18764075296829 FECHA: 18/07/2024 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 68095 AL 80000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
1	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	30,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE TI: 1058200821

Sub Total	30,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$30.000,00
Vr. Total	$30.000,00

Valor en Letras: TREINTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: f7794efcfeea95daef8f7e631146a2c5fa431382791f283555c18acf694f7741687f604494fce70aafb761f695ea4691

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FONOAUDIOLOGÍA

DATOS PERSONALES — Fecha: 26/04/2025

TI: 1058200821 Nombres y Apellidos: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Fecha de Nacimiento: 09/08/2010 Edad: 14 AÑOS 8 MESES
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CRA 8 NO 11-61 Teléfono: 3136891700 Celular: 3106634179
Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA Ocupación: NO APLICA Acudiente: SRA ORTIZ
Teléfono del Acudiente: 3136891700 Parentesco: MAMA

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE AUTISMO Y PROBLEMAS DE PRONUNCIACION ESPECIFICAMENTE LA R, ASISTE A TERAPIA INDIVIDUAL DE FONOAUDIOLOGIA

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NINGUNO

ANTECEDENTES CLÍNICOS

NINGUNO

ÁREAS POR VALORAR EN EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGÍA

LENGUAJE- PRONUNCIACION

DIAGNÓSTICO FONOAUDIÓLOGICO

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

FAVORECER EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES - COMUNICATIVAS DEL NIÑO, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, PROMOVIENDO UNA COMUNICACIÓN FUNCIONAL, EFECTIVA Y SOCIALMENTE SIGNIFICATIVA, A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS FONOAUDIOLÓGICAS ADAPTADAS A SUS NECESIDADES INDIVIDUALES DENTRO DEL ESPECTRO AUTISTA, CON EL FIN DE MEJORAR SU PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS CONTEXTOS COTIDIANOS.

OBSERVACIONES

NINGUNO

AREAS DE EVALUACIÓN

LENGUAJE

FONÉTICO - FONOLÓGICO
SI

SEMÁNTICO
SI

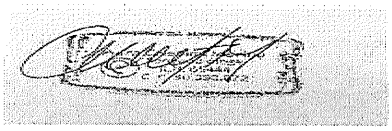
SINTÁCTICO
SI

PRAGMÁTICO
SI

LENGUAJE EN EL ADULTO
NO

APRENDIZAJE
SI
AUDICIÓN
DETECCIÓN DISCRIMINACIÓN IDENTIFICACIÓN Y COMPRENSIÓN
SI
MOVIMIENTOS OCULARES EQUILIBRIO ESTÁTICO O DINÁMICO Y CEFALOMOTORES
SI
HABLA
PRAXIAS OROFACIALES
SI
ARTICULACIÓN
SI
ALIMENTACIÓN
SI
VOZ
CUALIDADES ACÚSTICAS Y PERCEPTUALES
SI
ALTERACIÓN DEL RITMO Y VELOCIDAD DEL HABLA
SI
RESPIRACIÓN
SI

MÉDICO



Firma:

Nombre: MERINO BARCENAS AURA CRISTINA

R. M.: 65444

Código de Seguridad

V1095B36H206

PACIENTE

Firma:

Nombre: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE

TI: 1058200821

EVOLUCIONES

TI: 1058200821 Nombre del Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Edad: 14 AÑOS 8 Nº 206

26 de Abril del 2025 10:30am - AURA MERINO:

EL PACIENTE INGRESA A TERAPIAS FONOAUDIOLÓGICAS INDIVIDUALES DE 30 MINUTOS DE DURACIÓN, CON UNA FRECUENCIA DETERMINADA SEGÚN SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS. DURANTE LAS SESIONES SE IMPLEMENTA UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INTEGRAL, CENTRADO EN EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, CONSIDERANDO SU DIAGNÓSTICO DENTRO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA). EL ABORDAJE INCLUYE TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO, TRABAJO EN HABILIDADES PRAGMÁTICAS PARA MEJORAR LA INTENCIÓN COMUNICATIVA, EL CONTACTO VISUAL, LA TOMA DE TURNOS Y LA COMPRENSIÓN DE GESTOS Y EXPRESIONES. DE MANERA ESPECÍFICA, SE REALIZA UNA INTERVENCIÓN SISTEMÁTICA EN LA ARTICULACIÓN DEL FONEMA /R/, A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE CONCIENCIA FONOLÓGICA, DISCRIMINACIÓN AUDITIVA Y PRODUCCIÓN DIRIGIDA, ADAPTADOS AL NIVEL DE COMPRENSIÓN Y COOPERACIÓN DEL MENOR. ASIMISMO, SE EMPLEAN APOYOS VISUALES, JUEGOS ESTRUCTURADOS Y RUTINAS PREDECIBLES PARA FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y ANTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, PROMOVIENDO UN ENTORNO SEGURO Y MOTIVADOR. LAS ESTRATEGIAS SE ADAPTAN CONSTANTEMENTE AL RITMO DEL MENOR, RESPETANDO SUS TIEMPOS, INTERESES Y FORMAS DE INTERACCIÓN, FOMENTANDO LA GENERALIZACIÓN DE LOS APRENDIZAJES EN CONTEXTOS NATURALES. EL TRABAJO SE REALIZA EN COLABORACIÓN CON LA FAMILIA Y OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, CON EL FIN DE GARANTIZAR UN ACOMPAÑAMIENTO COHERENTE, SOSTENIDO Y EFICAZ EN SU PROCESO DE DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL.



COMPROBANTE DE RECIBIDO USUARIO
RESOLUCIÓN 3047/2008
ANEXO TÉCNICO 5 NRO 8.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual.

La firma de este documento asimila y comprueba la atención prestada en la facturación electrónica.

FECHA:	Abril 26 /2025
PACIENTE:	Juan Jose Diaz Ortiz
IDENTIFICACIÓN:	1058200921
ENTIDAD:	FAC

1023546075

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIT 900 520.772-3
RECIBIDO USUARIO

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

CONFIRMO Y DOY RECIBIDO DE LA ATENCIÓN PRESTADA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

48802

CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 8370046

Fecha generación: 11/04/2025 09:40:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1134321 **FECHA SOLICITUD:** 4/10/25, 8:39 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN JOSE DIAZ ORTIZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: ST1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1058200821
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 110018511382
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / OMAR DAVID SOSA ESPITIA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F700	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 8a. No. 10-40
DEPARTAMENTO: CALDAS

CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
TELÉFONO: 3125855546 - 8570686
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-04-1134321	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA JEFSA FAC A PARTIR DE LA FECHA (10/04/2025), CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: Se transcribe orden medica del DR OMAR DAVID SOSA ESPITIA del dispensario medico FAC. transcribe T4 Gaitán Manuel referencia y contra referencia, paciente de 14 años de edad quien es valorado por el medico especialista en pediatria quien ordena realizar TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL. TERAPIA OCUPACIONAL. RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025. por favor autorizar para la dorada caldas.
FECHA DE VENCIMIENTO: 10/04/2026

AUTORIZADA POR:

AURA MARITZA CORTES BERMEO
1014177939

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedición. Vence: 10/04/2026

1054541073

VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO
ARMONY
NIT 900.620.172-3

No hay sistema

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código	GH-JEFSA-FR-150
FORMATO INTERCONSULTA	Versión N°	04
	Vigencia	10-12-2024

Diaz Ortiz Juan Jose | M. | 14a | 1058800821.
Apellidos y Nombres | Sexo | Edad | No. Historia Clinica

Se envia al servicio de: Fonoaudiología Fecha: 13-12-2024.

Resumen de datos clínicos y paraclínicos: CUPS: 937000. CIE10: F700.

Motivo de Remisión: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Discapacidad intelectual.

Impresión Diagnóstica: Trastorno del lenguaje expresiva

Tratamiento Ordenado: Contrato No. 013-00-MDN-CGFM.DIGSAFAC-JEFSA-CACOM I-ESM 11782-2024.

NOTA: Esta Remisión es necesaria para solicitar Consulta Especializada

Médico | Código | Sello

No hay sistema

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código	GH-JEFSA-FR-150
FORMATO INTERCONSULTA	Versión N°	04
	Vigencia	10-12-2024

Diaz Ortiz Juan Jose | M. | 14a | 1058800821.
Apellidos y Nombres | Sexo | Edad | No. Historia Clinica

Se envia al servicio de: Terapia ocupacional. Fecha: 13-12-2024.

Resumen de datos clínicos y paraclínicos: CUPS: 938303. CIE10: F700.

Motivo de Remisión: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Discapacidad intelectual.

Impresión Diagnóstica: Trastorno del lenguaje expresivo.

Tratamiento Ordenado: Contrato No 013-00-MDN-CGFM.DIGSAFAC-JEFSA-CACOM I-ESM 11782-2024.

NOTA: Esta Remisión es necesaria para solicitar Consulta Especializada

ARMONY
Clinica de Especialistas y Cirugia S.A.S.
NIT. 900520772-3

ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3

VERSION:2
FECHA: 01/12/2020
PAGINA: 1 DE 1
ELABORO: C.V.P.

GESTION DE CALIDAD

AMBULATORIO

FISICA | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	26-04-25	JUAN JOSE DIAZ	10:45	11:15	1058200821	mamá		1.103454673
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO , el cual se encuentra publicado en la institucion en el area de REHABILITACION.
por tanto doy mi consentimiento y autorizacion. Ademas certifico que toda mi atencion fue prestada con todos los protocolos y elementos de proteccion personal que se requiere para esta atencion.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1103454673
CELULAR: 3106634475

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

7035

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 77036

30	4	2025
HORA: 7:33 p.m.		

Cliente: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITA

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGOTA **NIT:** 901542613 - 9

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

Acuerdo Comercial: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD M

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 29/07/2025 **Plazo(dias):** 90

HABILITACIÓN DIAN No. 18764075296829 FECHA: 18/07/2024 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 68095 AL 80000 Vigencia por 12 meses Régimen COMÚN

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
2	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	60,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO TI: 1107989354

Sub Total	60,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$60.000,00
Vr. Total	$60.000,00

Valor en **Letras:** SESENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitída.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: d41e0bb586f1b9340a4c11d4a934edb4e659243e8195c1bf80b73ca9be1e79c01384fb2b5791d24a4e95fb2a67cb2cb2

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

FONOAUDIOLOGÍA

DATOS PERSONALES

Fecha: 26/04/2025

TI: 1107989354 Nombres y Apellidos: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO Fecha de Nacimiento: 04/04/2017 Edad: 8 AÑOS 1 MESES 0
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BASE AEREA CASA 66 Teléfono: 3504596097 Celular: 3106078571
Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA Ocupación: NO APLICA Acudiente: SRA HERNANDEZ
Teléfono del Acudiente: 3504596097 Parentesco: MAMA

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

PACIENTE REMITIDO PARA TERAPIA INDIVIDUAL DE FONOAUDIOLOGIA POR AUTISMO.

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NINGUNO

ANTECEDENTES CLÍNICOS

NINGUNO

ÁREAS POR VALORAR EN EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGÍA

COMPORTAMIENTO- LENGUAJE

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

FAVORECER EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL NIÑO, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, PROMOVIENDO UNA COMUNICACIÓN FUNCIONAL, EFECTIVA Y SOCIALMENTE SIGNIFICATIVA, A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS FONOAUDIOLÓGICAS ADAPTADAS A SUS NECESIDADES INDIVIDUALES DENTRO DEL ESPECTRO AUTISTA, CON EL FIN DE MEJORAR SU PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS CONTEXTOS COTIDIANOS.

OBSERVACIONES

NINGUNO

AREAS DE EVALUACIÓN

LENGUAJE

FONÉTICO - FONOLÓGICO

SI

SEMÁNTICO

SI

SINTÁCTICO

SI

PRAGMÁTICO

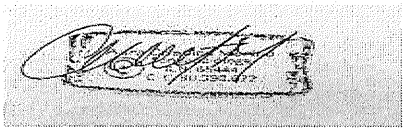
SI

LENGUAJE EN EL ADULTO

NO

APRENDIZAJE
SI
AUDICIÓN
DETECCIÓN DISCRIMINACIÓN IDENTIFICACIÓN Y COMPRENSIÓN
SI
MOVIMIENTOS OCULARES EQUILIBRIO ESTÁTICO O DINÁMICO Y CEFALOMOTORES
SI
HABLA
PRAXIAS OROFACIALES
SI
ARTICULACIÓN
SI
ALIMENTACIÓN
SI
VOZ
CUALIDADES ACÚSTICAS Y PERCEPTUALES
SI
ALTERACIÓN DEL RITMO Y VELOCIDAD DEL HABLA
SI
RESPIRACIÓN
NO

MÉDICO



Firma:

Nombre: MERINO BARCENAS AURA CRISTINA

R. M.: 65444

Código de Seguridad

O1095U36A204

PACIENTE

Firma:

Nombre: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO

TI: 1107989354

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1107989354 Nombre del Paciente: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO Edad: 8 AÑOS 1 M Nº 204

26 de Abril del 2025 9:30am - AURA MERINO:

EL PACIENTE INGRESA A TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL DE 30 MINUTOS DE DURACIÓN, CON UNA FRECUENCIA DETERMINADA SEGÚN SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS. DURANTE LAS SESIONES SE IMPLEMENTA UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INTEGRAL, CENTRADO EN EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, CONSIDERANDO SU DIAGNÓSTICO DENTRO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA). EL ABORDAJE INCLUYE TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO, TRABAJO EN HABILIDADES PRAGMÁTICAS PARA MEJORAR LA INTENCIÓN COMUNICATIVA, EL CONTACTO VISUAL, LA TOMA DE TURNOS Y LA COMPRENSIÓN DE GESTOS Y EXPRESIONES. ASIMISMO, SE EMPLEAN APOYOS VISUALES, JUEGOS ESTRUCTURADOS Y RUTINAS PREDECIBLES PARA FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y ANTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, PROMOVIENDO UN ENTORNO SEGURO Y MOTIVADOR. LAS ESTRATEGIAS SE ADAPTAN CONSTANTEMENTE AL RITMO DEL MENOR, RESPETANDO SUS TIEMPOS, INTERESES Y FORMAS DE INTERACCIÓN, FOMENTANDO LA GENERALIZACIÓN DE LOS APRENDIZAJES EN CONTEXTOS NATURALES. EL TRABAJO SE REALIZA EN COLABORACIÓN CON LA FAMILIA Y OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, CON EL FIN DE GARANTIZAR UN ACOMPAÑAMIENTO COHERENTE, SOSTENIDO Y EFICAZ EN SU PROCESO DE DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL.



28 de Abril del 2025 9:30am - CLAUDIA VANEGAS POVEDA:

EL PACIENTE INGRESA A TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL DE 30 MINUTOS DE DURACIÓN, CON UNA FRECUENCIA DETERMINADA SEGÚN SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS. DURANTE LAS SESIONES SE IMPLEMENTA UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INTEGRAL, CENTRADO EN EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS, TANTO VERBALES COMO NO VERBALES, CONSIDERANDO SU DIAGNÓSTICO DENTRO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA). EL ABORDAJE INCLUYE TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO, TRABAJO EN HABILIDADES PRAGMÁTICAS PARA MEJORAR LA INTENCIÓN COMUNICATIVA, EL CONTACTO VISUAL, LA TOMA DE TURNOS Y LA COMPRENSIÓN DE GESTOS Y EXPRESIONES. ASIMISMO, SE EMPLEAN APOYOS VISUALES, JUEGOS ESTRUCTURADOS Y RUTINAS PREDECIBLES PARA FACILITAR LA COMPRENSIÓN Y ANTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, PROMOVIENDO UN ENTORNO SEGURO Y MOTIVADOR. LAS ESTRATEGIAS SE ADAPTAN CONSTANTEMENTE AL RITMO DEL MENOR, RESPETANDO SUS TIEMPOS, INTERESES Y FORMAS DE INTERACCIÓN, FOMENTANDO LA GENERALIZACIÓN DE LOS APRENDIZAJES EN CONTEXTOS NATURALES. EL TRABAJO SE REALIZA EN COLABORACIÓN CON LA FAMILIA Y OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, CON EL FIN DE GARANTIZAR UN ACOMPAÑAMIENTO COHERENTE, SOSTENIDO Y EFICAZ EN SU PROCESO DE DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL. SE REALIZA CIERRE MES DE ABRIL SE CONTINUA TRATAMIENTO EN MAYO DE 2025

2

COMPROBANTE DE RECIBIDO USUARIO
RESOLUCIÓN 3047/2008
ANEXO TÉCNICO 5 NRO 8.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual.

La firma de este documento asimila y comprueba la atención prestada en la facturación electrónica.

FECHA:	Abril 26 / 2025
PACIENTE:	Ryan Jeronimo Lopez Hernandez
IDENTIFICACIÓN:	1107994354
ENTIDAD:	FAC

Fernanda Hernandez
1110466610

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIT 900 520.772-3
RECIBIDO USUARIO

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

CONFIRMO Y DOY RECIBIDO DE LA ATENCIÓN PRESTADA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3
CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 8370046

Fecha generación: 22/04/2025 11:10:18

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1239983 **FECHA SOLICITUD:** 4/22/25, 9:50 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1107989354
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 110018511382
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / OMAR DAVID SOSA ESPITIA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z002	EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA	Impresión Diagnóstica
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 8a. No. 10-10
DEPARTAMENTO: CALDAS

CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
TELÉFONO: 3125855546 - 8570686
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-04-1239983	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 22/04/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DR OMAR DAVID SOSA ESPITIA PEDIATRIA DISPENSARIO MEDICO FAC quien solicita TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL 10 SESIONES, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 10 SESIONES, TERAPIA FÍSICA INTEGRAL 10 SESIONES, paciente de 07 años de edad se solicita autorizar en RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA CLINICA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/04/2026

AUTORIZADA POR:

MONICA NATALIA TIBAZOZA CUERVO
1032414464

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 22/04/2026

Fernanda Hernandez
CC 1110466.610.

ARMONY NIT. 900 520.772-3
VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

Fecha y hora de generación: 17/12/2024 09:50:40

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-12-665743 **FECHA Y HORA DE** 12/13/24, 12:09 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
TIPO DE RC
DIRECCIÓN Via CASA 66 Via CASA FISCAL 66 CACOM-1
CORREO rianlo9@hotmail.com
MUNICIPIO PUERTO SALGAR
REGIONAL: CENTRO
GRADO: ST2
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 04/04/2018
NÚMERO DE 1107989354
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

Escolar con crecimiento dentro de parámetros normales, inmunización PAI al día hasta los 5 años. Optometría 11-2024. Odontología Hace un año, se solicita control. Diagnóstico trastorno del espectro autista y posible TDAH neuropsicología 12-2023 trastorno del espectro autista, recibe terapia ocupacional, física y de lenguaje 2 veces/semana. RNM cerebral 07-2023 normal. Aminoácidos en plasma normal, se realiza trascripción de órdenes. Control en 2-3 meses pediatría DMEFA- Bogotá. Contrato No 013-00-MDN-CGFMDIGSAFAC-JEFSA-CACOM 1-ESM11782-2024

890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Pediatria - SSFM	1

OBSERVACIÓN

Control pediatría 1-2 meses. DMEFA- bogotá

890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Pediatria - SSFM	1

OBSERVACIÓN

Control pediatría DMEFA Bogotá

ARMONY
Clinica de Especialistas y Cirugia S.A.S.
NIT. 900520772-3

ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
	FECHA: 01/12/2020
GESTION DE CALIDAD / AMBULATORIO	PAGINA: 1 DE 1
FISICA / RESPIRATORIA / OCUPACIONAL / FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.VP.
FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS	

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	26-04-25	Ryan Lopez	9:30	10:00	1107989354	mama	Fernanda Hernandez	1110466610
2	28-04-25	Ryan Lopez	9:30	10:00	1107989354	Mamá	Fernanda Hernandez	1110466610
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su contenido.
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO , el cual se encuentra publicado en la institucion en el area de REHABILITACION.
por tanto doy mi consentimiento y autorizacion. Ademas certifico que toda mi atencion fue prestada con todos los protocolos y elementos de proteccion personal que se requiere para esta atencion.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Fernanda Hernandez
IDENTIFICACION 1110466610
CELULAR: 3184591312

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

Nº NCE - 2936

Fecha de emisión
28/05/2025 9:50 a.m.

Tipo	Identificación	Dv	Nombre	27,000.00
NIT	901542613	9	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD	

Concepto de la nota crédito electrónica : 4 - Ajuste de precio

Referencias del documento

Tipo de documento	Fecha	Nit receptor	Receptor
Factura Electrónica N° FELE - 77028	30/04/2025	901542613	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782

Cant	Descripción	Vr unitario	Vr total
3	TERAPIA FISICA INTEGRAL	9.000,00	27.000,00

Observaciones y/o notas adicionales: cociliacion glosas aceptada $27.000

Sub Total	27.000,00
Descuento	0,00
I.V.A	0,00
Vr. Total	27.000,00

Revisado	Recibido
	Firma _____ Cédula

Creado por: CLAUDIA VANEGAS POVEDA - May 28 2025 9:50AM

CUDE: aed5b9fa10b260d1c85bfb865897f689eae784921f0b51171663fded398090d34541b4d3b73debc6fb2b03f62dfe9644

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

Nº NCE - 2937

Fecha de emisión
28/05/2025 9:53 a.m.

Tipo	Identificación	Dv	Nombre	30,000.00
NIT	901542613	9	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD	

Concepto de la nota crédito electrónica : 4 - Ajuste de precio

Referencias del documento

Tipo de documento	Fecha	Nit receptor	Receptor
Factura Electrónica N° FELE - 77036	30/04/2025	901542613	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782

Cant	Descripción	Vr unitario	Vr total
2	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	15.000,00	30.000,00

Observaciones y/o notas adicionales: CONCILIACION REALIZADA GLOSA ACEPTADA $30.000

Sub Total	30.000,00
Descuento	0,00
I.V.A	0,00
Vr. Total	30.000,00

Revisado	Recibido
	Firma _____
	Cédula

Creado por: CLAUDIA VANEGAS POVEDA - May 28 2025 9:53AM

CUDE: 2c52dd65e09713f9ff15554e67f98f810d7cda9e6d1de441b1ee3f586228e24fbd991d9338b92dee6d198167f3645ced

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GH-JEFSA-FR-052
	FORMATO CONCEPTO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS- CONCEPTO INICIAL	Versión N°:	05
		Vigencia:	10-12-2024

CONCEPTO DE AUDITORIA	1
IPS y/o RECLAMANTE	CLINICA ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S ARMONY
FECHA DE PRESTACION	ABRIL 2025.
FECHA DE RECEPCION FACTURA y/o SOLICITUD	20/05/2025

FECHA	22/05/2025
NIT	900520772-3

FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR A PAGAR	CODIGO GLOSA	DESCRIPCION GLOSA	OBSERVACIONES PRIMERA REVISION
FELE77027	30 de abril de 2025	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	1201473277	$ 27.000	$ 0	$ 27.000	N/A	#N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE77028	30 de abril de 2025	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	1107989354	$ 81.000	$ 54.000	$ 27.000	623	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.	GLOSA PARCIAL: SE OBJETA 02 TERAPIAS FISICAS POR VALOR $ 54000 YA QUE LOS REGISTROS ADJUNTOS DEL 28 Y 29 DE ABRIL SON IGUALES, SOLO ES MODIFICADA LA FECHA, INDICANDO QUE LAS 3 TERAPIAS CONSECUTIVAS SE REALIZA LA MISMA DINAMICA CON EL USUARIO.
FELE77034	30 de abril de 2025	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	1201473277	$ 30.000	$ 0	$ 30.000	N/A	#N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE77035	30 de abril de 2025	JUAN JOSE DIAZ ORTIZ	1058200821	$ 30.000	$ 0	$ 30.000	N/A	#N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE77036	30 de abril de 2025	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	1107989354	$ 60.000	$ 60.000	$ 0	623	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.	GLOSA TOTAL: SE OBJETA 02 TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA PORQUE EL REGISTRO DEL 26 Y 28 ABRIL SON IGUALES, SOLO SE MODIFICA LA FECHA.
				$ 228.000	$ 114.000	$ 114.000			

TOTAL FACTURA	$ 228.000
VALOR GLOSA	$ 114.000
VALOR A PAGAR	$ 114.000

CENTRO DE COSTOS	DESCRIPCION	VALOR POR SERVICIOS
SF622CSR02	CSR Urgencias	
SF622CSR03	CSR Consulta externa	
SF622CSR04	CSR Consulta especializada	
SF622CSR05	CSR Salud Oral	
SF622CSR06	CSR Quirófanos	
SF622CSR07	CSR Promoción y prevención	
SF622CSR09	CSR Hospitalización	
SF622CSR10	CSR Salas de parto	
SF622CSR11	CSR Laboratorio Clínico	
SF622CSR12	CSR Imagenología	
SF622CSR13	CSR Rehabilitación y terapias	$ 114.000
SF622CSR14	CSR Farmacia ambulatoria	
SF622CSR15	CSR Transporte asistencial	
SF622CSR16	CSR Apoyo terapéutico - Unidad renal	
SF622CSR17	CSR Apoyo terapéutico - Terapias oncológ	
SF622CSR18	CSR Otras Act Extram Aten domicil-Alojam	
SF622CSR19	CSR Otros servicios Trasplantes-VIH	
	VALOR TOTAL ATENCIÓN	$ 114.000



MELISSA COSTANZA CASTRO BAQUERO
AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD
JEFSA FAC

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GH-JEFSA-FR-083
	FORMATO CONCEPTO CONCILIACIÓN GLOSAS AUDITORÍA	Versión N°:	06
		Vigencia:	10-12-2024

ACTA DE CONCILIACION No	1
IPS y/o RECLAMANTE	CLINICA ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S ARMONY
FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO	ABRIL 2025.
FECHA DE RECEPCIÓN FACTURA Y/O SOLICITUD REEMBOLSO	20-may-2025

FECHA GENERACION CONCEPTO AUDITORIA	27/05/2025
NIT IPS y/o RECLAMANTE	900520772-3

FACTURA	FECHA DE FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR APROBADO PRIMERA REVISION	VALOR GLOSA ACEPTADA POR IPS	VALOR GLOSA ACEPTADA POR LA JEFSA O ESM FAC	VALOR GLOSA REITERADA	VALOR A PAGAR	CODIGO GLOSA	DESCRIPCION GLOSA	OBSERVACIONES PRIMERA REVISION	CONCILIACION
FELE77028	30 de abril de 2025	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	1107989354	$ 81.000	$ 54.000	$ 27.000	$ 27.000	$ 27.000	$ 0	$ 54.000	623	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.	GLOSA PARCIAL: SE OBJETA 02 TERAPIAS FISICAS POR VALOR $ 54000 YA QUE LOS REGISTROS ADJUNTOS DEL 28 Y 29 DE ABRIL SON IGUALES, SOLO ES MODIFICADA LA FECHA, INDICANDO QUE LAS 3 TERAPIAS CONSECUTIVAS SE REALIZA LA MISMA DINAMICA CON EL USUARIO.	EN CONCILIACION IPS ACEPTA GLOSA POR VALOR $27000 YA QUE NO SOPORTA REGISTRO DIFERENTE DEL DIA 28 DE ABRIL. IPS SUBANA GLOSA PARCIAL POR VALOR $ 27000 POR 01 TERAPIA FISICA.
FELE77036	30 de abril de 2025	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	1107989354	$ 60.000	$ 60.000	$ 0	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 30.000	623	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.	GLOSA TOTAL: SE OBJETA 02 TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA PORQUE EL REGISTRO DEL 26 Y 28 ABRIL SON IGUALES, SOLO SE MODIFICA LA FECHA.	EN CONCILIACION IPS ACEPTA GLOSA POR VALOR $30000 YA QUE NO SOPORTA REGISTRO DIFERENTE DEL DIA 26 DE ABRIL. IPS SUBANA GLOSA PARCIAL POR VALOR $ 30000 DEL DIA 28 ABRIL POR 01 TERAPIA FONOAUDIOLOGIA
TOTAL				**$ 141.000**	**$ 114.000**	**$ 27.000**	**$ 57.000**	**$ 57.000**	**$ 0**	**$ 84.000**				

VALOR TOTAL FACTURAS	$ 141.000
VALOR GLOSA INICIAL	$ 114.000
VALOR APROBADO A PAGO PRIMERA REVISION	$ 27.000
VALOR GLOSA ACEPTADO POR IPS	$ 57.000
VALOR ACEPTADO POR LA JEFSA	$ 57.000
VALOR A PAGAR	**$ 84.000**

CENTRO DE COSTOS	DESCRIPCION	VALOR POR SERVICIOS
SF622CSR02	CSR Urgencias	
SF622CSR03	CSR Consulta externa	
SF622CSR04	CSR Consulta especializada	
SF622CSR05	CSR Salud Oral	
SF622CSR06	CSR Quirófanos	
SF622CSR07	CSR Promoción y prevención	
SF622CSR09	CSR Hospitalización	
SF622CSR10	CSR Salas de parto	
SF622CSR11	CSR Laboratorio Clínico	
SF622CSR12	CSR Imagenología	
SF622CSR13	CSR Rehabilitación y terapias	$ 84.000
SF622CSR14	CSR Farmacia ambulatoria	
SF622CSR15	CSR Transporte asistencial	
SF622CSR16	CSR Apoyo terapéutico - Unidad renal	
SF622CSR17	CSR Apoyo terapéutico - Terapias oncológ	
SF622CSR18	CSR Otras Act Extram Aten domicil-Alojam	
SF622CSR19	CSR Otros servicios Trasplantes-VIH	
VALOR TOTAL ATENCIÓN		$ 84.000

FIRMA AUDITOR/ TÉCNICO EN AUDITORIA CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD
JEFSA O ESM FAC
NOMBRE: MELISSA CASTRO BAQUERO
CARGO: AUDITOR EN SALUD
CORREO: melissac1145@hotmail.com

FIRMA CON QUIEN SE CONCILIÓ EN LA IPS
NOMBRE: CLAUDIA VANEGAS POVEDA
CARGO: COORDINADORA ADMINISTRATIVA
CORREO: clinicaarmony@gmail.com

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 3500493009

CONTRATO: 3700121067

PROVEEDOR DE SERVICIOS	ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGI	**FECHA RECIBO DEL SERVICIO**	04.06.2025
CONTRATO No.	SF6820250600		
UNIDAD RECEPTORA	SF68 ESM-CACOM1		
CONCEPTO			
Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 3500493009, contrato interno 3700121067 de fecha 09.06.2025 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	3500493009	00010	1002249494	TERAPIAS INTEGRALES 2025				171.000,00
						VALOR TOTAL SERVICIOS	COP	171.000,00

OBSERVACIONES

FIRMAS

T3. BELTRAN UBATE KELLIN
ESCON ESM CACOM 1

ST. BONET CABARCAS YERLIS
SUPERVISOR PRINCIPAL

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHdmurrea	Diana Milena Urrea Canon
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1
Fecha y Hora Sistema:	3/06/2025 12:00:00 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	6525	**Fecha Registro:**	2025-06-03	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	1625	**Nro. Cdp:**	925	
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Antes del Iva:	171.000,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	171.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00	
TERCERO								
Identificación:	900520772	**Razón Social:**	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	NCE 2936-NCE 2937	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2025-06-03

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
11	CUENTA DE COBRO
17	FACTURA

Objeto.:	PRIMER PAGO PARCIAL CONTRATO No 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

URREA CAÑON DIANA MILENA

Firmado digitalmente por URREA CAÑON DIANA MILENA
Fecha: 2025.06.03 15:16:40 -05'00'

T2 URREA CAÑON DIANA MILENA

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal
Comprobante

Usuario Solicitante:	MHgialvare	Gloria Isabel Alvarez Mejia
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE
Fecha y Hora Sistema:	2025-01-09-3:57 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	925	**Fecha Registro:**	2025-01-07	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	30.000.000,00	**Saldo x Comprometer:**	30.000.000,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				**AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**					
Número:	625	**Fecha Registro:**	2025-01-06	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00	0,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO DE TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS.

CT. RUTH OMAIRA MORENO NOVA
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO
C.C. 1014185858

Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

Usuario Solicitante:	MHcccarmon	CRISTIAN CAMILO CARMONA VELASQUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1
Fecha y Hora Sistema:	2025-01-06-4:40 p. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	625	**Fecha Registro:**	2025-01-06	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1		
Estado.:	Generado	**Valor Inicial:**	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00	**Valor Actual:**	30.000.000,00

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
15-01-11-103 ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES				
		Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00

Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO DE TERAPEUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NINOS, NINAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS.

Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-185
	FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES	Versión:	15
		Vigencia:	3/12/2024

Ordenador del gasto	ESM CACOM 1
Código objeto contractual	ESM 010

Descripción Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO DE TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA.

Vigencia:	2025
Fecha:	6-ene-25
Versión	1

Código Recurso	Código desagregado	Uso presupuestal	Descripción Uso presupuestal	Descripción	Código UNSPSC	Modalidad contratación	Unidad medida	Cantidad	Valor unitario	Suma de Valor total línea
R-16	A-02-02-02-009-003	02-02-02-009-003-01	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIAS INTEGRALES	85122109	Minima cuantia	GLOBAL	1	$ 30.000.000,00	$ 30.000.000,00
R-16	**Total - 02-02-02-009-003**									**30.000.000,00**
Total general										**$ 30.000.000,00**

No. Versión	Valor	Observaciones
Versión 1	$ 30.000.000,00	CPA PARA INICIO DE PROCESO
Versión 2		
Versión 3		
Versión 4		
Versión 5		
Valor ajustado CPA	**$ 30.000.000,00**	

Elaboró

ST. CARMONA VELASQUEZ CRISTIAN CAMILO
Comandante escuadrilla recursos fisicos ESM CACOM-1

Vo.Bo.

CT. PENAGOS PIZZA JOHANA PAOLA
Jefe Establecimiento de Sanidad Militar CACOM 1 (E)

Aprobó

CR. ZAQUE ALFONSO DANIEL RICARDO
Ordenador del Gasto CACOM 1

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-199
		Versión N°:	6
	SOLICITUD Y/O MODIFICACIONES CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL O REGISTRO PRESUPUESTAL	Vigencia:	28/11/2024

SUBUNIDAD	CACOM 1
FECHA:	6-ene-25

DEPENDENCIA ORDENADORA DEL GASTO	SELECCIONE

VIGENCIA ACTUAL	X
VIGENCIA FUTURA	
N° SOLICITUD CDP	625
No. CDP	
No. CRP	
No. PROCESO	

TRANSACCIÓN	MARQUE CON UNA X		VALOR
	CDP	CRP	
CREACIÓN	X		30.000.000,00
ADICIÓN			
REDUCCIÓN			
ANULACIÓN			
CUENTA BANCARIA			
TERCERO			
MEDIO DE PAGO			
LÍNEA DE PAGO			

VALOR TOTAL	30.000.000,00

OTRAS MONEDAS	SELECCIONE
TRM	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

RUBRO PRESUPUESTAL (A NIVEL SUBORDINAL)	REC	NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR DE OPERACIÓN	VALOR TOTAL
A-02-02-02-009-003	16	SERVICIOS DE SALUD HUMANA		30.000.000,00
		TOTAL	$ -	$ 30.000.000,00

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

RECURSO	MES	VALOR
	TOTAL	

TERCERO ORIGINAL

RAZÓN SOCIAL		No. IDENTIFICACIÓN	

INFORMACIÓN BANCARIA (TERCERO BENEFICIARIO)

TITULAR DE LA CUENTA					No. IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR		
ENTIDAD BANCARIA					NÚMERO DE CUENTA		
CUENTA ACTIVA EN SIIF	SI		NO		TIPO DE CUENTA	SELECCIONE	

CERTIFICACIÓN:

LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL SE ENCUENTRAN DIGITALIZADOS Y FIRMADOS EN EL SECOP II, DISPONIBLES PARA SU VERIFICACIÓN Y CONSULTA, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1150 DE 2007, LEY 1712 DE 2014, DECRETO 4170 DE 2011, DECRETO 1082 DE 2015 Y DECRETO 1083 DE 2015.

OBSERVACIONES

SE SOLICITA CREACION DE CDP "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO DE TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA."

FIRMA		FIRMA	
POSTFIRMA	CR. ZAQUE ALFONSO DANIEL RICARDO	POSTFIRMA	CT. PENAGOS PIZZA JOHANA PAOLA
CARGO	ORDENADOR DEL GASTO	CARGO	JEFE ESM CACOM-1 (E)

ST. VASQUEZ MOLINA LUISA FERNANDA
Comandante Escuadrilla de Contratos ESM11782

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmmahecha	Monica Adriana Mahecha Beltran
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE
Fecha y Hora Sistema:	2025-03-14-2:31 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 925 de fecha 2025-01-07. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	1625	**Fecha Registro:**	2025-03-14	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	30.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900520772	**Razón Social:**	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	39289834854	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94528234	**Nombre:**	DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO	**Cargo:**	SEGUNDO COMANDANTE CACOM-1 -

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	06MDNCGFMDIGSAFACJEFSACACOM1ES	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-03-14

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF		30.000.000,00	0,00		
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE	4-2	ANS - GASTOS GENERALES	2025-12-29	30.000.000,00	30.000.000,00	NINGUNO



CT.RUTH OMAIRA MORENO NOVA

JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO

C.C.1014185858

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

Entre los suscritos: El Señor Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO, identificado con CC No 94.528 234 expedida en Cali, mayor de edad, domiciliado en Puerto Salgar Cundinamarca Comando Aéreo de Combate No. 1, quien actúa en calidad de Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del Comando Aéreo de Combate No. 1, facultado mediante Resolución Ministerial No. 4223 del 23 de junio de 2022, cargo para el cual fue nombrado según Resolución Ministerial No. 4983 del 13 de diciembre de 2023 y adelantar procesos de contratación en cuantía de 0 a 1.000 SMMLV, y por las demás que la modifiquen adicionen o complementen, actuando en nombre y representación del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9, por una parte; y por la otra, el Señor RODRIGO ORTIZ MONSALVE, C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas, quien actúa en representación legal de **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3**, domicilio principal cl 8 nro.10-10 condominio villa del palmar, teléfonos 3113483628 / 3226226532 / 3226239010, correo electrónico clinicaarmony@gmail.com**,** quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato, para ejecutar el objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA , teniendo en cuenta las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA - Actividades específicas del Contrato

Conforme al documento ACEPTACIÓN ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y OBLIGACIONES CONTRACTUALES dispuesto en el secop II.

CLAUSULA SEGUNDA - Valor del contrato y apropiación presupuestal

2.1 Valor del Contrato:
TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 30´000.000,00) para ser ejecutados en modalidad bolsa de servicios, cada servicio será cuantificado conforme a los precios unitarios presentados en su oferta, (DOCUMENTO DISPUESTO EN EL CONTRATO ELECTRONICO)

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

2.2 Apropiación presupuestal: El presente contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago del valor a la apropiación presupuestal

CDP No. 925 del 07- -enero-2025		
Imputación presupuestal Rubro	**Concepto**	**Valor comprometido**
02-02-02-009-003-01-16	SERVICIOS DE SALUD HUMANA-PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIAS INTEGRALES	$ 30´000.000,00
	TOTAL	**$ 30´000.000,00**

CLAUSULA TERCERA - Lugar –Plazo de ejecución y Forma de pago

3.1 Lugar de ejecución

En las INSTALACIONES DEL CONTRATISTA, el cual debe estar ubicado en los municipios de Puerto Salgar - Cundinamarca o en La Dorada - Caldas, cumpliendo las normas de habilitación vigentes y para las terapias extramurales deben ser realizadas en el domicilio del usuario/paciente

3.2. Plazo de ejecución

Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 23 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar el presupuesto, lo que primero ocurra

3.2 Forma de pago:

La entidad pagará al contratista el valor del contrato, según los siguientes cortes

No	Fecha de corte	MES PAC	VALOR
1	31 DE MARZO DE 2025	MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
2	30 DE ABRIL DE 2025	JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
3	31 DE MAYO DE 2025	JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
4	30 DE JUNIO DE 2025	AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
5	31 DE JULIO DE 2025	SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
6	31 DE AGOSTO DE 2025	OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN

7	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025	NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
8	31 DE OCTUBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
9	30 DE NOVIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN
10	23 DE DICIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO

Nota 1: para todos los efectos, la moneda del contrato será el peso colombiano.
Nota 2: Para la realización de los pagos por parte de MDN–CGFM –DIGSA– FAC-JEFSA – CACOM-1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9, se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, (SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar), cuando a ello haya lugar, dentro de los últimos seis (06) meses.
Cuando de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, las personas jurídicas o las personas naturales empleadoras se encuentren exentas de realizar los aportes al SENA e ICBF deberán presentar certificación en donde se manifieste dicha situación la cual se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento. **Parágrafo Primero: DERECHOS E IMPUESTOS**: La ejecución del presente contrato se realizará de conformidad con lo previsto en las normas tributarias aplicables en la República de Colombia. Todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidas ó que se establezcan y que se causen por la celebración, perfeccionamiento, ejecución, cumplimiento ó liquidación del presente contrato, estarán a cargo de EL CONTRATISTA. **Parágrafo Segundo:** La forma de pago establecida no será obstáculo para que una vez cumplida la entrega a satisfacción, MDN–CGFM –DIGSA– FAC-JEFSA – CACOM-1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9, pueda efectuar el pago con anterioridad, si llegare a existir disponibilidad de recursos en el PAC y así lo acepta EL CONTRATISTA. El desembolso se efectuará, previo el cumplimiento de los trámites administrativos, sin necesidad de modificar el presente contrato y mediante decisión unilateral de MDN–CGFM –DIGSA– FAC-JEFSA – CACOM-1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9. En todo caso, el pago del valor del contrato se subordina a las apropiaciones y disponibilidades presupuestales de la vigencia fiscal 2025. **Parágrafo Tercero**: **REGISTRO FACTURA ELECTRÓNICA**: De conformidad con la Directiva Presidencial 9 de 2020, a partir del 1º de abril de 2021 todos los proveedores obligados a facturar electrónicamente deberán registrar el siguiente correo siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co como receptor único de las facturas emitidas a nombre de éstas, con el fin de que las envíen automáticamente, junto con el contenedor electrónico -Documento Zip (PDF, XML), para efectuar la correspondiente validación ante la DIAN. Este proceso aplica para todas las entidades ejecutoras del presupuesto general de la nación que registren compromisos presupuestales a favor de Proveedores o Contratistas (Emisor) que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico, en consecuencia, deben entregar para el trámite del pago factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de

Hacienda y Crédito Público.

CLAUSULA CUARTA - Antisoborno y anticorrupción

EL CONTRATISTA deberá dar cabal cumplimiento a los compromisos de anticorrupción y antisoborno, apoyando la acción del Estado Colombiano y del Ministerio de Defensa Nacional para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas. Dentro de este marco, EL CONTRATISTA se compromete a impartir instrucciones a todos sus empleados y agentes, así como cualquier representante suyo, exigiéndole el cumplimiento en todo momento de las leyes de Republica de Colombia y especialmente de aquellas que rigen la presente contratación, y les impondrá la obligación de no ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago corrupto, a los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional.

CLAUSULA QUINTA - Coberturas de riesgos -Garantías

EL CONTRATISTA debe constituir una garantía de cobertura de los amparos, por los valores y vigencias indicadas en el contrato electrónico dispuesto en la plataforma SECOP II, sin embargo, a continuación, se estipulan los términos de expedición:

Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal

Clase de amparo	%	Valor Asegurado	Vigencia	
			Desde	Hasta
Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal	20	$ 6’000.000,00	14-marzo-2025	30-abril-2026
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	5	$ 1´500.000,00	14-marzo-2025	23-dic-2028

Para la expedición de la póliza se deben tener presentes los siguientes datos:
TOMADOR: ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3
ASEGURADO: MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9
DIRECCIÓN: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN – BOGOTA (Puerto Salgar- Cundinamarca)

Parágrafo primero: En la carátula de la póliza deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato y el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de EXCUSIÓN.
Parágrafo segundo: En todo caso EL CONTRATISTA deberá reponer la garantía cuando el valor de la misma se vea afectada por razón de siniestros, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto o sentencia que así lo declare. Tratándose de pólizas no expirará por falta de pago de la prima o revocatoria unilateral.
Parágrafo tercero: Asimismo la póliza única de cumplimiento debe contener las condiciones generales descritas en el Artículo 2.2.1.2.3.1.7., del Decreto 1082 de 2015.

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

CLAUSULA SEXTA - Declaraciones del contratista

El Contratista hace las siguientes declaraciones:

6.1 Conoce y acepta los Documentos del Proceso
Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió de MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
6.2 Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato.
6.3 El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.
6.5 Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales, cuando a ello hubiere lugar.
6.6 El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto.
6.7 El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.
6.8 El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la **Resolución 1677 de 2008** del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.

CLAUSULA SEPTIMA - Obligaciones particulares del Contratista

Las siguientes son las obligaciones del contratista derivado del presente contrato:
7.1. Desarrollar y cumplir el objeto del contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en el mismo.
7.2. Actuar siempre sobre la base de los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia, en beneficio de la Fuerza Aeroespacial Colombiana- COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1.
7.3. Mantener la reserva y la confidencialidad sobre la información que conozca con ocasión de la ejecución del contrato. Está obligación estará vigente por el término del contrato y dos (2) años más, cualquiera que sea la causa de terminación
7.4. Cargar en el SECOP II las facturas generadas en la ejecución del contrato de acuerdo en los especificado en la Guía Gestión Contractual – Proveedores de CCE.

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

CLAUSULA OCTAVA - Obligaciones Generales de la Entidad Estatal contratante

Las siguientes son las obligaciones del MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, derivadas del presente contrato:

8.1. Entregar al contratista la información que requiera para la ejecución del contrato
8.2. Permitir al contratista la ejecución del objeto contractual y aportar lo necesario para ello
8.3. Dar las aprobaciones requeridas para el trámite de los pagos
8.4. Pagar las cuentas de cobro y/o facturas presentadas por el contratista dentro del plazo pactado
8.5. Ejercer el respectivo control con el cumplimiento del objeto del contrato y expedir el acta de recibo a satisfacción

CLAUSULA NOVENA – Responsabilidad

9.1. El Contratista es responsable por el cumplimiento del objeto contractual.
9.2. El Contratista será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, en la ejecución del objeto del presente Contrato.

CLAUSULA DECIMA - Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato

El MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, de acuerdo con los artículos **15 a 17 de la Ley 80 de 1993**, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA - Caducidad

El MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato, de acuerdo con los artículos **15 a 17 de la Ley 80 de 1993**, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente contrato. Estará facultada a declarar la caducidad cuando exista un incumplimiento del contrato por parte del Contratista en la forma y de acuerdo con el procedimiento previsto por la ley.

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA – Multas

En caso de mora o de incumplimiento parcial ó total de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, autoriza expresamente, mediante el presente documento al MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, previo cumplimiento del procedimiento establecido en el artículo **86 de la ley 1474 de 2011,** para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias sucesivas del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del total del contrato, por cada día de retardo hasta por 15 días calendario y hasta un máximo del veinte por ciento (20%) del valor del contrato, las cuales serán tasadas por el supervisor del contrato.

El valor de la multa será descontado del saldo que, por cualquier concepto adeude el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, al CONTRATISTA, quien, con la firma del contrato lo autoriza para proceder en consecuencia.

Si esto no fuere posible, se hará efectiva la garantía única, en el amparo de cumplimiento. De igual manera se aplicará una multa equivalente al 1% del valor total del contrato por cada día en que tarde el contratista para la suscripción del acta de inicio, respecto del plazo inicial estimado para dicho trámite.

Parágrafo Primero: Para la imposición de las multas no será necesario que el contratista incumpla la totalidad de las obligaciones, sino que bastará con el incumplimiento de alguna de ellas, o el retardo en la programación u ejecución de alguna de las actividades propias del contrato. Una vez impuesta la multa, el departamento de compras públicas, informará con oficio al departamento financiero de la entidad, para que *proceda a* efectuar el descuento de la multa en el pago que deba realizarse al contratista. Igualmente, el departamento de compras públicas mediante oficio informará a la cámara de comercio sobre la imposición de la multa respectiva de acuerdo a lo estipulado en el numeral **6.2 del Artículo 6 de la Ley 1150 de 2007**

CLAUSULA DECIMA TERCERA - Cláusula Penal

En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente Contrato, EL CONTRATISTA debe pagar al MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, a título de indemnización, una suma equivalente al VEINTE POR CIENTO (20%) del valor del contrato.

El valor pactado de la presente cláusula penal es el de la estimación anticipada de perjuicios, no obstante, la presente cláusula no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor. Este valor puede ser compensado con los montos que el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, con ocasión de la ejecución del presente contrato, de conformidad con las normas que rigen la materia.

Parágrafo primero: El valor de las multas y de la penal pecuniaria a que se refieren las cláusulas precedentes, ingresará al tesoro y podrá ser tomado de las sumas resultantes a favor de EL CONTRATISTA, si las hubiere. Para ello de manera previa, EL CONTRATISTA autoriza esta deducción con la suscripción del presente contrato. De no ser posible, se hará efectivo por la jurisdicción coactiva.

CLAUSULA DECIMA CUARTA - Independencia del Contratista

El Contratista es independiente del MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, y en consecuencia, el Contratista no es su representante, agente o mandatario. El Contratista no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.

CLAUSULA DECIMA QUINTA - Cesión

El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito del MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR.
Es posible ceder el contrato estatal en los siguientes casos:

a. Por inhabilidad sobreviniente
b. Por inhabilidad o incompatibilidad de uno de los integrantes del Consorcio o de la Unión Temporal
c. Por motivos de conveniencia, para satisfacción de los intereses de las partes o para la oportuna, eficaz y completa ejecución del objeto, en concordancia con los principios de economía, celeridad y eficacia de la labor administrativa contractual, las partes acuerden cederlo.

No es posible ceder el contrato cuando se trate de ejecuciones personalísimas y directas del negocio jurídico por ejemplo obras de arte. Así mismo no se podrá ceder los contratos de ejecución instantánea cuyo objeto sustancialmente se haya ejecutado.

El objeto de la cesión es la posición contractual de los sujetos, por ello solo se trasmite la calidad de contratista a un tercero que asume las obligaciones y derechos, sin que haya cambio del contenido del contrato y debe fijarse la cesión en el contrato.

ANEXO A L CLAUSULADO ADICIONAL A LA ACEPTACION DE OFERTA No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, CELEBRADO ENTRE MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9 y ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3

Las relaciones entre el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR y cedente cesan o terminan. Hay sustitución del cedente por el cesionario, quien adquiere todos los derechos y obligaciones, incluso sobre hechos sucedidos antes de la cesión, puesto que hay un traslado total de la condición de contratista. Sin embargo, el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, por escrito puede reservarse el derecho de exigir al cedente el cumplimiento de obligaciones. Y entre cedente y cesionario es posible pactar condiciones de responsabilidad frente a la administración.

El MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, expedirá el respectivo documento de aceptación y notificación de la cesión de contrato, suscrito por el Ordenador del Gasto. Si no se autoriza la cesión de contrato, deberá continuarse con la ejecución normal del contrato.

Requisitos para la cesión del contrato o de derechos económicos:

a. Tanto la cesión de derechos económicos como la del contrato, debe estar prevista en el contrato.
b. EL CONTRATISTA debe presentar la solicitud de aceptación de la cesión indicando los motivos de la misma (bien sea del contrato, como de los derechos económicos), acompañándola de los siguientes documentos:
    1) el contrato de cesión de contrato o de derechos económicos, debidamente firmado por cedente y cesionario. Para el caso de Cesión de Derechos Económicos con indicación expresa de los valores correspondientes a la cesión, especificando si la cesión obedece al contrato principal y/o adicional y aceptación por parte del cesionario de los descuentos de ley que apliquen.
    2) El Acta de Junta de Socios o documento consorcial (si aplica), en donde se autorice al Representante para efectuar la cesión
    3) El Certificado de existencia y representación legal del cedente y del cesionario (para personas jurídicas) o certificado de inscripción como persona natural, expedido por la respectiva Cámara de Comercio
    4) Certificación bancaria con indicación expresa del número de cuenta y beneficiario en donde se deben consignar los valores de la cesión
c. El CONTRATISTA debe haber cumplido a satisfacción la contraprestación a que esté obligado o debe estar al día con la ejecución.
d. Publicación del contrato modificatorio de la cesión de contrato en el SECOP II (No aplica para la cesión de derechos económicos)
e. Modificación de todas las garantías cuando se trate de cesión de contrato.
f. Acreditación por parte del cesionario del cumplimiento del pago al sistema general de seguridad social integral y parafiscales, cuando se trate de cesión de contrato.
g. Acreditación por parte del cedente del cumplimiento del pago al sistema general de seguridad social integral y parafiscales, cuando se trate de cesión de derechos económicos.

El MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, expedirá el respectivo documento de aceptación y notificación de la cesión de derechos económicos, suscrito por el Ordenador del Gasto. Si no se autoriza la cesión de derechos económico, deberá surtirse el trámite normal de pago al CONTRATISTA.

Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control, el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente al MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, de la misma y solicitar su consentimiento.

Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato electrónico. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, la Entidad Estatal contratante puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control.

CLAUSULA DECIMA SEXTA - Indemnidad

El Contratista se obliga a mantener indemne al MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, de cualquier reclamo, demanda, acción legal, costos, daño, lesión o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones, así como por cualquier obligación de carácter laboral, que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.

En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal en contra del MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, por asuntos, que según el contrato sea de responsabilidad del CONTRATISTA, se le comunicará en el menor tiempo posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA - Caso Fortuito y Fuerza Mayor

Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del contrato, cuando la demora sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor o caso fortuito debidamente invocados y constatados de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana, salvo que el evento de fuerza mayor o caso fortuito haya ocurrido estando en mora la parte que invoca el evento de caso fortuito o la fuerza mayor. La ocurrencia del evento de fuerza mayor o caso fortuito debe ser comunicado el día de la ocurrencia del evento o a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de ocurrencia del mismo.
Si dentro del día hábil siguiente a la ocurrencia del evento de fuerza mayor o caso fortuito, el cual ha sido aceptado por la parte a quien le fue invocado, no se han superado sus efectos las partes convendrán un plazo de suspensión del término del contrato mientras se supera la situación.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA - Solución de Controversias

Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y el MDN–COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FAC-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR, con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el mismo, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra parte la existencia de una diferencia y la explique someramente.

En caso de existir acuerdo, se levantará un acta donde conste lo acordado y será de obligatorio cumplimiento. Dicho acuerdo presta mérito ejecutivo y en consecuencia, cualquiera de las Partes puede exigir su cumplimiento en un proceso ejecutivo.

Si subsiste el conflicto el mecanismo para solucionarlo será escogido dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Para dicha escogencia se tendrán en cuenta la Resolución de Delegación vigente, las características y condiciones especiales de cada conflicto, a fin de evitar dilaciones injustificadas que afecten la ejecución del contrato.

CLAUSULA DECIMA NOVENA - Requisitos de Perfeccionamiento y Ejecución

El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción en el SECOP II por las partes intervinientes y para su ejecución se requiere de la expedición del respectivo registro presupuestal, de la publicación en el SECOP II por parte del CONTRATISTA de los mecanismos de cobertura del riesgo, aprobación de los mismos por parte del MINISTERIO y la firma del acta de inicio con sus respectivos soportes.

CLAUSULA VIGESIMA - Notificaciones

Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deben hacer en desarrollo del presente contrato deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas solo si son realizadas por medio del SECOP II.

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA - Supervisión

La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del Contratante, estará a cargo de:

Supervisor del contrato	Grado y nombre	Dependencia
Principal	ST. BONET CABARCAS YERLIS	ESM
Suplente	ST. PORTILLO ROSERO JUAN CARLOS	

Quienes además de ejercer las funciones señaladas en el **artículo 4 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2011 los artículos 44, 83, 84, 86 y 118 de la Ley 1474 de 2011** (Anticorrupción) deben cumplir las funciones señaladas en la Resolución No. 001 del proceso contractual o la que la modifique o reemplace, así como las demás que surjan por la naturaleza del contrato.
El Supervisor deberá anexar al expediente contractual las actas, acuerdos, informes, y demás documentos que se produzcan durante la ejecución del contrato. **Parágrafo: LIMITACIONES DEL SUPERVISOR:** El supervisor no estará facultado, en ningún momento, para adoptar decisiones que impliquen la modificación de los términos y condiciones previstos en el contrato, las cuales únicamente podrán ser adoptadas por los representantes legales de las partes, mediante la suscripción de un modificatorio al contrato.

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA - Anexos del Contrato

Este documento hace parte integral del contrato electrónico del SECOP II, así como los demás documentos publicados en el SECOP II (Estudios Previos, Pliego de Condiciones, adendas, oferta del contratista).

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	05
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE INICIO SERVICIOS	FECHA 27/03/2025	HORA: 18:04
CONTRATO N°	No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	14/03/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA	
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 30´000.000,00) para ser ejecutados en modalidad bolsa de servicios, cada servicio será cuantificado conforme a los precios unitarios presentados en su oferta, (DOCUMENTO DISPUESTO EN EL CONTRATO ELECTRONICO)	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	En las INSTALACIONES DEL CONTRATISTA, el cual debe estar ubicado en los municipios de Puerto Salgar - Cundinamarca o en La Dorada - Caldas, cumpliendo las normas de habilitación vigentes y para las terapias extramurales deben ser realizadas en el domicilio del usuario/paciente	
CONTRATISTA	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3	
INTERVENTOR	NO APLICA	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	PRINCIPAL: ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA SUPLENTE: ST. PORTILLO ROSERO JUAN CARLOS	

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	05
		Vigencia:	12-12-2024

<table>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>La entidad pagará al contratista el valor del contrato, según los siguientes cortes:
<table>
<tr><th>No</th><th>Fecha de corte</th><th>MES PAC</th><th>VALOR</th></tr>
<tr><td>1</td><td>31 DE MARZO DE 2025</td><td>MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>2</td><td>30 DE ABRIL DE 2025</td><td>JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>3</td><td>31 DE MAYO DE 2025</td><td>JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>4</td><td>30 DE JUNIO DE 2025</td><td>AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>5</td><td>31 DE JULIO DE 2025</td><td>SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>6</td><td>31 DE AGOSTO DE 2025</td><td>OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>7</td><td>30 DE SEPTIEMBRE DE 2025</td><td>NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>8</td><td>31 DE OCTUBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>9</td><td>30 DE NOVIEMBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026</td><td>SEGÚN FACTURACIÓN</td></tr>
<tr><td>10</td><td>23 DE DICIEMBRE DE 2025</td><td>DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026</td><td>HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>PLAZO DE EJECUCIÓN</td><td>Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 23 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar el presupuesto, lo que primero ocurra.</td></tr>
<tr><td>GARANTIA CONTRACTUAL</td><td>ASEGURADORA: SEGUROS MUNDIAL
Póliza No: BY-100051090 Anexo 2
AMPAROS:
CUMPLIMIENTO desde el 14/03/2025 hasta el 30/04/2026 $ 6´000.000,00

PRESTACIONES SOCIALES desde el 14/03/2025 hasta el 23/12/2028
$ 1´500.000,00</td></tr>
<tr><td>PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL</td><td>N/A</td></tr>
</table>

El día 27/03/2025., en Puerto Salgar, Cundinamarca, se reunieron el Señor Rodrigo Ortiz Monsalve, C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas, en representación legal de **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3**, CONTRATISTA, y la señorita ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA, C.C No 1.093.788 expedida en Los Patios Norte de Santander, en calidad de Supervisor, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es prestación de servicios de salud, terapia integral intramural y/o extramural para el tratamiento terapéutico prescrito dentro del programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad del subsistema de salud de las fuerzas militares y usuarios en programas de rehabilitación, asignados al establecimiento de sanidad militar del comando aéreo de combate no.1, según ficha técnica, de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)		
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
DANIELA GALVIS BALLESTEROS	FISIOTERAPEUTA	1053844001
CAROLINA GALEANO HERNANDEZ	FISIOTERAPEUTA	38286827
YUDY ANDREA LEON BETANCURT	TERAPEUTA RESPIRATORIA	24714042
ESTELLA CHARRY MOSQUERA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30345951
LUZ ADRIANA GIRALDO LLANOS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	52262326
ESTEFANIA TOBAR FUERTES	FONOAUDIOLOGA	1112470738
AURA CRISTINA MERINO BARCENAS	FONOAUDIOLOGA	30390672
MONICA JULIETH GRATEROL MAHECHA	FONOAUDIOLOGA	1017214995

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Las siguientes son las obligaciones del contratista derivado del presente contrato:
7.1. Desarrollar y cumplir el objeto del contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en el mismo.
7.2. Actuar siempre sobre la base de los principios de lealtad, honestidad, respeto, buena fe, oportunidad y transparencia, en beneficio de la Fuerza Aeroespacial Colombiana-COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1.
7.3. Mantener la reserva y la confidencialidad sobre la información que conozca con ocasión de la ejecución del contrato. Está obligación estará vigente por el término del contrato y dos (2) años más, cualquiera que sea la causa de terminación
7.4. Cargar en el SECOP II las facturas generadas en la ejecución del contrato de acuerdo en los especificado en la Guía Gestión Contractual – Proveedores de CCE.
El contratista debe mantener vigente durante el término de la ejecución del contrato la habilitación que lo acredite como prestador de los servicios de Terapia Integral Intramural y Extramural emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación del servicio el mismo se realizará a través de sesión o evento, esto cumpliendo con lo establecido en el Decreto 441 del 2022 Artículo 2.5.3.4.2.1 NUMERAL 2.2. Así como el cumplimiento del NUMERAL 2.3 La capacidad instalada y disponible asociada a los servicios habilitados y NUMERAL 2.4. La oferta de servicios y tecnologías en salud. El contratista obligatoriamente deberá contar con un Establecimiento de Salud debidamente habilitado en la región Puerto Salgar Cundinamarca o Dorada Caldas, para prestar el servicio de terapias integrales, con el

fin de brindar una atención óptima y con calidad a los usuarios y beneficiarios del Establecimiento de sanidad Militar del CACOM1, requisito fundamental para dar inicio al contrato.

Las terapias que se requiere contratar son:

SERVICIO
Sesión terapia respiratoria intramural
Sesión terapia respiratoria extramural
Sesión terapia ocupacional intramural
Sesión terapia ocupacional extramural
Sesión terapia física intramural
Sesión terapia física extramural
Sesión terapia de fonoaudiología intramural
Sesión terapia de fonoaudiología extramural

Nota: Las terapias intramurales o extramurales se deben realizar por sesión, según orden médica para cada usuario, con una duración entre 30 a 45 minutos.

Para desarrollar el objeto del contrato se debe tener en cuenta lo siguiente. Se requiere contratar la prestación del servicio de terapia integral que se relaciona a continuación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos técnicos que deben ser de obligatorio cumplimiento por parte del contratista, así:

Debe Cumplir con:

- El talento humano de especialistas reúne los requisitos definidos por el Decreto 1335/90 del Ministerio de la Protección Social en cuanto a su idoneidad.
- Que tiene estructurado el Sistema de Referencia y Contra referencia y el Sistema de Atención al Usuario.
- El Contratista se debe encontrar en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo” y en la Resolución No. 1111 de 2017, “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes”.

REQUISITOS RECURSO HUMANO

En cuento el recurso humano el contratista debe cumplir con lo establecido en el Numeral 5.1.2 Otros documentos técnicos objeto de verificación, ítem CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL RECURSO HUMANO, por profesional con la documentación completa.

PARAMETROS TECNICOS

“Que deben cumplir con la red externa en la prestación de los servicios de rehabilitación

funcional y para el programa de niños niñas y adolescentes con discapacidad del SSFFMM."

1. La red externa contratada debe contar con la inscripción con el registro especial de prestadores de servicios de salud- Dirección de Prestación de servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social o certificado de habilitación expedido por las direcciones departamentales y territoriales de salud donde se encuentre ubicado el prestador correspondiente (anexar registro y/o certificado donde se evidencie los servicios ofrecidos complejidad y tipo modalidad en que son prestados).
2. Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano la red externa contratada debe certificar que el personal cuenta con la experiencia laboral de mínimo de dos (2) años y en el área de discapacidad de mínima de un(1) año, para esto se debe anexar hoja de vida copia del diploma y/o acta de grado, copia de cedula, copia de tarjeta profesional, copia de contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad o carta de compromiso firmada por el representante legal y por el profesional donde certifique que será este profesional quien prestara los servicios para la ejecución del contrato del objeto del presente proceso, copia de contratos que demuestren la presencia profesional. En todo caso la institución contratada debe garantizar el estándar de talento humano establecido en la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.
3. El servicio terapéutico deberá ser prestado por personal idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumidos por estudiantes o practicantes.
4. La red externa contratada al inicio de las terapias integrales a los usuarios adscritos al Programa Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad - PNNAcD y/o los usuarios en programas de rehabilitación, realizara una evaluación individual que permita identificar el desarrollo de cada niño o niña o adolescente en las áreas cognoscitivas socio afectivas, lenguaje audición, voz habla, comunicación, sensorio motor, las valoraciones diagnosticas dependerán del tipo de alteraciones funcionales (motora, auditiva, voz y habla, cognitiva, mental) y de la edad del usuario, de igual manera se promoverá la capacitación y aplicación de la clasificación Internacional, de funcionamiento discapacidad y salud, CIF dentro del equipo interdisciplinario de rehabilitación de la institución contratada.
5. La red externa contratada, al inicio de las terapias a los usuarios adscritos al programa PNNAcD y/o los usuarios en programas de rehabilitación debe efectuar una evaluación integral con la familia y/o cuidador para identificar las necesidades, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento y duración en tiempo, del proceso de intervención de habilitación /rehabilitación de acuerdo al tiempo de duración de contrato.
6. La red externa contratada debe presentar el plan individualizado de tratamiento (PIT) al inicio de las terapias a los usuarios, de acuerdo al diagnóstico emitido por los médicos o los profesionales del subsistema de salud de las fuerzas militares, así como a necesidades del usuario, las metas compromisos y tiempos de intervención de la familia o cuidador y el coordinador del programa de PNNAcD del ESM realizando las anotaciones correspondientes en la historia clínica.
7. La red externa contratada debe ofrecer asesoría y consejería individual a la familia, niño, niña o adolescente, para el logro de los objetivos propuestos por cada área de

desarrollo de acuerdo con el resultado de evaluación inicial, Así como hacer las remisiones que se consideren necesarias para procesos terapéuticos familiares.
8. La red externa contratada debe realizar procedimientos terapéuticos individuales encaminados a potencializar las habilidades de cada usuario a través de diferentes modalidades de intervención acordes con el grado de severidad de la deficiencia y discapacidad. Incluir la asesoría y entrenamiento en ayudas técnicas las cuales deben ser documentadas y soportadas en los registros de atención de los usuarios y en el seguimiento del plan terapéutico
9. La red externa contratada debe realizar sesiones grupales de habilitación/rehabilitación funcional, efectuada por cada una de las áreas terapéuticas, de máximo 05 usuarios de ser posible con el cuidador, según la etapa ciclo vital y característica de deficiencia o discapacidad. La intensidad de cada área de rehabilitación depende de las condiciones y requerimientos de los mismo las cuales deben ser documentadas y soportadas en los registros de atención de los usuarios y en el seguimiento del plan terapéutico
10. La red externa contratada, debe al finalizar el contrato realizar una evaluación del proceso a través de valoraciones especificas y/o escalas de valoración en comparación con la evaluación inicial y entregar el informe de cierre, que permite identificar y evidenciar el cumplimiento de objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial generando recomendaciones al sistema familiar y al coordinador del programa de la DISAN y/o ESM.
11. La red externa contratada debe presentar al coordinador y/o equipo de rehabilitación de la DISAN y/o ESM, un informe inicial indicando el plan de tratamiento concertado entre el usuario la familia y el equipo interdisciplinario de rehabilitación, informe periódico de evolución (cada 3 meses) donde se evidencie el avance y logros obtenidos por el niño o adolescente, de acuerdo a las metas compromisos y tiempos establecidos. Así como el replanteamiento de estos en caso de ser necesario.
12. La red externa contratada debe asignar un trabajador social y/o psicólogo, para que desempeñe las funciones de enlace permanente entre la familia y/o cuidador, el equipo de rehabilitación de la entidad, así como con el coordinador del programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en la DISAN y/o establecimiento de sanidad militar
13. La red externa contratada debe certificar la realización durante el proceso contractual de mínimo 1 una visita domiciliaria por parte del trabajador social a la familia y/o cuidador, en el semestre, presentando informe a la coordinación del programa de los hallazgos, recomendaciones y/o intervenciones que se consideren pertinentes para cada caso.
14. La red externa contratada debe contar con personal que realicen la asesoría y orientación a los profesionales del contexto escolar, previa evaluación por parte del equipo interdisciplinario y de acuerdo a la necesidad de cada menor e informar al coordinador del programa de niños niñas y adolescentes con discapacidad.
15. La red externa contratada debe asesorar a las familias y/o cuidador sobre los procesos de inclusión social, así mismo contactar y canalizar con las entidades competentes dentro del marco de la ley estatutaria de discapacidad para la inclusión del menor en actividades educativas, sociales, laborales acordes a su desempeño e

intereses.
16. La red externa contratada debe realizar mínimo al año tres (3) talleres de sensibilización y capacitación dirigidos a las familias con hijos con discapacidad a través de los cuales les brinden herramientas de empoderamiento así mismo presentar informes anexos fotográficos al coordinador de programas de niños y niñas y adolescentes con discapacidad de la asistencia. De igual manera harán participes al equipo interdisciplinario de la JEFSA y/o ESM como mínimo una (1) vez por semestre sobre los procesos de actualización en rehabilitación y discapacidad.
17. La red externa contratada debe informar al responsable del área de rehabilitación inmediatamente y por medio de escrito las novedades presentadas con los niños beneficiarios respecto a ausencias semanales, retiros, cambios de terapeutas, ajustes
con el plan de tratamiento, cambios de domicilio y situaciones especiales y de notificación obligatoria.
18. La red externa contratada deberá certificar por escrito que informará a la coordinación del programa, la asistencia diaria de los usuarios, indicando nombre del padre y del usuario y causa de la inasistencia si se presenta.
19. La red externa contratada debe presentar protocolos y guías de manejo interdisciplinarias sobre las deficiencias discapacidad que atiende, propias de la institución, así como los procedimientos de los programas. La red externa en cumplimiento al estándar de procesos prioritarios asistenciales, debe contar con el
registro de métodos de elaboración de guías de práctica clínica y documentos de adopción de guías mediante acta de comité de calidad o acto administrativo o resolución o lo definido por el sistema de gestión de calidad escogidas de acuerdo a las 5 primeras causas de consulta por cada servicio, además de las de las mandatarias y contar con el plan de implementación de guías.
20. La red externa contratada debe permitir el acceso al equipo interdisciplinario de rehabilitación de la JEFSA y/o ESM a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente, así mismo aprobar la realización de visitas periódicas a sus instalaciones al momento de la ejecución del contrato, para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible, entre otras. Igualmente permitir el acceso a los padres de familia a las instalaciones de la entidad cuando así lo requieran. Se debe tener en cuenta quiénes pueden acceder a los registros clínicos según la resolución 1995 de 1999).
21. La red externa contratada debe certificar que en sus instalaciones podrá brindar atención primaria básica en salud (Primeros Auxilios) con el recurso técnico y humano necesario para la atención de los menores beneficiarios.
22. La red externa contratada debe realizar el registro, localización y caracterización de los usuarios con discapacidad ante el ministerio de salud y de protección social y reportar al coordinador del programa de la JEFSA y/o ESM.
23. La red externa contratada deberá certificar por escrito que entregara a la coordinación del programa de la JEFSA y/o ESM el horario de atención y de actividades

mensuales que se realizan con cada uno de los beneficiarios en el momento del inicio del programa, así como los cambios a los que haya lugar.

24. La red externa contratada debe certificar por escrito su compromiso de no cobrar a la dirección y/o establecimiento de sanidad militar, costos por servicios de educación formal en aulas regulares o especiales, así como insumos de aseo y cuidado personal, sombras terapéuticas, transporte, aditamentos o accesorios que no suplan funciones vitales ni objetivos terapéuticos dentro del proceso de habilitación / rehabilitación integral en salud y aquellos servicios adicionales que la institución preste por fuera de lo pactado en el respectivo contrato o que induzca a la demanda de los mismos. Tampoco deberá prescribir servicios que no estén contemplados dentro del plan de servicios de sanidad militar y en el respectivo contrato.

25. La red externa contratada debe certificar por escrito su compromiso de no realizar, ni incitar, ni recomendar a los usuarios padres de familia y/o acudientes actos de promoción de intereses contrarios a la misión del Subsistema De Salud De Las Fuerzas Militares, lo que dará lugar a la terminación anticipada del respectivo contrato

26. La red externa contratada debe responder por las no conformidades que se presenten en desarrollo de la prestación de los servicios a los usuarios y aplicara a las acciones de mejora pertinentes. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades civiles y contractuales que como prestadores del servicio se deriven de esta actividad.

27. La red externa contratada debe recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilataciones injustificadas las peticiones, las quejas o sugerencias que recaigan sobre la prestación del servicio objeto del contrato, por lo cual se debe efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar. Igualmente deberá presentar al supervisor de contrato, un informe del comportamiento de las peticiones quejas y reclamos, así como el manejo de satisfacción de los usuarios, acompañados de encuestas de servicios.

28. La red externa contratada deberá certificar por escrito su compromiso de allegar a los padres de familia y/o cuidadores, toda comunicación enviada por la Dirección y/o Establecimiento De Sanidad Militar y/o coordinación del programa durante la ejecución del contrato.

29. Durante la ejecución del contrato, la red externa contratada debe aceptar la inclusión de nuevos usuarios, así como el retiro de estos por traslados de padres y/o razones de fuerza mayor de acuerdo a la necesidad del servicio previo concepto de la coordinación del programa de acuerdo con los ingresos autorizados por la JEFSA y/o ESM.

30. La red externa contratada se compromete a mantener informado mensualmente a la JEFSA y/o ESM, del estado de ejecución del contrato en cuanto a su valor y en cuanto se encuentre ejecutado en un 70% hará las coordinaciones necesarias con el supervisor del contrato.

31. La red externa contratada debe prestar los servicios en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, debe ser tendiente a mejorar la calidad del servicio o superarla y debe informar al coordinador del

programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad y al supervisor del contrato y anexar copia de la habilitación del predio emitida por la
secretaria de salud, para realizar la respectiva verificación del inmueble, el supervisor del contrato emitirá el concepto favorable al Ordenador Del Gasto, para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuara la correspondiente modificación al contrato. (Hecho que no puede afectar la ejecución del contrato, se debe garantizar la continuidad del mismo)

32. La red externa contratada debe mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas. Cualquier cambio de estos profesionales debe ser notificado a la Dirección De Sanidad respectiva en caso de ser el mismo perfil y experiencia profesional o de superior calidad.

33. La red externa contratada debe comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del contrato, de igual forma se deberá informar cualquier cambio de número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos contratos modificatorios, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.

34. De conformidad correspondiente en el artículo 41 de la ley 80 de 1993 y articulo 23 de la ley 1150 de 2007. La red externa contratada al momento de oficializar el contrato y de presentar las respectivas facturas para su radicación, deberá acreditar el pago mensual de los aportes de la afiliación y cotización a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar, instituto de bienestar familiar y Sena. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmado por el representante legal o el revisor fiscal, sui conforme a la normativa vigente estuviese obligado a tenerlo.

35. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, la red externa contratada deberá informar por escrito al supervisor del contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.

36. La red externa contratada debe notificar al instituto de bienestar familiar (ICBF), a las comisarías de familia, o en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en los que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes y además denunciar ante la fiscalía general de la nación cuando detecten indicios de maltrato, físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso radicando copia de la notificación a la coordinación del programa de la JEFSA y/o ESM.

37. La red externa contratada no podrá cobrar a la JEFSA y/o ESM la tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica de seguridad o costo efectivo, o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes. Tampoco podrá aplicar tratamientos de carácter experimental o aquellos que no estén en las normas del subsistema o autorizados por este.

38. La red externa contratada podrá facturar hasta máximo tres (03) inasistencias

mensuales injustificadas y reportadas en la fecha que ocurra la novedad al coordinador del programa de PNNAcD. A los usuarios que faltan más de 3 sesiones el contratista deberá plantear un plan terapéutico de reposición previa autorización del coordinador del programa,

39. Una vez agotado el presupuesto del contrato, la red externa contratada se obliga a no continuar prestando los servicios de objeto del contrato. Los servicios prestados por fuera del contrato no serán pagados con cargo al contrato.

40. La red externa debe certificar la información estadística que le requiera la Dirección De Sanidad o el Establecimiento De Sanidad Militar.

41. La red externa debe contar con un procedimiento mediante el cual los padres soliciten desistimiento de los tratamientos en razón a que priman los derechos de los niños sobre los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de control como el bienestar familiar.

42. Cualquier caso de violencia física o psicológica intrafamiliar que se detecte debe ser notificado por la red externa o la institución contratada a la JEFSA o ESM y autoridades de familia correspondientes.

43. La red externa debe abastecerse de realizar actos que atenten contra la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y ante cualquier evento de estos que se detecten deberá responder civil, penal y contractualmente.

OBSERVACIONES

NINGUNA

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



RODRIGO ORTIZ MONSALVE
C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas,
Representante Legal
ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3,
CONTRATISTA



ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA
SUPERVISOR

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152938412

(415)7707212489984(8020) 000014115293841 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 7 7 2	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

41. Dirección principal
CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR

42. Correo electrónico clinicaarmony@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 8 3 7 0 0 4 6	3 2 2 6 2 3 9 0 1 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 1 0	2 0 1 2 0 5 0 2	8 6 2 1	2 0 2 3 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ MONSALVE RODRIGO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152938412

(415)7707212489984(8020) **000014115293841 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 7 7 2	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	1	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número	0 0 0 0 1	1 1
73. Fecha	2 0 1 2 0 3 1 5	2 0 1 9 0 3 0 5
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 2 0 5 0 2	2 0 1 9 0 4 1 1
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 3 7 4 8 9	3 7 4 8 9
78. Departamento	1 7	1 7
79. Ciudad/Municipio	1 8	1 8

Vigencia

80. Desde	2 0 1 2 0 5 0 2
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	2 1	2 0 1 6 1 0 2 4		-
2	8 0	2 0 1 6 0 5 1 2		-
3	2 1	2 0 1 9 0 4 1 1		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141152938412

(415)7707212489984(8020) **000014115293841 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 7 7 2	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 1 0 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 1 6 5 1 4 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ORTIZ	MONSALVE	RODRIGO	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152938412

(415)7707212489984(8020) **000014115293841 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 7 7 2	3	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	2 4 3 3 6 0 4 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ORTIZ	RESTREPO	JULIANA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
100,000,000	5 0	2 0 1 9 0 3 0 5	2 0 2 0 0 6 2 5

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 2 7 1 6 4 3 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RODRIGUEZ	FLOREZ	ANDREA	MARCELA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
100,000,000	5 0	2 0 1 9 0 3 0 5	2 0 2 0 0 7 2 3

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141152938412

(415)7707212489984(8020) **000014115293841 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 7 7 2	3	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0	

165. Dirección: CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 7 4 9 0	2 0 1 2 0 5 0 2	
168. Teléfono: 6 0 1 8 3 7 0 0 4 6	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Cuentas bancarias de tercero

Usuario Solicitante:	MHdmurrea	Diana Milena Urrea Canon
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1
Fecha y Hora Sistema:	2025-06-03-3:08 p. m.	

Tipo Doc. Identidad	Número Documento Identidad	Nombre del Tercero	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta Bancaria	Número de Cuenta Bancaria	Nombre Cuenta Bancaria	Tipo de Moneda	Sucursal	Estado de la Cuenta	Vigencia de utilización de Cta Bancaria en la U/S Ejecutora
Unidad ó SubUnidad Ejecutora 15-01-11-103-ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1										
NIT	900520772	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S	BANCOLOMBIA S.A.	Ahorro	39289834854		Pesos		Activa	2055/03/14

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL	Versión No:	4
		Vigencia:	18/11/2024

Jefatura o Unidad:	**CACOM-1**
Nombre del Supervisor de Contrato	**ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA**
Ordenador del Gasto	**CACOM-1**
No. Contrato	**No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025**
Objeto del contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA**
Valor inicial del contrato	**$ 30.000.000,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 30.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	**$ 30.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2025**					**$ 30.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 30.000.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCION	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	VALOR TOTAL PARA PAGO	SALDOS
1	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 171.000,00	$ 171.000,00	$ 29.829.000,00
TOTALES							**$ 171.000,00**	**$ 171.000,00**	**$ 29.829.000,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	Karina Bonet
POSTFIRMA	ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA
FECHA	30/04/2025

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.03.18 17:05:52 -05:00

Código de Seguridad: LsKkO5Gtkgc0HrDAOL29CQ==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	36191503	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	18/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	**No. DOC. IDENTIDAD**	900.520.772-3
DIRECCIÓN	CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	**TELÉFONO**	3226239010
ASEGURADO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359
BENEFICIARIO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA.

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 30/04/2026	6.000.000,00	12.500,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 23/12/2028	1.500.000,00	12.500,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 7.500.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORAMOS WJL L.T.D.A	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	25.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	25.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	$	35.700,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 18/03/2025

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	36191503	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	18/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____DÍAS DEL MES DE_____ DE 20____

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	**EL TOMADOR/ASEGURADO**

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BY-100051090** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS** Asegurado o Beneficiario: **MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F / MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F** , expedida por la Compañía en **18/03/2025,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA BOYACA CASAN a los **18** días del mes **MARZO** del año **2025.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BY–100051090
Periodo Facturado	14/03/2025 — 23/12/2028

Fecha Límite de Pago	17/04/2025
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00
IVA	5.700,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	900520772
Intermediario	ASESORAMOS WJL L.T.D.A

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **17/04/2025** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BY–100051090
Periodo Facturado	14/03/2025 — 23/12/2028

Fecha Límite de Pago	17/04/2025
Prima (incluye gastos de expedición)	30.000,00
IVA	5.700,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	35.700,00

EFECTIVO $

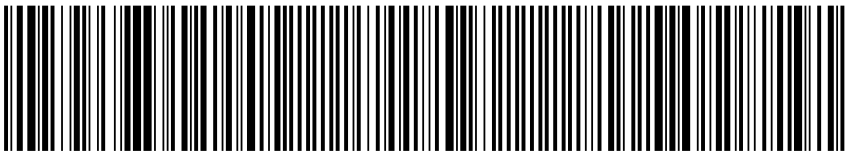
Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	900520772
Intermediario	ASESORAMOS WJL L.T.D.A

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1



(415)7709998434219(8020)000000036191503(3900)000000035700(96)20250417

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2



(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990036191503(3900)000000035700(96)20250417

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 4-72

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.03.21 10:16:52 -05:00

Código de Seguridad: 2EbPywAgCspx10H0U0Q9zg==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	1	No. CERTIFICADO	36191692	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	21/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	**No. DOC. IDENTIDAD**	900.520.772-3
DIRECCIÓN	CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	**TELÉFONO**	3226239010
ASEGURADO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359
BENEFICIARIO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359

OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE: CONSTA EXPRESAMENTE QUE SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS Y QUE LA ENTIDAD ASEGURADORA RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSIÓN.
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 30/04/2026	6.000.000,00	0,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 23/12/2028	1.500.000,00	0,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 7.500.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORAMOS WJL L.T.D.A	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	0,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	0,00
GASTOS EXP.	$	0,00
IVA	$	0,00
TOTAL A PAGAR	$	0,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 21/03/2025

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	1	No. CERTIFICADO	36191692	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	21/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BY-100051090** y endoso, **1** cuyo afianzado es: **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS** Asegurado o Beneficiario: **MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F / MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F** , expedida por la Compañía en **21/03/2025,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA BOYACA CASAN a los **21** días del mes **MARZO** del año **2025.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.03.25 08:30:06 -05:00

Código de Seguridad: LriUp7UundOscXjodewdEw==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	36191770	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	25/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	**No. DOC. IDENTIDAD**	900.520.772-3
DIRECCIÓN	CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	**TELÉFONO**	3226239010
ASEGURADO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359
BENEFICIARIO	MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE	**No. DOC. IDENTIDAD**	901.542.613-9
DIRECCIÓN	KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN BOGOTA (PUERTO SALGAR- CUNDINAMARC	**TELÉFONO**	8398359

OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE EL NÚMERO DEL CONTRATO ES: NO. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 30/04/2026	6.000.000,00	0,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 14/03/2025	24:00 Horas Del 23/12/2028	1.500.000,00	0,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 7.500.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORAMOS WJL L.T.D.A	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	0,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	0,00
GASTOS EXP.	$	0,00
IVA	$	0,00
TOTAL A PAGAR	$	0,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/03/2025

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

Rodrigo Ortiz Monsalve
Representante Legal.
nit 900.520.772-3
TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BY-100051090	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	36191770	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	25/03/2025	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA BOYACA CASAN		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/03/2025	24:00 Horas Del	23/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:
(I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
(II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
(III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.
2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRO LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____DÍAS DEL MES DE_____ DE 20____

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	RODRIGO ORTIZ MONSALVE Representante Legal nit 900520772-3 **EL TOMADOR/ASEGURADO**

seguros mundial® tu compañía siempre

06/04/2021 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I
06/04/2021-1317-NT-P-05-NTPSUS2R00000060

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BY-100051090** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS** Asegurado o Beneficiario: **MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F / MDN COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR FAC JEFATURA DE SALUD F** , expedida por la Compañía en **18/03/2025,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA BOYACA CASAN a los **18** días del mes **MARZO** del año **2025.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025		**Fecha Límite de Pago**	17/04/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	30.000,00
Póliza No.	BY–100051090		**IVA**	5.700,00
Periodo Facturado	14/03/2025	23/12/2028	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S
CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	900520772
Intermediario	ASESORAMOS WJL L.T.D.A

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **17/04/2025** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025		**Fecha Límite de Pago**	17/04/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	30.000,00
Póliza No.	BY–100051090		**IVA**	5.700,00
Periodo Facturado	14/03/2025	23/12/2028	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S
CL 8 10 10 CON VILLA DEL PALMAR	900520772
Intermediario	ASESORAMOS WJL L.T.D.A

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000036191503(3900)000000035700(96)20250417

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990036191503(3900)000000035700(96)20250417

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 4-72

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El SUSCRITO GERENTE RODRIGO ORTIZ MONSALVE Y EL CONTADOR DE ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3

CERTIFICAMOS:

Nosotros, **RODRIGO ORTIZ MONSALVE**, identificado con cedula de ciudadanía número **10.165.145** de la Dorada Caldas y **GONZALO MARTINEZ QUIROGA** identificado con cedula de ciudadanía número **10.173.074**, de la Dorada Caldas, con tarjeta profesional número. **TP74442-T** contador público de **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT: 900.520.772-3** Certifico:

Que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la institución ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo **50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y ley 100 de 1993**.

Por tanto, **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT: 900.520.772-3** no está obligada a pagar **ICBF** ni **SENA** acogiéndonos a la ley **1607 de 2012**.

Dada en La Dorada, Caldas a los cinco días 05 de mayo (05) de dos mil veinticinco (2025)





_____

RODRIGO ORTIZ MONSALVE
Representante Legal

_____

GONZALO MARTINEZ QUIROGA
C.C. 10.173.074
TP 74442-T

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900520772	3	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	B	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CLL 8 10 10	8370046	FINANCIERACLINICAARMONY@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33366075	E	2025-05-15	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	6.427.300	0	BANCO DE BOGOTA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
14	33366075	2025-05-19	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 10165145	ORTIZ MONSALVE RODRIGO	3.000.000	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.000.000	120.000	CCF DE CALDAS-CCF11	3.000.000	120.000	3.000.000	73.100	0,02436	0	0	0	0	0	0	01	4	313.100	S	3861001
2	CC 24333741	MOSQUERA GONZALEZ VIVIANA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3861001
3	CC 30348540	PEÑA GARCIA LUZ NELLY	1.600.000	F							X									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.600.000	256.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.600.000	64.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.600.000	64.000	1.600.000	39.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	423.000	S	3861001
4	CC 52156198	NADER PEÑA JULIA ANDREA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3861001
5	CC 52716430	RODRIGUEZ FLOREZ ANDREA MARCELA	4.000.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.000.000	640.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	4.000.000	160.000	CCF DE CALDAS-CCF11	4.000.000	160.000	4.000.000	97.500	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.057.500	S	3861001
6	CC 79781854	FERRI FLOREZ GIAN CARLO	1.500.000	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.500.000	240.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.500.000	60.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.500.000	60.000	1.500.000	36.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	396.600	S	3861001
7	CC 1002542251	GALVEZ PATIÑO VALENTINA	2.400.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.400.000	384.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.400.000	96.000	CCF DE CALDAS-CCF11	2.400.000	96.000	2.400.000	58.500	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	634.500	S	2862101
8	CC 1007400378	OCAMPO RAMIREZ SHARON	1.600.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.600.000	256.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.600.000	64.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.600.000	64.000	1.600.000	39.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	423.000	S	3861001
9	CC 1007523984	AGUDELO PEÑA BRIGITT TATIANA	1.450.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.450.000	232.000	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.450.000	58.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.450.000	58.000	1.450.000	35.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	383.400	S	3869201
10	CC 1054552799	CORTES JIMENEZ YESSICA TATIANA	1.450.000	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.588.830	254.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.588.830	63.600	CCF DE CALDAS-CCF11	1.588.830	63.600	1.588.830	38.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	420.300	S	3861001
11	CC 1054571626	PEREZ VEGA ANGIE ROSMARY	1.450.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.450.000	232.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.450.000	58.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.450.000	58.000	1.450.000	35.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	383.400	S	3861001
12	CC 1073321381	RAYO MURILLO YEIMY LORENA	1.500.000	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.543.085	246.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.543.085	61.800	CCF DE CALDAS-CCF11	1.543.085	61.800	1.543.085	37.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	408.100	S	3861001
13	CC 1073323288	BORJA COCUY LUISA FERNANDA	1.450.000	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.542.553	246.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.542.553	61.800	CCF DE CALDAS-CCF11	1.542.553	61.800	1.542.553	37.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	408.100	S	2871001
14	CC 1073327265	FERIA PARAMO KATHERINE	1.500.000	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.600.532	256.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.600.532	64.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.600.532	64.100	1.600.532	39.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	423.300	S	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900520772	3	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	B	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CLL 8 10 10		8370046			FINANCIERACLINICAARMONY@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33366075	E	2025-05-15	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	6.427.300	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
14	33366075	2025-05-19	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
23.122.000	26.122.000	26.122.000	26.122.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				13	3.699.800	0	0	0	3.699.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	7	2.084.800	0	0	0	2.084.800
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.615.000	0	0	0	1.615.000
EPS(Administradoras: 2)				14	1.045.300	0	0	0	1.045.300
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	2	115.000	0	0	0	115.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	12	930.300	0	0	0	930.300
ARP(Administradoras: 1)				14	636.900	0	0	0	636.900
COLMENA	14-25	800226175	3	14	636.900	0	0	0	636.900
CCF(Administradoras: 1)				14	1.045.300	0	0	0	1.045.300
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	14	1.045.300	0	0	0	1.045.300
Gran Total					6.427.300	0	0	0	6.427.300

Bank
Certificate

Lunes, 09 de junio 2025

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite iformar que ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y C identificado(a) con CC 900520772, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	39289834854	2012/10/30	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

FAC-S-2025-089746-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 5, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2025-089746-CI del 8 de mayo de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117

Señor Coronel
DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor
Puerto Salgar, Cundinamarca

Asunto: Informe trámite de pago, contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 a corte 30/04/2025

Respetuosamente me permito informar al señor coronel Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del Comando Aéreo de Combate No. 1, que el contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, cuyo objeto es: " PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA ", esta pendiente trámite de documentos de pago con corte 30 de abril de 2025 de acuerdo a PAC establecido, teniendo en cuenta las siguientes novedades:

El dia 30 de abril 2025 la IPS ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, realiza envio de la facturación correspondiente a los servicios prestados del 01 al 30 de abril 2025.


FACTURAS GENERADAS ABRIL PTES TERAPIAS ARMONY

CA Clinica Armony<clinicaarmony@gmail.com>
Para: ST. YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Mié 30/04/2025 19:47

FELE77027.pdf 117 KB
FELE77034.pdf 129 KB

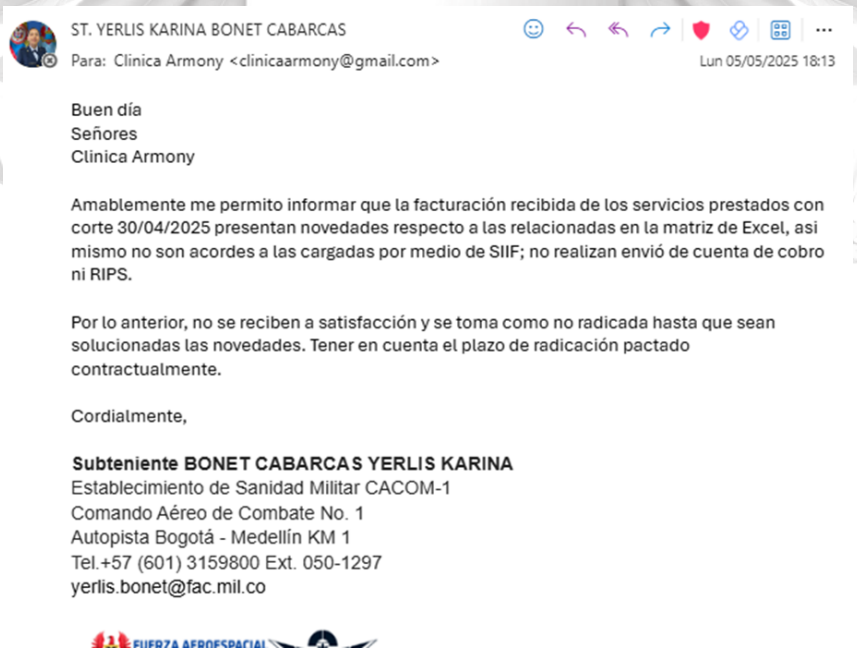
Mostrar los 8 datos adjuntos (903 KB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Buena noches tenente envio facturas de las terapias realizadas durante el mes de abril de 2025

ARMONY Clínica de Especialistas y Cirugía S.A.S. NIT. 900520772-3

CLAUDIA VANEGAS POVEDA
Coordinadora Administrativa
ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S
Calle 8 #10-10, B/ Villa del Palmar
322 6239010

Una vez revisadas las facturas y documentos anexos como soporte a las atenciones prestadas, se evidencia que no se encontraba la totalidad de las facturas en relación a los pacientes atendidos, se realiza devolución de los documentos para corrección por la entidad


ST. YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Para: Clinica Armony <clinicaarmony@gmail.com>
Lun 05/05/2025 18:13

Buen día
Señores
Clinica Armony

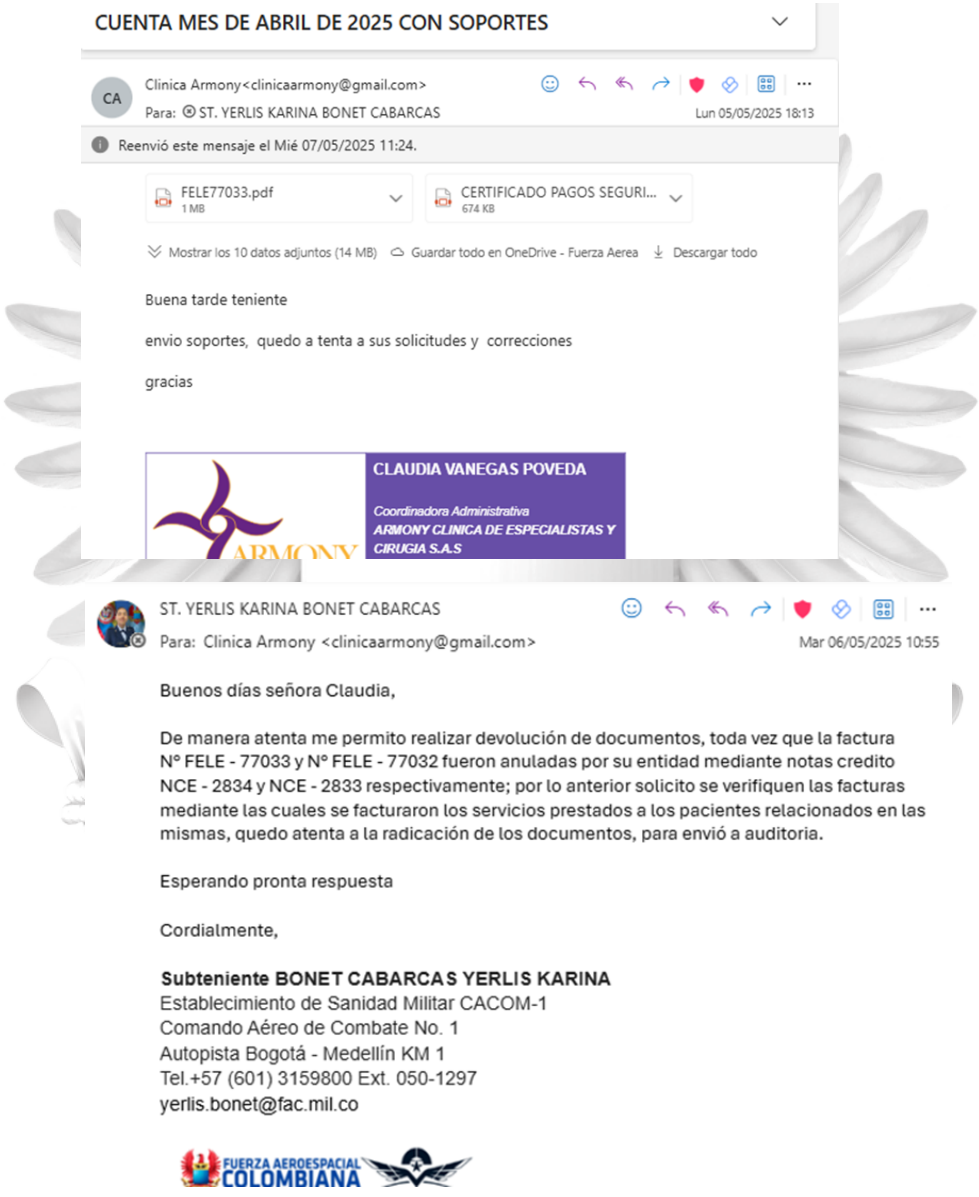
Amablemente me permito informar que la facturación recibida de los servicios prestados con corte 30/04/2025 presentan novedades respecto a las relacionadas en la matriz de Excel, asi mismo no son acordes a las cargadas por medio de SIIF; no realizan envió de cuenta de cobro ni RIPS.

Por lo anterior, no se reciben a satisfacción y se toma como no radicada hasta que sean solucionadas las novedades. Tener en cuenta el plazo de radicación pactado contractualmente.

Cordialmente,

Subteniente BONET CABARCAS YERLIS KARINA
Establecimiento de Sanidad Militar CACOM-1
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
Tel.+57 (601) 3159800 Ext. 050-1297
yerlis.bonet@fac.mil.co

Dando respuesta el mismo día, la entidad realiza las correcciones y radica la documentación, la cual al verificarla se evidencia la siguiente novedad: La factura N° FELE - 77033 y N° FELE - 77032 fueron anuladas por su entidad mediante notas crédito NCE - 2834 y NCE - 2833 respectivamente, por lo cual se realiza devolución para corrección.



CUENTA MES DE ABRIL DE 2025 CON SOPORTES

Clinica Armony<clinicaarmony@gmail.com>
Para: ST. YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Lun 05/05/2025 18:13

Reenvió este mensaje el Mié 07/05/2025 11:24.

FELE77033.pdf 1 MB
CERTIFICADO PAGOS SEGURI... 674 KB

Mostrar los 10 datos adjuntos (14 MB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Buena tarde teniente

envio soportes, quedo a tenta a sus solicitudes y correcciones

gracias

CLAUDIA VANEGAS POVEDA
Coordinadora Administrativa
ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S

ST. YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Para: Clinica Armony <clinicaarmony@gmail.com>
Mar 06/05/2025 10:55

Buenos días señora Claudia,

De manera atenta me permito realizar devolución de documentos, toda vez que la factura N° FELE - 77033 y N° FELE - 77032 fueron anuladas por su entidad mediante notas credito NCE - 2834 y NCE - 2833 respectivamente; por lo anterior solicito se verifiquen las facturas mediante las cuales se facturaron los servicios prestados a los pacientes relacionados en las mismas, quedo atenta a la radicación de los documentos, para envió a auditoria.

Esperando pronta respuesta

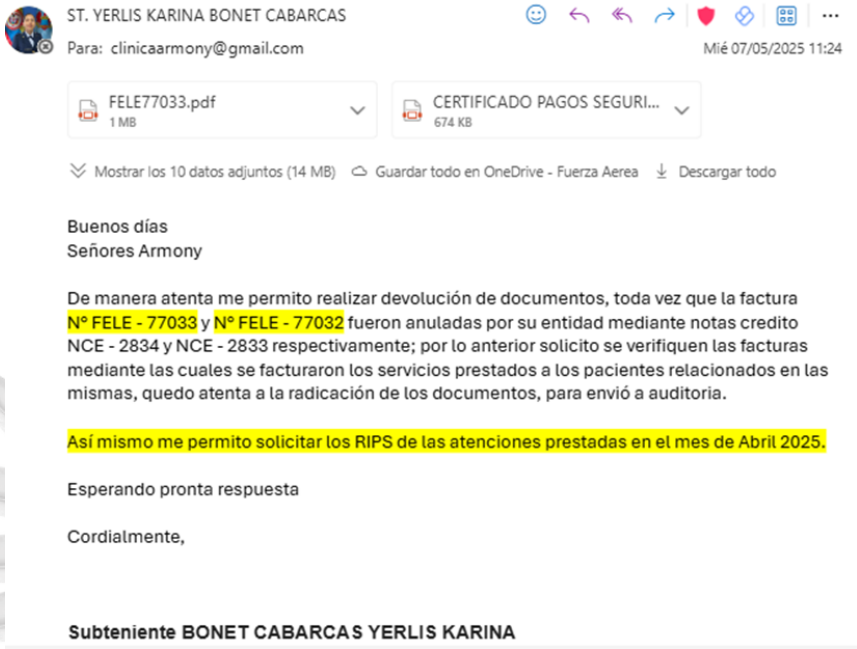
Cordialmente,

Subteniente BONET CABARCAS YERLIS KARINA
Establecimiento de Sanidad Militar CACOM-1
Comando Aéreo de Combate No. 1
Autopista Bogotá - Medellín KM 1
Tel.+57 (601) 3159800 Ext. 050-1297
yerlis.bonet@fac.mil.co

Defensa

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA



ST. YERLIS KARINA BONET CABARCAS

Para: clinicaarmony@gmail.com

Mié 07/05/2025 11:24

FELE77033.pdf 1 MB

CERTIFICADO PAGOS SEGURI... 674 KB

Mostrar los 10 datos adjuntos (14 MB) Guardar todo en OneDrive - Fuerza Aerea Descargar todo

Buenos días
Señores Armony

De manera atenta me permito realizar devolución de documentos, toda vez que la factura N° FELE - 77033 y N° FELE - 77032 fueron anuladas por su entidad mediante notas credito NCE - 2834 y NCE - 2833 respectivamente; por lo anterior solicito se verifiquen las facturas mediante las cuales se facturaron los servicios prestados a los pacientes relacionados en las mismas, quedo atenta a la radicación de los documentos, para envió a auditoria.

Así mismo me permito solicitar los RIPS de las atenciones prestadas en el mes de Abril 2025.

Esperando pronta respuesta

Cordialmente,

Subteniente BONET CABARCAS YERLIS KARINA

Teniendo en cuenta lo anterior, respetuosamente me permito informar a mi coronel, el trámite de pago con corte 30 de abril 2025 se realizará una vez se radique la información por parte de la entidad sin que se presente novedad, medie proceso de auditoría y se emita concepto favorable para pago.

Cordialmente,

Karina Bonet

Subteniente YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Especialista Garantía De La Calidad

Anexo: N/A
TE. GONZALEZ / DECOP; T2. URREA / DECOP

Elaboró: ST. BONET / ESM5117 Revisó: ST. BONET / ESM5117 Aprobó:ST. BONET / ESM5117


SIC ITUR AD ASTRA

FAC-S-2025-107548-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 3, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2025-107548-CI del 3 de junio de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117

Señor Coronel
DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor
Ciudad

Asunto: Solicitud autorización trámite de pago contrato 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

En referencia a la ejecución del contrato No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, cuyo objeto contractual consiste en "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA" celebrado con ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3, en mi calidad de supervisora principal del contrato en mención, respetuosamente me permito solicitar al señor Coronel Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del CACOM 1, tenga a bien autorizar e indicar a quien corresponda, se trámite el pago correspondiente al corte 30 de abril de 2025, el cual no fue posible radicar en el corte establecido por lo siguiente:

1. Los servicios de terapia integral intramural, fueron prestados a los usuarios adscritos al Establecimiento de Sanidad Militar en el mes de abril de 2025, con corte de facturación 30/04/2025.2.

2. Las facturas electrónicas No. FELE77027, FELE77028, FELE77034, FELE77036, FELE77035, fueron radicadas por la entidad el día 30/04/2025 por un valor total de $228.000,00,00, las cuales entraron en proceso de auditoría de cuentas médicas, con un concepto inicial de fecha 22/05/2025, el cual genero glosa por valor de $114.000,00 y concepto favorable para pago por valor de $ 87.000,00

3. El día 22/05/2025, la entidad contratada ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS YCIRUGIA S.A.S, da respuesta a la glosa, posterior se procede al proceso de conciliación de glosas, con concepto emitido el día 27/05/2025 por valor de $84.000,00 generando así un valor final para pago de $171.000,00.

No obstante, de acuerdo al decreto 4747 de 2007 Artículo 23. indica: *"Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.*

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud".

Por lo anterior, mencionada facturación cumple con los tiempos mínimos de auditoría de cuentas médicas y requisitos exigidos, por lo cual es viable tramitar a pago.

Cordialmente:

Subteniente YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Especialista Garantía De La Calidad

Anexo: 15 folios

CR. VELASCO / DECOP; CT. RODRIGUEZ / DECOP; T2. URREA / DECOP; ST. BONET / ESM5117

Elaboró: T3. BELTRAN / CONTRA Revisó: T3. BELTRAN / CONTRA Aprobó:T3. BELTRAN / CONTRA


SIC ITUR AD ASTRA

FAC-S-2025-064203-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2025-064203-CI del 31 de marzo de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117

Señor Coronel
DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor CACOM-1
Cundinamarca, Puerto Salgar

Asunto: Informe de no trámite de pago contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 a corte 31/03/2025

Respetuosamente me permito informar al señor coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del Comando Aéreo de Combate No. 1, que el contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, cuyo objeto es: " PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA ", no se realizó trámite de documentos de pago con corte 31 de marzo de 2025 de acuerdo a PAC establecido, toda vez que la fecha de inicio del contrato fue el 27 de marzo del 2025, por lo tanto con corte de 31 de marzo no se ha prestado servicio de Terapias Integrales a ningún usuario adscripto al Establecimiento de Sanidad Militar CACOM 1, ya que para acceder a este servicio, media una orden médica y una autorización, así como la asignación de cita, por lo tanto, a la fecha, el portafolio de servicio se encuentra abierto y se está brindando a la atención de los pacientes, por ello, se estima que el primer corte de facturación, sea para el 30 de abril del 2025 de los servicio prestados por la empresa ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, con Terapias Integrales.

Cordialmente,

Subteniente YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Comandante Escuadrilla Garantía De La Calidad

Anexo: No aplica
CT. GOMEZ / ESM5117; TE. GONZALEZ / DECOP; ST. CARMONA / REFIS; T2. URREA / DECOP; T3. BELTRAN / CONTRA

Elaboró: ST. BONET / ESM5117 Revisó: ST. BONET / ESM5117 Aprobó:ST. BONET / ESM5117