	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-2025-006268-CP**

FECHA: 30-07-2025

El suscrito ***Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ*** Ordenador del Gasto ***(E) de COMANDO AEREO DE COMBATE NO 1*** nombrado mediante ***Resolución 472 08-07-2025*** ; autoriza ***pago parcial PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/OEXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMADE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DELAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOSAL 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 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 CIRUGIAS.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	$ 2.072.995
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ 0
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01 REC 16 $ 2.072.995
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	1002271421
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500500674
VIGENCIA	2025
PAC MES	AGOSTO
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-2025-006268-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.	22
11	Soporte de las facturas con estado aprobadas en SIIF NACIÓN.	2
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 de	1

FAC-S-2025-006268-CP

	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).	27
19	Certificación pago Parafiscales.	6
20	Planilla de aportes: Pagos Parafiscales y Seguridad Social, acorde al period o de facturación.	1
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	4
TOTAL DOCUMENTOS		104

En constancia de lo anterior firman:

Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
Jefe Departamento Compras Publicas

Elaboró: T2. URREA / DECOP CR. VELASCO / DECOP Aprobó:CR. VELASCO / DECOP

FAC-S-2025-006268-CP



<table>
<tr><th>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL</th><th>FECHA 09 /07 /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 09 del mes de julio 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
	El contratista realiza 18 Terapias intramurales durante el mes de MAYO 2025 por valor de $2.352.000,00, los cuales entraron en proceso de auditoría de cuentas médicas. Se realiza proceso de auditoría, generando concepto inicial favorable para pago por valor $ 1.902.000,00 con fecha 17/06/2025, con una glosa inicial por valor de $ 450.000,00, Posterior a conciliación, se emite concepto final de auditoría con fecha 09/07/2025 con valor de glosa definitiva de $279.005, 00 y un valor aceptado por DISAN de $170.995,00, generando un valor total para pago de $2.072,995,00.

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA	1		1
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	7		7
TOTAL	10		10

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	$ 0	
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 / Orden de pago No.191086025
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$ 2.072.995,00	FACTURAS No. FELE78270, FELE78271, FELE78273, FELE78274, FELE78275, FELE78276, FELE78278, FELE78279, FELE78281, FELE78282, FELE78282, FELE78284, FELE78285, FELE78286, FELE78287, FELE78288, FELE78289, FELE78291 / NOTAS CREDITO: NCE – 3333 – NCE- 3334 – NCE – 3336 – NCE- 3337 – NCE 3335 – NCE 3368.
SALDO	$27.756.005,00	

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

Nº FELE - 78270

30	5	2025
HORA: 4:56 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:** 28/08/2025 **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	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	60,000

APROBADA

Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL
RC 1054573999

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 causara 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: 46013dc82424650167d71e16c1f609dee031a315616f018fb1d0de0d290a27e15bcb60030f1f47bb086061efede97d9a

Emitido por: BIOFILE S.A.S. NIT: 901.080.631-8 BioFile

www.biofile.com.co

Impreso el 05/06/2025 - 10:18:45 a.m.

B

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

ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.	NIT 900.520.772-3	VERSION:2
GESTION DE CALIDAD	AMBULATORIO	FECHA: 01/12/2020
		PAGINA: 1 DE 1
FISICA / RESPIRATORIA / OCUPACIONAL (X) / 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	22mayo/25	Ansel G. Zapata	400pm	4:30pm	1054573999	Madre		51983207 B/
2	29mayo/25	Ansel G. Zapata	4:00pm	4:30pm	1054573999	Cuidadora		30380729
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 51983207 B/
CELULAR: 3146787949

PROFESIONAL QUE ATIENDE: Luz Adriana Giraldo Ll.
FIRMA Y SELLO
C. C. 52262326
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

RESOLUCION 2884/2023 ANEXO TECNICO 1.

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 o inicio de sesiones varias.

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

FECHA:	22-05-2025.
PACIENTE:	Angel Gabriel Zapata Montes.
IDENTIFICACIÓN:	1054573999.
SERVICIO/PROCEDIMIENTO	Terapia Ocupacional.
ENTIDAD:	FAC.
NRO ORDEN SERVICIOS	419609.
PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO	Dra Luz Adriana Giraldo.

CC 5198320 Bta.

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO

FIRMA Y DOCUMENTO DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA
PARENTESCO SI EL USUARIO ES UN MENOR, CUIDADOR O DE LA TERCERA EDAD.

CERTIFICO Y CONFIRMO LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 3217562842

Fele 78270

Fecha generación: 16/05/2025 15:01:32

AUTORIZACIONES (PORTAL SIS)

FECHA 5/12/25, 5:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES
MUNICIPIO LA DORADA
NOMBRE COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
COBERTURA EN No registra
GRADO: CR
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO 1054573999
DEPARTAMENTO CALDAS
CODIGO ESM O 255728511782
ESTADO Provisional
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO HEIDY YULIANA PIRAGAUTA TOCASUCHE
ESPECIALIDAD QUE RIAS por Enfermeria (CE) - SSFM
A TACIÓN: No registra

ORIGEN Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

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

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
CODIGO ESM O 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	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-05-1529158	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	15	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 12/05/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: NIÑO DE 4 AÑO TRAIDO A CONTROL PRIMERA INFANCIA POR LA MADRE ADOPTIVO A CONTROL DE CYD, TRAE ANTESCEDENTE DE VIOLENCIA Y MALTRATO POR PADRES BIOLOGICOS, FAMILIA NUCLEAR: MADRE ADOPTIVOS Y ABUELOS EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRÍA POR MEDICINA PREPAGADA QUIEN ESTA POR SOSPECHA DE DIAGNOSTICO DE ATISMO Y TDAH, ASÍ MISMO CON TRASTORNO DEL HABLA, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY

FECHA DE VENCIMIENTO: 12/05/2026

CC 51983201

VERIFICAR FIRMA Y COMPROBANTE
ARMONY NIT 900.620.172-3
RECIBIDO USUARIO

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 12/05/2026

Nota: Este documento no es válido para realizar trámites.

DIEGO MAURICIO CARDOSO RODRIGUEZ - PEDIATRA
Nit: 93360932-1
Cód Prestador: 730010005401
Dirección: Cr 12 Sur 93 21 Cs 609 To Consultorios Medicadiz
Teléfonos: 3132707362 IBAGUE

SIIPS Web 5.0.0
Atención en: CE (5EN9NQL7H1)

faf30197a5e5003b2fd9c46c52b09c1b

Solicitud Servicios/Recomendaciones: 17596 **Paciente:RC 1054673999** **ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL**

Fecha de Inicio: 2025-04-07 Admisión: 1-2810
Entidad: MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.
Dirección: LA DORADA Teléfono: 3146787949
Fecha de Nacimiento: 2021-04-23 Edad: 3 Años 11 Meses 15 Dias Sexo: Masculino

Código	Descripción	Cant.	Und	Observar/Posología	Nivel
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Principio: Concentración: Forma: Und: UND ATC: Via: -	20.0	UND		1

Total Registros 1

DIEGO MAURICIO CARDOSO RODRIGUEZ RM: 1473690
PEDIATRIA

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 OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha: 22/05/2025

RC: 1054573999 **Nombres y Apellidos:** ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL **Fecha de Nacimiento:** 23/04/2021 **Edad:** 4 AÑOS 1 MESES 12 D

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CALLE 7 NRO 8-31 **Teléfono:** 3146797949 **Celular:**

Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA **Ocupación:** NO APLIICA **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

SE REALIZA VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL DICHA VALORACIÓN SE HACE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE SUSTITUTA DONDE SE EVIDENCIA EN EL MENOR ATENCIÓN DISPERSA Y DIFICULTAD EN SU DESARROLLO DEL LENGUAJE; PRESENTA DIFICULTAD PARA LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNAS PALABRAS Y EN SU COMPORTAMIENTO EN OCASIONES NO ACATA NORMAS, DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES, REQUIERE DE VARIAS REPETICIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN, ACTIVIDAD AUMENTADA, PIERDE FÁCILMENTE EL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES, PRESENTA ALTERACIÓN A NIVEL HABILIDADES COGNITIVAS ESPECIALMENTE EN ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, REALIZA CONTACTO VISUAL Y SEGUIMIENTO VISUAL, HABILIDADES MOTORAS GRUESAS FUNCIONALES, PATRONES DE MOVIMIENTO ADECUADO, ES INDEPENDIENTE EN LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

ÁREA DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

- MEJORAR LA ATENCIÓN EN ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE
- TRABAJO DE GNOSIAS TEMPORO-ESPACIALES.
- REFORZAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE SU TRATAMIENTO SE DEBE ENCAMINAR A MEJORAR SUS PROCESO MENTALES SUPERIORES (ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA)

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

MANTENER SU DESARROLLO FUNCIONAL, DESARROLLAR HABILIDADES MOTORAS EN EL MENOR; CON EL FIN DE BRINDAR UNA ADECUADA ESTIMULACIÓN, FACILITAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEJORAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES, MEJORAR COORDINACIÓN, MEJORAR POSTURA.

OBSERVACIONES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO

	REALIZA	NO REALIZA
COMPONENTE SENSORIOMOTOR		
INTEGRACIÓN SENSORIAL		
PROCESAMIENTO SENSORIAL: PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO		
DESTREZAS PERCEPTUALES: ESQUEMA CORPORAL, DISCRIMINACIÓN DERECHA E IZQUIERDA, FIGURAFONDO, CONTANCIA DE LA FORMA, GRAFESTESIA		

NEUROMUSCULAR		
CONTROL POSTURAL EN TODAS LAS POSICIONES DE DESARROLLO MOTOR REFLEJOS		
MOTOR		
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS: CONTROL CEFÁLICO, ROLADO, SEDENTE,		
CUADRÚPEDO		
BÍPEDO		
HABILIDADES MOTORAS FINAS: PATRONES INTEGRALES		
LATERALIDAD, CRUCE LÍNEA MEDIA, ORDENES CRUZADAS		
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ		
INTEGRACIÓN BILATERAL		
TOLERANCIA AL PERIODO Y TIEMPO DE ACTIVIDAD		
. PRAXIAS		
COMPONENTE COGNITIVO		
COMPONENTE PSICOSOCIAL		
MANEJO DE SÍ MISMO, ROLES, MANEJO DEL TIEMPO, AUTOCONTROL Y CONDUCTA		

MÉDICO



Firma:

Nombre: GIRALDO LLANOS LUZ ADRIANA

R. M.: 52262326

Código de Seguridad

G1095M37S143

PACIENTE

Firma:

Nombre: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL

RC: 1054573999

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

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 4 AÑOS 1 M Nº 143

22 de Mayo del 2025 4:30pm - LUZ GIRALDO:

USUARIO QUE ASISTE A SESIÓN EN COMPAÑÍA DE SU CUIDADORA A TERAPIA OCUPACIONAL, DONDE SE HA REFORZADO LOS DISPOSITIVOS BÁSICOS DEL APRENDIZAJE, POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS, QUE LE HAN FACILITADO AL MENOR DESENVOLVERSE EN SU ENTORNO, Y ASI MISMO MEJORAR SUS PERIODOS ATENCIONALES, QUEDANDO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, Y CULMINA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES SIN NINGUNA DIFICULTAD.

29 de Mayo del 2025 4:00pm - LUZ GIRALDO:

PACIENTE A QUIEN SE LE CONTINUA REALIZANDO TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL, ASISTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, DURANTE LA SESIÓN SE OBSERVA MENOR TRANQUILO, DONDE SE REFORZÓ , EN MEJORAR LA DIFICULTAD EN PROCESAR VARIOS ESTÍMULOS SIMULTANÉAME, TAMBIÉN LA DIFICULTAD PARA MANTENER LA ATENCIÓN DE FORMA CONTINUADA, SE TRABAJÓ POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS, PARA MEJORAR SU ÁREA COGNITIVA, QUEDA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CULMINA LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD.

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 - 3333

Fecha de emisión
09/07/2025 12:03 p.m.

Tipo	Identificación	Dv	Nombre	60,000.00
NIT	901542613	9	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD	

Concepto de la nota crédito electrónica : 2 - Anulación de factura electrónica

Referencias del documento

Tipo de documento	Fecha	Nit receptor	Receptor
Factura Electrónica N° FELE - 78270	30/05/2025	901542613	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782

Cant	Descripción	Vr unitario	Vr total
2	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30.000,00	60.000,00

Observaciones y/o notas adicionales: se refactua para julio

Sub Total	60.000,00
Descuento	0,00
I.V.A	0,00
Vr. Total	60.000,00

Revisado	Recibido
	Firma _____
	Cédula

Creado por: CLAUDIA VANEGAS POVEDA - Jul 9 2025 12:03PM

CUDE: d276bc576b83d671f7e9ed48030d50f10f58d47661fd644da181bed2b61762c2ab79a8c97a24edcb34ff8c85976f8be5

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 - 78271

30	5	2025
HORA: 5:00 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:** 28/08/2025 **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
4	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	120,000

APROBADA

Paciente: PINTO MUÑOZ MARIA FERNANDA
CC 1072744607

Sub Total	120,000.00
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	$120.000,00
Vr. Total	$120.000,00

Valor en Letras: CIENTO VEINTE 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: ef3159a2945c[illegible]c21ddfda133a27a992498530b63e25f91c00169a5e5def527316cf2272ea89db9d328683c7c1

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 (X) / 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	22mayo/25	Maria Fernanda Pinto	6:30pm	7:00pm	1072744607	Madre	Oolied Muñoz	20831086
2	24mayo/25	Maria Fernanda Pinto	3:30pm	4:00pm	1072744607	madre	Oolied Muñoz	20831086
3	26mayo/25	Maria Fernanda Pinto	2:30pm	3:00pm	1072744607	Madre.	Oolied Muñoz	20831086
4	28mayo/25	Maria Fernanda Pinto	2:30pm	3:00pm	1072744607	madre.	Oolied Muñoz	20831086
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.

Oolied Muñoz

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 20831086
CELULAR: 3104405641

Luz Adriana Giraldo/Ll...
C. C. 52262326
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

RESOLUCION 2884/2023 ANEXO TECNICO 1.

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 o inicio de sesiones varias.

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

FECHA:	22- Mayo -2025.
PACIENTE:	Maria Fernanda Pinto Muñoz.
IDENTIFICACIÓN:	1072744607.
SERVICIO/PROCEDIMIENTO	Terapia ocupacional.
ENTIDAD:	Fuerza Aerea.
NRO ORDEN SERVICIOS	
PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO	Dra luz Adriana Giraldo.

Odet Muñoz 20831086

VERIFICAR FIRMA ARMONY COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO

FIRMA Y DOCUMENTO DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA. PARENTESCO SI EL USUARIO ES UN MENOR ,CUIDADOR O DE LA TERCERA EDAD.

CERTIFICO Y CONFIRMO LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

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

3113483628 - 3217562842

Fele 78271

Fecha generación: 20/05/2025 10:39:38

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-05-1646181 **FECHA SOLICITUD:** 5/20/25, 10:37 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA FERNANDA PINTO MUÑOZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: A07
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1072744607
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 110011693801
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / AIDA ESPERANZA GARCIA GOMEZ
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Ortopedia y/o Traumatologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Q631	RIÑÓN LOBULADO, FUSIONADO Y EN HERRADURA	Impresión Diagnóstica
H905	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	Relacionado

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-2025-05-1646181	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303		Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y AUTORIZA JEFSA 2025 APARTIR DEL DIA 19/05/2025// SOPORTADA POR HISTORIA CLINICA PACINETE FEMENINO DE 20 AÑOS CON ANTECDENTE DE SINFROME DE KABUKI Y POP DE POP REDUCCION ABIERTA DE LUXACION INVETERADA DE ROTULA DE LA RODILLA DERECHA, OSTEOTOMIA TIPO EMSLY DE TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR, Y RECONSTRUCCCION DE LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL. 23/08/2023. QUIEN ES DADA DE ALTA Y REMITIDA DEL GRUPO DE ORTOPEDIA DE RODILLA POR CUADRO CONSISTENTE EN DOLOR EN ARTICULACION METACARPOFALANGICA DESDE HACE 3 MESES. CUENTA CON RX DE MANO DONDE SE EVIDENCIA ALTERACION EN MORFOLOGIA DE FALANGE PROXIMAL CON INCONGRUENCIA ARTICULAR DADO CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE SE CONSIDERA USO DE FERULA CORTA PARA ESTABILIZACION DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA Y TERAPIA OACUPACIONAL, SE DA CITA CONTROL EN 3 MESES PARA EVALUAR PROGRESION CON TERAPIA. SE EXPLICAN CONDUCTAS A PADRE QUIEN REFIERE ENTENDRER Y ACEPTAR//DE ACUERDO A FALLO DE TUTELA Radicado: 17380-31-87-001-2022 00206 00 DE FECHA 15 DE MAYO 2025
OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DR GARCIA GOMEZ AIDA ESPERANZA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA HOMIC quien solicita CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MANO, TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL 10 sesiones, paciente de 20 años de edad se solicita autorizar en 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 DE ACUERDO A FALLO DE TUTELA Radicado: 17380-31-87-001-2022 00206 00 DE FECHA 15 DE MAYO 2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 20/05/2026

AUTORIZADA POR:

YEIMMY ASTRID CABALLERO SUAREZ
53101960

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: 20/05/2026

Fecha generación: 20/05/2025 10:39:38

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 19/03/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
EVOLUCION

Nº Historia Clínica: 1072744607 **Nº Folio:** 53 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	MARIA FERNANDA PINTO MUÑOZ	**Tipo Identificación:**	CédulaCiudadanía
		Identificacion:	1072744607 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	25/09/2004 **Edad Actual:** 20 Años / 5 Meses / 22 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	TRNASVERSAL 8 NO. 6-58 BR. CONSOLATA- PUERTO SALGAR	**Teléfono:**	3104405641
Procedencia:	BOGOTA	**Ocupación:**	AUXILIAR DE SERVICIOS 01

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	FUERZAS MILITARES	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	DIGSA 2025 - FUERZA AEREA COLOMBIANA	**Nivel - Estrato:**	ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	8495757 **Fecha:** 19/03/2025 10:03
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

Diagnóstico Principal: Q631 - RINON LOBULADO, FUSIONADO Y EN HERRADURA
Diagnóstico (s) Relacionado(s): H905 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
29113	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	10	Rutinario

Observacion: USO DE FERULA CORTA PARA ESTABILIZACION DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA Y TERAPIA OACUPACIONAL

Total Ítems: 1

Firma del profesional tratante



Médico: 52186148 GARCIA GOMEZ AIDA ESPERANZA

Especialidad: 514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Señor Usuario: El Hospital Militar Central en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 se hace responsable del tratamiento de sus datos personales con las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Entidad.

LICENCIADO A: [HOSPITAL MILITAR CENTRAL] NIT [830040256-0]

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.072.744.607



Apellidos
PINTO MUÑOZ

Nombres
MARIA FERNANDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.46	F

Fecha de nacimiento
25 SEPT 2004

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
GUADUAS (CUNDINAMAR

Fecha y lugar de expedición
30 SEPT 2022, LA DORADA

Firma
Mafe Pinto

Fecha de expiración
30 SEPT 2032

.CO

005564219

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL005564219809049<<<<<<<<<<<
0409256F3209309COL1072744607<4
PINTO<MUNOZ<<MARIA<FERNANDA<<<

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 OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha: 22/05/2025

CC: 1072744607 **Nombres y Apellidos:** PINTO MUÑOZ MARIA FERNANDA **Fecha de Nacimiento:** 25/09/2004 **Edad:** 20 AÑOS 8 MESES 8 D

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** PUERTO SALGAR **Teléfono:** **Celular:**

Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA **Ocupación:** NO APLICA **Acudiente:** JULIETH MUÑOZ

Teléfono del Acudiente: 3104405641 **Parentesco:** MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

USUARIA DE 20 AÑOS, A QUIEN SE LE REALIZA SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL (SERVICIO CONSULTORIO), POR PRESENTAR HIPERLAXIA . DONDE SE EVIDENCIA EN LA PACIENTE EN OCASIONES PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN SUS MIEMBROS SUPERIORES ESPECIALMENTE EN LAS MANOS, DONDE MANIFIESTA MAS DOLOR Y PERDIDA DE LA FUERZA MUSCULAR EN LA MANO DERECHA, PARA REALIZAR CIERTA ACTIVIDADES, TAMBIÉN HAY DIFICULTADES PARA REALIZAR CIERTOS MOVIMIENTOS DE SU MIEMBROS SUPERIORES, DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE MMSS. PRESENTA DISMINUCIÓN DEL TACTO O DE LA SENSACIÓN AL DOLOR, NO PRESENTA PROBLEMAS PARA VOCALIZAR ALGUNAS PALABRAS. LA PACIENTE COMPRENDE CUANDO SE LE HABLA O SE LE PIDE QUE CUMPLA ÓRDENES SIMPLES Y CONCRETAS, EN OCASIONES PRESENTA DEBILIDAD MUSCULAR SIN QUE HAYA PÉRDIDA DE FUERZA DE LAS MANOS, TAMBIÉN PRESENTA MALA COORDINACIÓN PARA REALIZAR ALGUNAS TAREAS

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

HIPERLAXIA

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

ÁREA DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

PLAN DEL TRATAMIENTO CONSULTORIO:

MEJORAR LA ATENCIÓN EN ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.

REFORZAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES.

ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESAS.

REFORZAR DISPOSITIVOS BÁSICOS PARA MEJORAR SUS PROCESOS MENTALES

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE SU TRATAMIENTO SE DEBE ENCAMINAR A REDUCIR LAS LIMITACIONES FUNCIONALES.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

-INCREMENTAR DESARROLLO VISO MOTOR.
-PREVENIR Y TRATAR LAS RETRACCIONES
-EVITAR DEBILIDADES MUSCULARES
-PREVENIR QUE LAS ARTICULACIONES SE VUELVAN RÍGIDAS Y DOLOROSAS.
-INCORPORAR LA NOCIÓN NEUROLÓGICA.
-MEJORAR AMPLITUD ARTICULAR EVITANDO LA PRESENCIA DE RETRACCIONES Y/O DE FORMIDADES.
-SE DEBE TRABAJAR EN MASAJE ESTIMULATIVO EN SUS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y TRONCO, SE REALIZA EJERCICIOS DE MOVILIZACIONES Y ESTIRAMIENTO PARA LOGRAR UN ÓPTIMO DESARROLLO.
-POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS LOGRAR EN EL PACIENTE, HABILIDADES Y DESTREZAS A NIVEL MOTRIZ GRUESO Y FINO.
-A TRAVÉS DE ACTIVIDADES LÚDICAS INCREMENTAR LA EJECUCIÓN DE MOVIMIENTOS COORDINADOS.

OBSERVACIONES

SE DEBE TRABAJAR LA PARTE FÍSICA SINO TAMBIÉN OTROS ASPECTOS COMO SON CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y EN EL EJE FAMILIAR, SIENDO ASÍ PARTE IMPORTANTE PARA EL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO

	REALIZA	NO REALIZA
COMPONENTE SENSORIOMOTOR		
INTEGRACIÓN SENSORIAL	REALIZA	
PROCESAMIENTO SENSORIAL: PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO		
DESTREZAS PERCEPTUALES: ESQUEMA CORPORAL, DISCRIMINACIÓN DERECHA E IZQUIERDA, FIGURAFONDO, CONTANCIA DE LA FORMA, GRAFESTESIA		
NEUROMUSCULAR		
CONTROL POSTURAL EN TODAS LAS POSICIONES DE DESARROLLO MOTOR REFLEJOS	REALIZA	
MOTOR		
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS: CONTROL CEFÁLICO, ROLADO, SEDENTE, CUADRÚPEDO		
BÍPEDO		
HABILIDADES MOTORAS FINAS: PATRONES INTEGRALES		
LATERALIDAD, CRUCE LÍNEA MEDIA, ORDENES CRUZADAS		
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ	REALIZA	
INTEGRACIÓN BILATERAL	REALIZA	
TOLERANCIA AL PERIODO Y TIEMPO DE ACTIVIDAD	REALIZA	
PRAXIAS		
COMPONENTE COGNITIVO		
Lograr la máxima capacidad funcional de la paciente, para su independencia en su entorno; mantener las actividades de la vida diaria (A, V, D) y actividades básicas cotidianas (A, B.C)		
COMPONENTE PSICOSOCIAL		
MANEJO DE SÍ MISMO, ROLES, MANEJO DEL TIEMPO, AUTOCONTROL Y CONDUCTA		

MÉDICO



Firma:
Nombre: GIRALDO LLANOS LUZ ADRIANA
R. M.: 52262326

Código de Seguridad
V1095B37H142

PACIENTE

Firma:
Nombre: PINTO MUÑOZ MARIA FERNANDA
CC: 1072744607

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

CC: 1072744607 Nombre del Paciente: PINTO MUÑOZ MARIA FERNANDA Edad: 20 AÑOS 8 Nº 142

22 de Mayo del 2025 6:30pm - LUZ GIRALDO:

USUARIA QUE ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL A SESIÓN, DONDE SE REALIZARON ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS PARA MEJORAR LA MOTRICIDAD FINA Y FOMENTAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, TRABAJANDO DISTINTOS TIPOS DE PINZAS, Y AGARRE Y EL USO COORDINADO DE AMBAS MANOS. TERMINA LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

24 de Mayo del 2025 2:30pm - LUZ GIRALDO:

USUARIA QUE ASISTE A SESION DE TERAPIA OCUPACIONA SE REALIZAN ACTIVIDADES EN ENFOCAR Y MEJORAR LA MOTRICIDAD FINA Y HABILIDADES ESCOLARES. SE REALIZAN EJERCICIOS CON MASILLA TERAPÉUTICA PARA FORTALECER LOS DEDOS, LUEGO SE PRACTICÓ LA ESCRITURA CON LÁPIZ ADAPTADO Y USO DEL TECLADO. LA PACIENTE UTILIZÓ TIJERAS, FOMENTANDO PRECISIÓN Y COORDINACIÓN. TERMINA LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

26 de Mayo del 2025 2:30pm - LUZ GIRALDO:

USUARIA QUE ASISTE A SESION DE TERAPIA OCUPACION EN COMPAÑIA DE SU MADRE, SE REALIZAN ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA PARA FOMENTAR SU INDEPENDENCIA. PRACTICAMOS TAREAS COMO CEPILLADO DE CABELLO, USO DE CREMAS, ABOTONADO Y MANEJO DE CIERRES. TAMBIÉN SE LE ENSEÑARON POSTURAS SEGURAS PARA EVITAR LESIONES. SE REFORZÓ LA IMPORTANCIA DE LA AUTONOMÍA CON APOYO POSITIVO, SE TERMINA ACTIVIDADES SIN NINGUNA DIFICULTAD Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

28 de Mayo del 2025 2:30pm - LUZ GIRALDO:

USUARIA ASISTE A SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL, SE RELIZAN ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL AGARRE Y LA FUNCIONALIDAD DE LAS MANOS. SE REALIZARON ACTIVIDADES CON PINZAS PARA TRASLADAR OBJETOS PEQUEÑOS, USO DE MASILLA PARA HACER FORMAS, Y ACTIVIDADES DE ENHEBRADO CON CORDONES GRUESOS. TAMBIÉN MANIPULÓ BOTONES Y CIERRES EN ROPA REAL. TERMINAMOS CON UN JUEGO DE CONSTRUCCIÓN CON PIEZAS PEQUEÑAS, FAVORECIENDO PRECISIÓN Y ESTABILIDAD EN LOS DEDOS. SE TERMINA ACTIVIDADES SIN NINGUNA DIFICULTAD Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

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 - 78273

30	5	2025
HORA: 5:03 p.m.		

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

Dirección: KM 1 AUTOPISTA MEDELLIN- BOGCTA **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:** 28/08/2025 **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	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	30,000

APROBADA

	Sub Total	30,000.00
	Descuento	0.00
Paciente:	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
Valor en Letras: TREINTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV	Vr. Total	$30.000,00

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: 8f6d7d459d2fd616393299b5aa2041e62f5c5d68ba0eb3d60823be490e69a12fd7d7c0b321f031d73297f765e92f74dc

B

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 X | FONOAUDIOLOGIA	ELABORO: C.V.P.
FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS	

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	17 marzo 25	Javier A. Ortega	1:00pm	1:30pm	1201473277	madre.	Maria 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. Adicional 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: Maria Isabel parra
IDENTIFICACION 1073322993
CELULAR: 3183906926

PROFESIONAL QUE ATIENDE:
FIRMA Y SELLO

Luz Adriana Giraldo
C.C. 52262338
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

ARMONY
Clínica de Especialistas y Cirugía S.A.S.
NIT. 900520772-3

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

RESOLUCION 2884/2023 ANEXO TECNICO 1.

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 o inicio de sesiones varias.

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

FECHA:	17 DE MAYO
PACIENTE:	ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO
IDENTIFICACIÓN:	RC 1201473277
SERVICIO/PROCEDIMIENTO	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
ENTIDAD:	FUERZA AREA
NRO ORDEN SERVICIOS	49450
PROFESIONAL QUE PRESTA EL SERVICIO	DRA. LUZ ADRIANA GIRALDO

1073322993

FIRMA Y DOCUMENTO DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA
PARENTESCO SI EL USUARIO ES UN MENOR ,CUIDADOR O DE LA TERCERA EDAD.

CERTIFICO Y CONFIRMO LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900520772-3

CALLE 8 NO. 10-10 B/VILLA DEL PALMAR
3113483628 - 3217562842

Fele 78273

Fecha generación: 16/04/2025 22:23:46

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1211417 **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-2025-04-1211417	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303		Terapia Ocupacional (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
1014177939

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

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

1073322993

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

TERAPIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha: 17/05/2025

TI: 1201473277 Nombres y Apellidos: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Fecha de Nacimiento: 06/10/2018 Edad: 6 AÑOS 7 MESES 28 D
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BASE AEREA Teléfono: 3183848680 Celular: 3183906926
Entidad: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTA Ocupación: NO APLICA Acudiente: MARIA ISABELL PARRA
Teléfono del Acudiente: 3183906926 Parentesco: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

USUARIO DE 6 AÑOS, A QUIEN SE LE REALIZA VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, (CONSULTORIO), POR PRESENTAR : DICHA VALORACIÓN SE HACE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DONDE SE EVIDENCIA EN EL MENOR ATENCIÓN DISPERSA Y DIFICULTAD EN SU DESARROLLO DEL LENGUAJE; PRESENTA DIFICULTAD PARA LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNAS PALABRAS Y EN SU COMPORTAMIENTO EN OCASIONES NO ACATA NORMAS, DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES, REQUIERE DE VARIAS REPETICIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN, ACTIVIDAD AUMENTADA, PIERDE FÁCILMENTE EL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES, PRESENTA ALTERACIÓN A NIVEL HABILIDADES COGNITIVAS ESPECIALMENTE EN ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, REALIZA CONTACTO VISUAL Y SEGUIMIENTO VISUAL, HABILIDADES MOTORAS GRUESAS FUNCIONALES, PATRONES DE MOVIMIENTO ADECUADO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

ÁREA DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

PLAN DEL TRATAMIENTO CONSULTORIO:

-MEJORAR LA ATENCIÓN EN ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS.
- REFORZAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES.
-ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESAS.
-REFORZAR DISPOSITIVOS BÁSICOS PARA MEJORAR SUS PROCESOS MENTALES.

RECOMENDACIONES

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

-ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA.
- INCREMENTAR DESARROLLO VISO MOTOR.
- PREVENIR Y TRATAR LAS RETRACCIONES
-EVITAR DEBILIDADES MUSCULARES
- PREVENIR QUE LAS ARTICULACIONES SE VUELVAN RÍGIDAS Y DOLOROSAS.
- INCORPORAR LA NOCIÓN NEUROLÓGICA.
- MEJORAR AMPLITUD ARTICULAR EVITANDO LA PRESENCIA DE RETRACCIONES Y/O DEFORMIDADES.
? SE DEBE TRABAJAR EN MASAJE ESTIMULATIVO EN SUS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y TRONCO, SE REALIZA EJERCICIOS DE MOVILIZACIONES Y ESTIRAMIENTO PARA LOGRAR UN ÓPTIMO DESARROLLO.
- POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS LOGRAR EN EL PACIENTE, HABILIDADES Y DESTREZAS A NIVEL MOTRIZ GRUESO Y FINO.

OBSERVACIONES

LOGRAR LA MÁXIMA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA PACIENTE, PARA SU INDEPENDENCIA EN SU ENTORNO; MANTENER LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A, V, D) Y ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS (A, B.C)

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION

	REALIZA	NO REALIZA
COMPONENTE SENSORIOMOTOR		
INTEGRACIÓN SENSORIAL		
PROCESAMIENTO SENSORIAL: PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO		
DESTREZAS PERCEPTUALES: ESQUEMA CORPORAL, DISCRIMINACIÓN DERECHA E IZQUIERDA, FIGURAFONDO, CONTANCIA DE LA FORMA, GRAFESTESIA		
NEUROMUSCULAR		
CONTROL POSTURAL EN TODAS LAS POSICIONES DE DESARROLLO MOTOR REFLEJOS		
MOTOR		
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS: CONTROL CEFÁLICO, ROLADO, SEDENTE, CUADRÚPEDO		
BÍPEDO		
HABILIDADES MOTORAS FINAS: PATRONES INTEGRALES		
LATERALIDAD, CRUCE LÍNEA MEDIA, ORDENES CRUZADAS		
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ		
INTEGRACIÓN BILATERAL		
TOLERANCIA AL PERIODO Y TIEMPO DE ACTIVIDAD		
PRAXIAS		
COMPONENTE COGNITIVO		
COMPONENTE PSICOSOCIAL		
MANEJO DE SÍ MISMO, ROLES, MANEJO DEL TIEMPO, AUTOCONTROL Y CONDUCTA		

MÉDICO



Firma:

Nombre: GIRALDO LLANOS LUZ ADRIANA

R. M.: 52262326

Código de Seguridad

D1095J37P141

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 7 M Nº 141

17 de Mayo del 2025 1:00pm - LUZ GIRALDO:

USUARIO QUE ASISTE A VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL, EN COMPAÑIA DE SU MADRE MARIA ISABEL PARRA , DONDE SE TRABAJÓ EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE CONCENTRACIÓN, ATENCIÓN, IGUALDAD, DIFERENCIA, SECUENCIA, APAREAR Y ACTIVIDADES DE PERCEPCIÓN VISUAL, LOGRANDO CULMINAR LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD, PACIENTE QUEDA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

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:** 28/08/2025 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 78274

30	5	2025
HORA: 5:05 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	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	30,000

APROBADA

	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

Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE
RC 1058200821

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 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: 383117a4528e1f3a944a2d092aa3b7af21dc8df932e70bac3fbcd02a2419156ed006bdc4dd6c18325c01f2a18c216bd6

ARMONY Clínica de Especialistas y Cirugía S.A.S. NIT. 900520772-3 A	MONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
	GESTION DE CALIDAD / AMBULATORIO	FECHA: 01/12/2020
		PAGINA: 1 DE 1
	FISICA / RESPIRATORIA / OCUPACIONAL (X) / 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	13 mayo/25	Juan Jose ortiz	4:00pm	4:30	1058200821	Madre		1045411075
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 1045411075
CELULAR: 3166341479.

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Luz Adriana Giraldo/LI .
C.C.52262326
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

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:	3-05-2025
PACIENTE:	Juan José Ocampo.
IDENTIFICACIÓN:	1058200821.
ENTIDAD:	FAC.

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

49010

2024

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: 11/04/2025 09:40:01

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2025-04-1134322 **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
BERTURA EN SALUD: No registra
ADO: ST1
REGIONAL: CENTRO

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

INFORMACION DE LA ATENCION

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. 10-10
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-2025-04-1134322	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303	Terapia Ocupacional (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

VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

No hay sistema

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

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

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

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

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 SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

TERAPIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha: 03/05/2025

TI: 1058200821 Nombres y Apellidos: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Fecha de Nacimiento: 09/08/2010 Edad: 14 AÑOS 9 MESES 25 I

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: 3106634179 Parentesco: 1054541075

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD, ASISTE A VALORACION POR TERAPIA OCUPACIONAL (CONSULTORIO) EN COMPAÑIA DE SU MADRE SE EVIDENCIA EN EL MENOR ATENCIÓN DISPERSA Y DIFICULTAD EN SU DESARROLLO DEL LENGUAJE; PRESENTA DIFICULTAD PARA LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNAS PALABRAS Y EN SU COMPORTAMIENTO EN OCASIONES NO ACATA NORMAS, DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES, REQUIERE DE VARIAS REPETICIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN, ACTIVIDAD AUMENTADA, PIERDE FÁCILMENTE EL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES.

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

TRANSTORNO DE LENGUAJE, TDAH, AUTISMO

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

ÁREA DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

REFORZAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES. - INCREMENTAR ESTRUCTURACIÓN SEMÁNTICA Y SINTÁCTICA

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE SU TRATAMIENTO SE DEBE ENCAMINAR A MEJORAR SUS PROCESO MENTALES SUPERIORES (ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA).

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

ESTIMULAR AL MENOS EN DISTINTAS AREAS DEL DESARROLLO E INCREMENTAR DESARROLLO VISO MOTOR POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS.

OBSERVACIONES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO
F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION

	REALIZA	NO REALIZA
COMPONENTE SENSORIOMOTOR		
INTEGRACIÓN SENSORIAL PROCESAMIENTO SENSORIAL: PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO DESTREZAS PERCEPTUALES: ESQUEMA CORPORAL, DISCRIMINACIÓN DERECHA E IZQUIERDA, FIGURAFONDO, CONTANCIA DE LA FORMA, GRAFESTESIA		
NEUROMUSCULAR		
CONTROL POSTURAL EN TODAS LAS POSICIONES DE DESARROLLO MOTOR REFLEJOS		

MOTOR		
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS: CONTROL CEFÁLICO, ROLADO, SEDENTE, CUADRÚPEDO		
BÍPEDO		
HABILIDADES MOTORAS FINAS: PATRONES INTEGRALES		
LATERALIDAD, CRUCE LÍNEA MEDIA, ORDENES CRUZADAS		
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ		
INTEGRACIÓN BILATERAL		
TOLERANCIA AL PERIODO Y TIEMPO DE ACTIVIDAD		
PRAXIAS		
COMPONENTE COGNITIVO		
COMPONENTE PSICOSOCIAL		
MANEJO DE SÍ MISMO, ROLES, MANEJO DEL TIEMPO, AUTOCONTROL Y CONDUCTA		

MÉDICO



Firma:

Nombre: GIRALDO LLANOS LUZ ADRIANA

R. M.: 52262326

Código de Seguridad

Q1095W37C140

PACIENTE

Firma:

Nombre: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE

TI: 1058200821

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: 1058200821 Nombre del Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Edad: 14 AÑOS 9 Nº 140

3 de Mayo del 2025 4:00pm - LUZ GIRALDO:

USUARIO DE 15 AÑOS, A QUIEN SE LE REALIZA VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, (CONSULTORIO), DICHA VALORACIÓN SE HACE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE DONDE SE EVIDENCIA EN EL MENOR ATENCIÓN DISPERSA Y DIFICULTAD EN SU DESARROLLO DEL LENGUAJE; PRESENTA EN SU COMPORTAMIENTO EN OCASIONES NO ACATA NORMAS, DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES, REQUIERE DE VARIAS REPETICIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN, ACTIVIDAD AUMENTADA, PIERDE FÁCILMENTE EL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES, PRESENTA ALTERACIÓN A NIVEL HABILIDADES COGNITIVAS ESPECIALMENTE EN ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, REALIZA CONTACTO VISUAL Y SEGUIMIENTO VISUAL, HABILIDADES MOTORAS GRUESAS FUNCIONALES, PATRONES DE MOVIMIENTO ADECUADO, ES INDEPENDIENTE EN LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO, EN SU TIEMPO LIBRE LE GUSTA JUGAR, ES SOCIABLE, SE INTEGRA ADECUADAMENTE, EN ACTIVIDADES GRUPALES, SE LE DIFICULTA LA ESPERA DE TURNO, PRESENTA POCA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LICEO LOS ÁNGELES EN GRADO TRANSICIÓN , REALIZA ACTIVIDAD DEPORTIVAL, LE GUSTA USTA CON SUS AMIGOS. POR LO TANTO SE RECOMIENDA QUE SU TRATAMIENTO SE DEBE ENCAMINAR A MEJORAR SUS PROCESO MENTALES SUPERIORES (ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA), Y MANTENER LAS FUNCIONES YA DESARROLLADAS, ESTIMULAR LAS CAPACIDADES FUNCIONALES, ENFATIZAR EN LA ADQUISICIÓN DE PATRONES DE MOVIMIENTO, MEJORAR PROPIOCEPCIÓN, MEJORAR ESQUEMA CORPORAL, MEJORAR COORDINACIÓN, MEJORAR POSTURA.

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 - 3334

Fecha de emisión
09/07/2025 12:06 p.m.

Tipo	Identificación	Dv	Nombre	9,000.00
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 - 78274	30/05/2025	901542613	MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782

Cant	Descripción	Vr unitario	Vr total
1	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	9.000,00	9.000,00

Observaciones y/o notas adicionales: conciliacion glosas

Sub Total	9.000,00
Descuento	0,00
I.V.A	0,00
Vr. Total	9.000,00

Revisado	Recibido
	Firma _____
	Cédula

Creado por: CLAUDIA VANEGAS POVEDA - Jul 9 2025 12:06PM

CUDE: 73fe5203a2cf34402d59586a57724e5535bad12659a068f5e485bc99fa1e3069bdc52f95c61830e919ca1465bd603f79

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 - 78275

30	5	2025
HORA: 5:07 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:** 28/08/2025 **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	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	60,000

APROBADA

	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

Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE
CC 1058200821

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: 4746bd6f6e4ea40c1aff17b2080fbdb5672b22fce34924ed6896d19d0b52ca322b806f1e1be6f26f3c5dad6db55def40

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:	24.05.25.
PACIENTE:	Juan Jose Diaz ortiz.
IDENTIFICACIÓN:	1058200821.
ENTIDAD:	FAC.

1054546077

FIRMA DEL PACIENTE O DE QUIEN LO REPRESENTA

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO
ARMONY NIT. 900.520.772-3

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

A49011

28275

Fecha generación: 03/05/2025 09:22:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-04-1370052 **FECHA SOLICITUD:** 4/30/25, 5:40 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN JOSE DIAZ ORTIZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: ST1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1058200821
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
Z003	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	Confirmado Nuevo

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-2025-04-1370052	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303		Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 30 DE ABRIL JEFSA FAC, ONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE DE 15 AÑOS ASISTE A CONTROL DE ADOLESCENCIA EN COMPAÑIA DE SU MADRE, NO PRESENTA SIGNOS ANEMICOS, SE LE INDICA AL CUIDADOR FORTALECER HABITOS ALIMENTICIOS E IMPLEMENTAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN FOLATO, ÑIÑO SIN EVIDENCIA SIGNOS DE MALTRATO, EN COLGEIO , REFIERE SOCIALIZAR Y HACER AMISTADES, LE GUSTA JUGAR CON LOS AMIGOS. PACIENTE QUIEN PRESENTA TRSTORNO DE LENGUAJE, TDAH, AUTISMO, REFEIRE TENER ORDEN PARA CITA CON ESPECIALISTAS, TANTO PEDIATRÍ ACOMO NEUROPEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA, HOY TALLA 1.75CM PESO 84. SE EDUCA EN MEDIDAS DE HIGIENE EN EL HOGAR Y MEDIDAS AMBIENTALES, PREVENCION DEL DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CUIDADO E HIGIENE PERSONAL. PACIENTE QUIEN REQUIERE 10TERAPIAS INTEGRALES, SE CARGA ORDEN PARA TERAPIAS. POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/04/2026

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: 30/04/2026

VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

A

ARMONY Clínica de Especialistas y Cirugía S.A.S. NIT. 900520772-3	MONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
		FECHA: 01/12/2020
	GESTION DE CALIDAD / AMBULATORIO	PAGINA: 1 DE 1
	FISICA / RESPIRATORIA / OCUPACIONAL (X) / 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	24may/25	Juan Jose ortiz	100pm	1:30p	1058200821	Padre		1054561708
2	29Mayo/25	Juan Jose ortiz	4:30p	5:00p	1058200821	Padre		1054561708
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 atención.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1054561708
CELULAR: 3136891100

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Luz Adriana Giraldo/LT.
C. C. 52262328
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

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 OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Fecha: 24/05/2025

TI: 1058200821 Nombres y Apellidos: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Fecha de Nacimiento: 09/08/2010 Edad: 14 AÑOS 9 MESES 25 I
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: CRISTIAN OLAYA
Teléfono del Acudiente: 3136891100 Parentesco: PADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD, ASISTE A VALORACION POR TERAPIA OCUPACIONAL (CONSULTORIO) EN COMPAÑIA DE SU PADRE CRISTIAN OLAYA SE EVIDENCIA EN EL MENOR ATENCIÓN DISPERSA Y DIFICULTAD EN SU DESARROLLO DEL LENGUAJE; PRESENTA DIFICULTAD PARA LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNAS PALABRAS Y EN SU COMPORTAMIENTO EN OCASIONES NO ACATA NORMAS, DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES, REQUIERE DE VARIAS REPETICIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE UNA INSTRUCCIÓN, ACTIVIDAD AUMENTADA, PIERDE FÁCILMENTE EL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES.

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CLÍNICOS

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

ÁREA DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

PLAN D ETRATAMIENTO:

- MEJORAR LA ATENCIÓN EN ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE
- TRABAJO DE GNOSIAS TEMPORO-ESPACIALES.
- REFORZAR PROCESOS MENTALES SUPERIORES.
- INCREMENTAR ESTRUCTURACIÓN SEMÁNTICA Y SINTÁCTICA

RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE SU TRATAMIENTO SE DEBE ENCAMINAR A MEJORAR SUS PROCESO MENTALES SUPERIORES (ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA).

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

ESTIMULAR AL MENOS EN DISTINTAS AREAS DEL DESARROLLO E INCREMENTAR DESARROLLO VISO MOTOR POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS.

OBSERVACIONES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO
F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION

	REALIZA	NO REALIZA
COMPONENTE SENSORIOMOTOR		
INTEGRACIÓN SENSORIAL		NO REALIZA
PROCESAMIENTO SENSORIAL: PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO	REALIZA	
DESTREZAS PERCEPTUALES: ESQUEMA CORPORAL, DISCRIMINACIÓN DERECHA E IZQUIERDA, FIGURAFONDO, CONTANCIA DE LA FORMA, GRAFESTESIA	REALIZA	

NEUROMUSCULAR		
CONTROL POSTURAL EN TODAS LAS POSICIONES DE DESARROLLO MOTOR REFLEJOS	REALIZA	
MOTOR		
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS: CONTROL CEFÁLICO, ROLADO, SEDENTE, CUADRÚPEDO	REALIZA	
BÍPEDO	REALIZA	
HABILIDADES MOTORAS FINAS: PATRONES INTEGRALES	REALIZA	
LATERALIDAD, CRUCE LÍNEA MEDIA, ORDENES CRUZADAS	REALIZA	
COORDINACIÓN VISOMOTRIZ		NO REALIZA
INTEGRACIÓN BILATERAL	REALIZA	
TOLERANCIA AL PERIODO Y TIEMPO DE ACTIVIDAD		
PRAXIAS		NO REALIZA
COMPONENTE COGNITIVO		
Mantener su desarrollo funcional, Desarrollar habilidades motoras en el menor; con el fin de brindar una adecuada estimulación, Facilitar el desarrollo psicomotor, mejorar procesos mentales superiores, mejorar coordinación, mejorar postura		
COMPONENTE PSICOSOCIAL		
MANEJO DE SÍ MISMO, ROLES, MANEJO DEL TIEMPO, AUTOCONTROL Y CONDUCTA		

MÉDICO



Firma:

Nombre: GIRALDO LLANOS LUZ ADRIANA

R. M.: 52262326

Código de Seguridad

U1095A37G137

PACIENTE

Firma:

Nombre: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE

TI: 1058200821

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: 1058200821 Nombre del Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Edad: 14 AÑOS 9 Nº 137

24 de Mayo del 2025 1:00pm - LUZ GIRALDO:

PACIENTE QUE ASISTE A SESIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, DONDE SE LE TRABAJÓ SU ÁREA COGNITIVA POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS, (DIFERENCIAS – APAREAR- PERCEPCIÓN VISUAL), PARA MEJORAR LOS DISPOSITIVOS BÁSICOS DEL APRENDIZAJE (CONCENTRACIÓN Y MEMORIA). CULMINANDO LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD, QUEDA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.



29 de Mayo del 2025 4:30pm - LUZ GIRALDO:

PACIENTE A QUIEN SE LE CONTINUA REALIZANDO TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL, ASISTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, DURANTE LA SESIÓN SE OBSERVA MENOR TRANQUILO, DONDE SE REFORZÓ , EN MEJORAR LA DIFICULTAD EN PROCESAR VARIOS ESTÍMULOS SIMULTANÉAME, TAMBIÉN LA DIFICULTAD PARA MANTENER LA ATENCIÓN DE FORMA CONTINUADA, SE TRABAJÓ POR MEDIO DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS, PARA MEJORAR SU ÁREA COGNITIVA, QUEDA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CULMINA LA ACTIVIDAD SIN NINGUNA DIFICULTAD.

