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: 1032516227 Nombre del Paciente: CELIS RODRIGUEZ SALVADOR Edad: 3 AÑOS 0 M N° 212

1 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA PRIMERA SESIÓN FONOAUDIOLÓGICA MIOFUNCIONAL OROFACIAL CON APARATOLOGÍA, EL OBJETIVO PRINCIPAL ES FAVORECER LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y MOTORA DEL SISTEMA OROFACIAL DEL PACIENTE DE 2 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA EN LA INFANCIA, BUSCANDO MEJORAR LA TOLERANCIA ORAL, LA COORDINACIÓN DE SUCCIÓN, DEGLUCIÓN Y MASTICACIÓN, ASÍ COMO DISMINUIR LAS RESPUESTAS AVERSIVAS FRENTE A LOS ESTÍMULOS ORALES. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL A TRAVÉS DE APARATOLOGÍA VIBRATORIA DE BAJA FRECUENCIA, UTILIZANDO CEPILLOS ELÉCTRICOS, VIBRADORES ORALES Y SONDAS SENSORIALES EN MEJILLAS, LABIOS Y LENGUA, CON EL FIN DE AUMENTAR LA CONCIENCIA Y LA ACEPTACIÓN TÁCTIL. POSTERIORMENTE, SE APLICAN TÉCNICAS DE PRESIÓN PROFUNDA Y ROZAMIENTO CON DIFERENTES TEXTURAS SE INTEGRAN EJERCICIOS DE MOVILIDAD OROFACIAL PASIVA Y ACTIVA, ASISTIDOS CON APARATOLOGÍA MIOFUNCIONAL, DIRIGIDOS A LA APERTURA MANDIBULAR, ELEVACIÓN LINGUAL Y CIERRE LABIAL, ESENCIALES PARA LA FUNCIÓN DE DEGLUCIÓN.



5 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

ESTA SESIÓN SE ENFOCA EN MEJORAR EL CONTROL MOTOR ORAL Y LA COORDINACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS IMPLICADAS EN LA ALIMENTACIÓN, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL Y APARATOLOGÍA SENSORIAL. SE INICIA CON UNA RUTINA DE PREPARACIÓN OROFACIAL CON ESTÍMULOS VIBRATORIOS SUAVES EN MEJILLAS, MANDÍBULA Y LENGUA, SEGUIDOS DE EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL CON EJERCITADORES ORALES DE RESISTENCIA VARIABLE Y SUCCIONADORES TERAPÉUTICOS. SE APLICAN TÉCNICAS DE DESENSIBILIZACIÓN GRADUAL ANTE TEXTURAS ALIMENTARIAS UTILIZANDO CUCHARAS VIBRADORAS Y HERRAMIENTAS SENSORIALES QUE PERMITEN INTRODUCIR SABORES Y CONSISTENCIAS NUEVAS SIN GENERAR RECHAZO. A CONTINUACIÓN, SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE SUCCIÓN-DEGLUCIÓN CON EL USO DE PITILLOS DE DIFERENTES CALIBRES, TRABAJANDO LA FUERZA DE SUCCIÓN Y LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA. SE INCLUYEN ACTIVIDADES LÚDICAS CON BURBUJAS Y SOPLO PARA MEJORAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA, NECESARIA PARA LA REGULACIÓN DEL RITMO DE ALIMENTACIÓN.



8 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA INTERVENCIÓN, SE BUSCA REFORZAR LAS HABILIDADES DE MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN MEDIANTE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL Y EL FORTALECIMIENTO MUSCULAR OROFACIAL, UTILIZANDO APARATOLOGÍA ADAPTADA A LA EDAD DEL PACIENTE. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN VIBRATORIA DE LAS ZONAS PERIORALES Y LINGUALES, SEGUIDA DE EJERCICIOS DE MOVILIDAD MANDIBULAR ASISTIDA CON DEPRESORES ORALES Y EJERCICIOS DE APERTURA Y CIERRE BUCAL FRENTE AL ESPEJO PARA AUMENTAR LA CONCIENCIA MOTORA. SE TRABAJA LA COORDINACIÓN RESPIRACIÓN-SUCCIÓN-DEGLUCIÓN MEDIANTE EJERCICIOS CON PITILLOS Y GLOBOS, PROMOVIENDO EL CONTROL DEL FLUJO AÉREO Y LA SINCRONIZACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS. SE INTRODUCE ALIMENTACIÓN TERAPÉUTICA CON ALIMENTOS SEMISÓLIDOS, TRABAJANDO LA TRANSICIÓN DE PURÉ A TROZOS BLANDOS BAJO SUPERVISIÓN.



EVOLUCIONES

RC: 1032516227 Nombre del Paciente: CELIS RODRIGUEZ SALVADOR Edad: 3 AÑOS 0 M Nº 212

12 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN, EL OBJETIVO ES PROMOVER LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA DURANTE LA ALIMENTACIÓN, CONSOLIDANDO LAS HABILIDADES DE CONTROL MOTOR ORAL MEDIANTE EJERCICIOS ESPECÍFICOS CON APARATOLOGÍA. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN TÉRMICA ALTERNADA (FRÍO-CALOR) PARA AUMENTAR LA CONCIENCIA SENSORIAL Y ACTIVAR LOS RECEPTORES ORALES. SE UTILIZAN VIBRADORES DE BAJA INTENSIDAD PARA REFORZAR LA MOVILIDAD LABIAL Y LINGUAL, SEGUIDOS DE EJERCICIOS MIOFUNCIONALES ACTIVOS CON DISPOSITIVOS DE RESISTENCIA PROGRESIVA, CENTRADOS EN EL CIERRE LABIAL Y ELEVACIÓN LINGUAL.



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 - 84118

13 | 12 | 2025

HORA: 7:42 a.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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: AGUILAR ESPITA ANA ISABEL TI: 1097190021

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 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: f718c4b281370654a95e375c585d221627f5372138c8a40948ded0f470afe751dd617b15c6a33132f138cea20a5f8f26

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84118

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Solicitud	F Exámen	Tipo Exámen
54482	1097190021	AGUILAR ESPITA ANA ISABEL	2025-05-1697578	05/09/2025	05/09/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL						30,000
SubTotal						**30,000**
Total a Pagar						**30,000**

	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3	VERSION:2
ARMONY Clinica de Especialistas y Cirugia S.A.S. NIT. 900520772-3		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	5-09-25	Ana Isabel Aguilar	6100	6130		Mamá		1054564388
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 1054564388
CELULAR: 3176722992

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Cristina Merino
Fonoaudiologa
T.P. 165444
C.C. 30.390.677

Fecha generación: 03/06/2025 15:58:16

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-05-1697578 **FECHA SOLICITUD:** 5/22/25, 4:03 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANA ISABEL AGUILAR ESPITIA
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SV
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1097190021
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / YELICSA MARGARETH CASAS DIAZ
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F83X	TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO	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	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-05-1697578	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 DE MAYO DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE,SE CARGA ORDEN SE SOLICITA TERAPIAS INTEGRALES POR FONOAUDIOLOGIA Y OCUPACIONAL FAVOR AUTORIZAR PARA CONTRATO CLINICA ARMONY CONTRATO 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/05/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 22/05/2026

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

Elizabeth Espitia
CC 1073323325 (madre)

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

PACIENTE:	ANA ISABEL AGUILAR ESPITIA		
TIPO DOCUMENTO:	Tarjeta de identidad	**DOCUMENTO:**	1097190021
FECHA DE NACIMIENTO:	18/11/2008	**EDAD:**	16 Años / 6 Meses / 4 Días
SEXO:	Femenino	**ETNIA:**	Ninguna de las anteriores
FUERZA:	EJC	**GRADO:**	SARGENTO VICEPRIMERO
UNIDAD:	BRIGADA DE CONTRAINTELIGENCIA MILITAR # 2		
DEPARTAMENTO:	CALDAS	**MUNICIPIO:**	LA DORADA
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	KR 12 ESTE 11 25 SUR APARTAMENTO 402		

CONSULTA EXTERNA **FECHA** 22/05/2025 15:30

CÓDIGO DE CONSULTA:
890383 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:
Detección temprana de enfermedad general

CAUSA EXTERNA:
Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:
"CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APRENDIZAJE Y DEL LENGUAJE. QUIEN ES TRAIDA POR MADRE A CONTROL MEDICO, MADRE DE MENOR REFIERE PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD, REFIERE SINTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS EN MANEJO CON NORAVER DIA Y NOCHE. NO PICOS FEBRILES.MADRE REFIERE NO HA SIDO VALORADO POR NEUROPSICOLOGIA CUADRO DE HIPOCUSIA Y MARE TRAE REPORTE DE GLICEMIA PRE Y POST DESAYUNO PRE 89.6 POST 71

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
No registra

REMITIDO DE:
No registra

PROFESIONAL DE LA YELICSA MARGARETH CASAS DIAZ
NÚMERO DE REGISTRO: No registra

ANTECEDENTES GENERALES

HOSPITALIZACIONES:	MADRE REFIERE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA HACE 5 AÑOS
QUIRÚRGICOS:	MADRE NIEGA
FARMACOLÓGICOS:	MADRE NIEGA
TRAUMÁTICOS:	MADRE DE MENOR NIEGA
TÓXICO-ALÉRGICOS:	MADRE DE MENOR NIEGA
FAMILIARES:	MADRE DE MENOR NIEGA

EXAMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES:	NO EDEMA PALPEBRAL, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ. ORL: OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL CERUMEN ESCASO, NARINAS PERMEABLES, NO ALETEO NASAL, NO RINORREA, MUCOSA ORAL HUMEDA, NO LESIONES OROFARINGEAS, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, NO TIRAJES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALSIS + NORMAL, NO

	MASAS NI MEGALIAS PALPABLES, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. GU: EXTERNAMENTE NORMOCONFIGURADOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMA, LLENADO CAPILAR NORMAL. SNC: ACTIVO - REACTIVO A ESTIMULOS EXTERNOS, BUEN TONO MUSCULAR
ABDOMEN:	No evaluado
OÍDOS:	No evaluado
NARIZ:	No evaluado
EXTREMIDADES:	No evaluado
EXAMEN NEUROLÓGICO:	No evaluado
TÓRAX:	No evaluado
PIEL Y FANERAS:	No evaluado
OROFARINGE:	No evaluado
OJOS:	No evaluado
MAMAS:	No evaluado
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	No evaluado
EXAMEN MENTAL:	No evaluado
EXAMEN GENITOURINARIO:	No evaluado
CUELLO:	No evaluado
CABEZA Y CRÁNEO:	No evaluado
TACTO RECTAL:	No evaluado

REVISION POR SISTEMAS	
SINTOMAS GENERALES:	N/A
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas

SIGNOS VITALES	
ESTATURA:	1.61 m
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m²
FRECUENCIA CARDÍACA:	80 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	17 rpm
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	17.98 Kg/m²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	71 mmHg
SATURACIÓN DE OXÍGENO:	98 %
PESO:	46.6 Kg
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	117 mmHg
TEMPERATURA:	36.5 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

F83X TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APRENDIZAJE Y DEL LENGUAJE. QUIEN ES TRAIDA POR MADRE A CONTROL MEDICO. MADRE DE MENOR REFIERE PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD. REFIERE SINTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS EN MANEJO CON NORAVER DIA Y NOCHE. NO PICOS FEBRILES.MADRE REFIERE NO HA SIDO VALORADO POR NEUROPSICOLOGIA CUADRO DE HIPOCUSIA Y MARE TRAE REPORTE DE GLICEMIA PRE Y POST DESAYUNO PRE 89.6 POST 71 AL EXAMEN FISICO PACIENTE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE CONSIDERA PACIENTE SE BENEFICIA DE VALORACION POR OTORRINOLARIGOLOGIA TOMA DE ES STUDIOS MADRE TRAE REPORTE DE GLUCOSA PRE Y POST DESAYUNO DE PRE DE 83.3 POST 84 POR LO CUAL SE INDICA ESTUDIOS DE EXTENSION, DADO CUADRO RESPIRATORIO SE INDICA MANEJO FARMACOLOGICO , SECARGA ORDEN DE TERAPIAS INTEGRALES , NEUROPISCOLOGIA, NEUROPEDIATRIA, DADA ESCOLIOSIS SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA DE CONTROL ,SE DN RECOMNEDACIONES A MADRE DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE ALIMENTACION, ACTIVIDAD FISICA

TRATAMIENTO:

1. SE SOLICITA VALORACION POR OTORRINOLARIGOLOGIA 2. SE SOLCIITA AUDIOMETRIAS Y LOGOMETRIAS 3. SE SOLCIITA TSH Y T4L 4.SE CARGA ORDEN DE TERAPIAS INTEGRALES FONOAUDIOLOGIA TERAPIA FISICA Y SALUD OCUPACIONAL 5. SE CARGA ORDEN PARA VALORACION POR NEUROPISCOLOGIA NEUROPEDIATRIA PSIQUIATIRA PEDIATRIA 6.SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA DE CONTROL

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO:

ACETILCISTEINA ORAL DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 5. CANTIDAD: 10

RECOMENDACIONES:

DAR CADA 12 HORAS POR 05 DIAS

MEDICAMENTO:

FOSFATO MONOBASICO DE SODIO+FOSFATO DIBASICO DE SODIO ORAL DOSIS: 1 CADA 24 HORAS, DURANTE 1. CANTIDAD: 1

RECOMENDACIONES:

DAR DOSIS UNICA PARA PREPARACION

ORDENES PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO:

937001 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL

OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:

No registra

OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:

PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE,SE CARGA ORDEN SE SOLICITA TERAPIAS INTEGRALES POR FONOAUDIOLOGIA Y OCUPACIONAL FAVOR AUTORIZAR PARA CONTRATO CLINICA ARMONY CONTRATO 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:

No registra

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

No registra

PROCEDIMIENTO:

938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL

OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:

No registra

OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:

PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE,SE CARGA ORDEN SE SOLICITA TERAPIAS INTEGRALES POR FONOAUDIOLOGIA Y

OCUPACIONAL FAVOR AUTORIZAR PARA CONTRATO CLINICA ARMONY CONTRATO 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890282 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE. DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLCIITA VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA FAVOR AUTORIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
954107 AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE. DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLCIITA VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIAS FAVOR AUTORIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
954301 LOGOAUDIOMETRIA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE. DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLCIITA VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y LOGOAUDIOMETRIA FAVOR AUTORIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890208-1 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGA ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACION DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE. DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLICITA VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA FAVOR AUTORIZAR PARA HOMIL
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890375 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA

PEDIÁTRICA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE, DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLICITA VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA FAVOR AUTORIZAR PARA HOMIL
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890385 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE, DADO HIPOACUSIA REFERIDA POR MADRE SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA PEDIATRICA FAVOR AUTORIZAR PARA HOMIL
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890394 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INCONTINENECIA URINARIA FAVOR AUTRIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
904902 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE,SE SOLCIITA TSH Y T4 LIBRE FAVOR AUTRIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
904921 TIROXINA LIBRE
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIENTE 16 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL APERNDIZAJE Y DEL LENGUAJE,SE SOLCIITA TSH Y T4 LIBRE FAVOR AUTRIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890383 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
SE SOLCITA VALORACION DE CONTROL POR PEDIATRIA FAVOR AUTRIZAR PARA DMEFA
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
SE SOLICITA RADIOGAFIA LUMBAR
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

PROCEDIMIENTO:
890208 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA

OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
No registra
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra



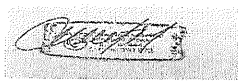
ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1097190021 Nombre del Paciente: AGUILAR ESPITA ANA ISABEL Edad: 16 AÑOS 1 Nº 564

5 de Septiembre del 2025 6:00pm - AURA MERINO:

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTA SESIÓN ES FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA RESPIRACIÓN, LA ARTICULACIÓN Y LA EXPRESIÓN VERBAL FUNCIONAL, INCREMENTANDO LA CLARIDAD Y FLUIDEZ DE LAS EMISIONES. SE INICIA CON MASAJE VIBRATORIO DE ACTIVACIÓN Y EJERCICIOS DE PRAXIAS CON RESISTENCIA, UTILIZANDO PAJILLAS, DEPRESORES Y SONDAS MIOFUNCIONALES. LUEGO SE INTRODUCEN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRATORIA CON EMISIÓN DE VOCALES Y SÍLABAS PROLONGADAS, TRABAJANDO LA DURACIÓN Y EL CONTROL DEL FLUJO DE AIRE. SE PROMUEVE LA ARTICULACIÓN DIRIGIDA DE PALABRAS BISÍLABAS Y TRISÍLABAS, EMPLEANDO REPETICIÓN MODELADA, APOYOS VISUALES Y REFORZADORES POSITIVOS.



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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 84119

13	12	2025
HORA: 8:18 a.m.		

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: MENDEZ NARVAEZ JUAN ANDRES RC: 1122943137

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: c185c95f8ba21f6e49feff544986c30887afb92a480e54215d490a14710943cf6ab48b8c574f9d5011dc22efdfa67393

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84119

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
54473	1122943137	MENDEZ NARVAEZ JUAN ANDRES	2025-07-2303936	01/09/2025	05/09/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
SubTotal	**60,000**
Total a Pagar	**60,000**

P60 rashco roloste

	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3				VERSION:2
ARMONY Clinica de Especialistas y Cirugia S.A.S. NIT. 900520772-3					FECHA: 01/12/2020
	GESTION DE CALIDAD			AMBULATORIO	PAGINA: 1 DE 1
					ELABORO: C.VP.
	FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLOGIA	
	FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS				

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-09-25	Juan Hurtado Z	11:00	11:30	1	papá	[signature]	1018424[illegible]
2	5-09-25	Juan Hurtado Z	11:00	11:30	1	papá	[signature]	1018424[illegible]
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: [signature]
IDENTIFICACION
CELULAR: 1 1018424 5
2

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Cristina Gutierrez
Fonoaudiologa
RM. 65444
C.C. 30.390.672

Fecha generación: 09/07/2025 22:59:14

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-07-2303936 **FECHA SOLICITUD:** 7/5/25, 5:23 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN ANDRES ANGEL MENDEZ NARVAEZ
DOCUMENTO: 1122943137
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
CODIGO ESM O 1738000519-01
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: MY
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / MANUEL FERNANDO GAITAN SERNA **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	Relacionado
Q381	ANQUILOGLOSIA	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-2025-07-2303936	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	24	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: se valida y autoriza jefsa fac a partir del 5 de julio del 2025

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden del medico especialista en pediatria MARIA MARGARITA LOZANO ACOSTA quien solicita examenes de laboratorio, -RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL- DECUBITO LATERAL- OBLICUAS O LATERAL). CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA. -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA. -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Indicaciones: TERAPIA DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA, POR 3 MESES. TOTAL DE TERAPIAS 24. por favor autorizar en la dorada caldas en la clinica ARMONY CON NUMERO DE CONTRATO N. 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/07/2026

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: 05/07/2026

ALVARO A. MÉNDEZ
CC 10184245
PADRE.

ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA
Nit. 810000913
Dir. CLL 12 Nº 5-20 - Tel. 8392000

Hospital San Felix
E.S.E. LA DORADA - CALDAS
Construyendo salud para nuestra región.

Registro de Calidad:
Fecha Historia:18/06/2025 12:07
Lugar y Fecha:LA DORADA,CALDAS 18/06/2025 12:07
Documento y Nombre del Paciente: RC 1122943137 JUAN ANDRES ANGEL MENDEZ NARAVEZ
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 Convenio: ESM11782-2025 Tipo de Usuario: OTRO
No Historia: 1122943137 Órden Nº: 4042691

Atención: Ambulatorio

- Procedimiento: 937000 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Especialidad: FONOADIOLOGIA **Indicaciones:** TERAPIA DE LENGUAJE 2 VECES POR SEMANA, POR 3 MESES. TOTAL DE TERAPIAS 24

DX Principal: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: F808 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE
DX Relacionado 2: Q381 ANQUILOGLOSIA

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO



DR. MARIA MARGARITA LOZANO ACOSTA
CC 1018410908
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 1018410908

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: 1122943137 Nombre del Paciente: MENDEZ NARVAEZ JUAN ANDRES Edad: 4 AÑOS 4 M Nº 468

1 de Septiembre del 2025 11:00am - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN SE PRETENDE FORTALECER LA MOVILIDAD, COORDINACIÓN Y PRECISIÓN ARTICULATORIA, ASÍ COMO MEJORAR LA CONCIENCIA FONOLÓGICA DEL PACIENTE. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN TÉRMICA Y VIBRATORIA SOBRE LOS MÚSCULOS PERIORALES Y LINGUALES, SEGUIDA DE EJERCICIOS MIOFUNCIONALES CON APARATOLOGÍA DE RESISTENCIA QUE PROMUEVEN LA MOVILIDAD ACTIVA DE LENGUA, LABIOS Y MANDÍBULA, ESPECIALMENTE EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN. SE DESARROLLAN ACTIVIDADES DE CONTROL RESPIRATORIO MEDIANTE EL USO DE FLAUTAS TERAPÉUTICAS, ESPIRÓMETROS Y JUEGOS DE SOPLO, QUE PERMITEN SINCRONIZAR EL FLUJO AÉREO CON LA EMISIÓN VOCAL. LUEGO, SE TRABAJA LA ARTICULACIÓN DE FONEMAS EN POSICIÓN INICIAL, MEDÍA Y FINAL, HACIENDO USO DE VIBRADORES INTRAORALES Y LÁMINAS VISUALES QUE ORIENTAN LOS PUNTOS ARTICULATORIOS, ENFATIZANDO EN LOS FONEMAS QUE PRESENTAN MAYOR DIFICULTAD. SE PROMUEVEN REPETICIONES RÍTMICAS Y AUDITIVAS CON APOYO DE MATERIAL SONORO, INTEGRANDO JUEGOS DE DISCRIMINACIÓN FONÉTICA DONDE EL NIÑO DIFERENCIA SONIDOS SEMEJANTES.

5 de Septiembre del 2025 11:00am - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN, EL PROPÓSITO ES CONSOLIDAR LOS LOGROS ALCANZADOS Y FOMENTAR LA GENERALIZACIÓN DEL PATRÓN ARTICULATORIO CORRECTO EN DIFERENTES CONTEXTOS COMUNICATIVOS. SE INICIA CON UN BREVE CALENTAMIENTO OROFACIAL UTILIZANDO APARATOLOGÍA VIBRATORIA PARA ESTIMULAR LOS MÚSCULOS IMPLICADOS EN LA FONACIÓN, SEGUIDO DE EJERCICIOS DINÁMICOS DE MOVILIDAD Y RESISTENCIA LINGUAL Y LABIAL, INTEGRANDO DISPOSITIVOS DE PRESIÓN Y TRACCIÓN QUE FACILITAN EL CONTROL MOTOR FINO. A CONTINUACIÓN, SE TRABAJAN EJERCICIOS DE SOPLO Y RESPIRACIÓN COORDINADA CON TAREAS DE FONACIÓN SIMULTÁNEA, ESTIMULANDO LA MODULACIÓN Y PROYECCIÓN VOCAL. SE REALIZAN ACTIVIDADES ARTICULATORIAS ESPECÍFICAS CON EL USO DE APARATOLOGÍA INTRAORAL PARA REFORZAR LA UBICACIÓN DE LOS PUNTOS ARTICULATORIOS, PRACTICANDO SÍLABAS, PALABRAS Y FRASES QUE CONTENGAN LOS FONEMAS TRABAJADOS. SE INTEGRAN EJERCICIOS DE CONCIENCIA AUDITIVA MEDIANTE REPETICIONES GUIADAS Y JUEGOS DE IMITACIÓN VOCAL PARA AFIANZAR LA PRODUCCIÓN CORRECTA DE SONIDOS.

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 - 84120

13 | 12 | 2025

HORA: 8:27 a.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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
3	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	90,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: LOPEZ PEREZ MATIAS RC: 1054572416

Sub Total	90,000.00
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	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

Valor en Letras: NOVENTA 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: 49e6c22cbf7015295e84ca5dd316e8d75066b293bb5a6cacd0f78a453ab6b4bb2db4bc2082986d2016919380bc0f356

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84120

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
54481	1054572416	LOPEZ PEREZ MATIAS	2025-07-2559338	05/09/2025	12/09/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL						30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL						30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL						30,000
SubTotal						**90,000**
Total a Pagar						**90,000**

ARMONY Clínica de Especialistas y Cirugía S.A.S. NIT. 900.520.772-3	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3		VERSION:2
	GESTION DE CALIDAD		FECHA: 01/12/2020
		AMBILATORIO	PAGINA: 1 DE 1
NRO AUTORIZACIÓN	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	5.09.25	MATIAS LOPEZ PEREZ	4:00	4:30	1054572416	mama		30389550
2	8.09.25	MATIAS LOPEZ PEREZ	4:00	4:30	1054572416	mama		30389550
3	12.09.25	MATIAS LOPEZ PEREZ	4:00	4:30	1054572416	mama		30389550
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
CELULAR:

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Ana [illegible] Mejia
Fonoaudiologa

Fecha generación: 23/07/2025 11:46:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2025-07-2559338 **FECHA SOLICITUD:** 7/22/25, 5:17 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MATIAS LOPEZ PEREZ
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1054572416
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 1738000519-01
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / JHON ALEXIS VASQUEZ CASTRO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	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	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-07-2559338	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	60	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 22/07/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***FAVOR AUTORIZAR EN ARMONY CTO 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025 *** PACIENTE VALORADO EN HOSPITAL SAN FELIX DE MARIA DIAZ PEDIATRA SS CITA GENETICA, NEUROLOGIA PEDIATRICA, PSIQUIATRIA PEDIATRICA, PSICOTERAPIA DE FAMILIA X 5, NUTRICION PEDIATRIA, NEUROPSICOLOGIA INFANTIL, TERAPIA OCUPACIONAL X60, TERAPIA FONOAUDILOGICA X60
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/07/2026

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: 22/07/2026

8 [signature]
3038570 - Madre.

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

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/12/2024 10:13
Lugar y Fecha:LA DORADA,CALDAS 23/12/2024 10:13
Documento y Nombre del Paciente: RC 1054572416 MATIAS LOPEZ PEREZ
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 Convenio: ESM11782-2024 Tipo de Usuario: OTRO
No Historia: 1054572416 Orden Nº: 3784880

Atención: Ambulatorio

- **Procedimiento:** S29114 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Cantidad: 20.00 **Indicaciones:** REALIZAR 2 SESIONES POR SEMANA

- **Procedimiento:** S29113 - TERAPIA OCUPACIONAL, SESIÓN
Cantidad: 20.00 **Indicaciones:** REALIZAR 2 SESIONES POR SEMANA

DX Principal: F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ
DX Relacionado 1: E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Dr. Darwin Perez D.
PEDIATRIA Y PUERICULTURA
R.M. 19664

DR. DARWIN RAFEL PEREZ
CC 85475938
Especialidad PEDIATRIA
Registro. 19664

ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA
NIL 810000913
Dir. CLL 12 Nº 5-20 - Tel. 8392000

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: 1054572416 Nombre del Paciente: LOPEZ PEREZ MATIAS Edad: 7 AÑOS 2 M Nº 467

5 de Septiembre del 2025 4:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN EL OBJETIVO PRINCIPAL ES ESTABLECER UN AMBIENTE DE CONFIANZA Y REGULACIÓN SENSORIAL QUE PERMITA LA INTRODUCCIÓN PROGRESIVA DE LA APARATOLOGÍA TERAPÉUTICA, FAVORECIENDO LA ACEPTACIÓN DEL CONTACTO TÁCTIL Y LA INTERACCIÓN GUIADA. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL FACIAL Y ORAL MEDIANTE VIBRADORES DE BAJA FRECUENCIA Y CEPILLOS ELÉCTRICOS SUAVES APLICADOS EN MEJILLAS, LABIOS Y MENTÓN, BUSCANDO REDUCIR LA HIPERSENSIBILIDAD ORAL Y MEJORAR LA TOLERANCIA A LOS ESTÍMULOS TÁCTILES. POSTERIORMENTE SE EMPLEAN EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN CON APOYO VISUAL Y AUDITIVO, USANDO SOPLADORES DE BURBUJAS Y PLUMAS PARA PROMOVER EL CONTROL FONORESPIRATORIO Y LA ATENCIÓN SOSTENIDA. SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES BÁSICAS FRENTE AL ESPEJO, COMBINANDO APERTURA Y CIERRE BUCAL, PROTRUSIÓN Y RETRACCIÓN LINGUAL, MOVIMIENTOS DE LABIOS EN SONRISAS Y FRUNCIDOS, APOYADOS CON SONDAS MIOFUNCIONALES Y GUÍAS VISUALES.

8 de Septiembre del 2025 4:00pm - AURA MERINO:

ESTA SESIÓN TIENE COMO PROPÓSITO MEJORAR LA COORDINACIÓN MOTORA ORAL Y PROMOVER LA PRODUCCIÓN INTENCIONAL DE SONIDOS ARTICULADOS EN CONTEXTOS COMUNICATIVOS CONTROLADOS. SE INICIA CON UN MASAJE MIOFUNCIONAL CON APARATOLOGÍA VIBRATORIA DE FRECUENCIA MEDIA SOBRE LA MUSCULATURA PERIORAL, BUSCANDO ACTIVAR EL TONO MUSCULAR Y PREPARAR LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS. LUEGO SE REALIZAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS COMBINADOS CON CONTROL DEL SOPLO, UTILIZANDO JUEGOS DE VELAS Y TUBOS CON OBSTÁCULOS PARA PROMOVER LA FUERZA ESPIRATORIA Y EL CONTROL DEL AIRE. SE PRACTICAN PRAXIAS SECUENCIALES (APERTURA, CIERRE, LATERALIZACIÓN Y ELEVACIÓN LINGUAL) APOYADAS CON SONDAS MIOFUNCIONALES REFORZANDO LA PRECISIÓN MOTORA.

12 de Septiembre del 2025 4:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA ÚLTIMA SESIÓN EL OBJETIVO ES CONSOLIDAR LAS HABILIDADES MIOFUNCIONALES Y FONÉTICAS TRABAJADAS, PROMOVIENDO LA GENERALIZACIÓN DEL HABLA EN CONTEXTOS COMUNICATIVOS SIGNIFICATIVOS Y MANTENIENDO UNA ADECUADA AUTORREGULACIÓN SENSORIAL. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ESTIMULACIÓN VIBRATORIA FACIAL Y ORAL, ALTERNANDO PRESIONES SUAVES Y MOVIMIENTOS CIRCULARES CON APARATOLOGÍA DE BAJA INTENSIDAD, BUSCANDO ACTIVAR LA MUSCULATURA Y AUMENTAR LA CONCIENCIA CORPORAL. SE CONTINÚA CON EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON CONTROL DE SOPLO PROLONGADO UTILIZANDO ESPIRÓMETROS Y JUGUETES DE AIRE, INTEGRANDO LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA CON EL MOVIMIENTO OROFACIAL. SE PRACTICAN SECUENCIAS ARTICULATORIAS DE SÍLABAS Y PALABRAS CORTAS DENTRO DE JUEGOS INTERACTIVOS Y ACTIVIDADES MUSICALES, REFORZANDO LA IMITACIÓN VERBAL, LA MODULACIÓN DE VOZ Y EL RITMO EXPRESIVO.

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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 84122

13 | 12 | 2025

HORA: 9:07 a.m.

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
3	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	90,000

APROBADA

Sub Total	90,000.00
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	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

Paciente: USUARIO: GOMEZ SASTOQUE THIAGO RC: 1054572704

Valor en Letras: NOVENTA 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: 12e8c7f0defff8fe403d3041f5f38b623cdc329402de9707a07a677c30febe1b1ac45da6446078d77527605309d063cd

	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3		VERSION:2
	GESTION DE CALIDAD		FECHA: 01/12/2020
	AMBILATORIO		PAGINA: 1 DE 1
			ELABORO: C.VP.
NRO AUTORIZACIÓN	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	1-09-25	THIAGO GOMEZ SATOQUE	3:00	3:30	1054572704	PRIMO		1007524497
2	5-09-25	THIAGO GOMEZ SATOQUE	3:00	3:30	1054572704	PRIMO		1007524497
3	8-09-25	THIAGO GOMEZ SATOQUE	3:00	3:30	1054572704	ABUELO	Mauricio Barrato	10178088
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 1007524497
CELULAR: 3205209297

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Catalina Merino

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84122

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
54469	1054572704	GOMEZ SASTOQUE THIAGO	2025-08-2785388	01/09/2025	08/09/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							**90,000**
Total a Pagar							**90,000**

Software para el sector salud - www.biofile.com

Fecha generación: 06/08/2025 14:21:08

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-08-2785388 **FECHA SOLICITUD:** 8/6/25, 1:39 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: THIAGO GOMEZ SASTOQUE
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T2
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1054572704
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 1738000519-01
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / JHON ALEXIS VASQUEZ CASTRO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Impresión Diagnóstica
F951	TRASTORNO POR TIC MOTOR O VOCAL CRONICO	Relacionado
F918	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	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-2025-08-2785388	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	40	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 06 DE AGOSTO DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***FAVOR AUTORIZAR EN ARMONY CTO 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025*** PACIENTE VALORADO EN SAN FELIX 27/06/2025 DR MARIA DIAZ PEDIATRA SS -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA X40, TERAPIA OCUPACIONAL X40, -TERAPIA FISICA INTEGRAL X20, PSICOTERAPIA DE FAMILIA X5

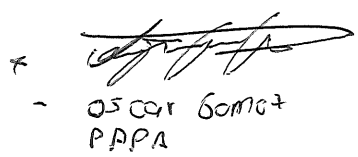
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2026

AUTORIZADA POR:

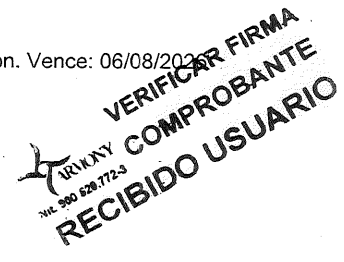
LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 06/08/2026



- 05 car 60mez
PPPA



ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA
Nit. 810000913
Dir. CLL 12 N° 5-20 - Tel. 8392000

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 27/06/2025 03:42:52p.m.
Lugar y Fecha: LA DORADA, CALDAS 27/06/2025 03:42:52p.m.
Documento y Nombre del Paciente: RC 1054572704 THIAGO GOMEZ SASTOQUE
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 **Convenio:** ESM11782-2025 **Tipo de Usuario:** OTRO
No Historia: **1054572704** **Orden N°:** **4056295**

- Procedimiento: S29114 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Cantidad: 40.00 **Indicaciones:** 2 VECES POR SEMANA

- Procedimiento: S29113 - TERAPIA OCUPACIONAL* SESIÓN
Cantidad: 40.00 **Indicaciones:** 2 VECES POR SEMANA.

- Procedimiento: S29112 - 931001-TERAPIA FISICA INTEGRAL
Cantidad: 20.00 **Indicaciones:** 2 VECES POR SEMANA

DX Principal: R629 FALTA DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO SIN OTRA ESPECIFICACION
DX Relacionado 1: F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 2: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
DX Relacionado 3: F951 TRASTORNO POR TIC MOTOR O VOCAL CRONICO
Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dra. María del R. Díaz De la Hoz
MEDICO PEDIATRA
Reg. 6885

DR. MARIA DEL ROSARIO DIAZ DE LA HOZ
CC 39463683
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 6885

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: 1054572704 Nombre del Paciente: GOMEZ SASTOQUE THIAGO Edad: 6 AÑOS 11 Nº 472

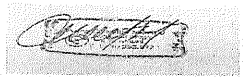
1 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN TIENE COMO OBJETIVO REALIZAR LA ACTIVACIÓN SENSORIOMOTORA OROFACIAL Y ESTABLECER LA BASE DEL TRABAJO FONÉTICO-LINGÜÍSTICO MEDIANTE APARATOLOGÍA Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN DIRECTA. SE INICIA CON LA APLICACIÓN DE VIBRACIÓN OROFACIAL EN MEJILLAS, LABIOS, MENTÓN Y LENGUA, PARA INCREMENTAR EL TONO MUSCULAR, LA CONCIENCIA CORPORAL Y LA PROPIOCEPCIÓN ORAL. LUEGO, SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA Y SOPLO CONTROLADO UTILIZANDO ESPIRÓMETRO Y BURBUJAS, BUSCANDO LA COORDINACIÓN ENTRE LA INSPIRACIÓN NASAL Y LA ESPIRACIÓN BUCAL PROLONGADA. POSTERIORMENTE, SE IMPLEMENTAN PRAXIAS ORALES CON APOYO DE SONDAS MIOFUNCIONALES Y DEPRESORES PLANOS, TRABAJANDO MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN LINGUAL, ADEMÁS DEL CIERRE Y SELLADO LABIAL. EN LA PARTE FONÉTICA, SE ABORDAN SÍLABAS SIMPLES CON FONEMAS BILABIALES Y DENTALES ("PA", "TA", "MA"), APOYADAS POR MODELADO FRENTE AL ESPEJO Y ESTIMULACIÓN TÁCTIL VIBRATORIA PARA GUIAR LOS PUNTOS DE ARTICULACIÓN.



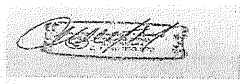
5 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

ESTA SESIÓN SE ORIENTA A FORTALECER LA MOVILIDAD, TONICIDAD Y COORDINACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS, ASÍ COMO A MEJORAR LA PERCEPCIÓN AUDITIVA Y LA PRODUCCIÓN DE FONEMAS CON MAYOR PRECISIÓN. SE INICIA CON MASAJE VIBRATORIO FACIAL DE ACTIVACIÓN MUSCULAR Y ESTIMULACIÓN CON CEPILLO ELÉCTRICO EN LABIOS Y LENGUA PARA AUMENTAR LA SENSIBILIDAD TÁCTIL. A CONTINUACIÓN, SE REALIZAN EJERCICIOS DE APERTURA Y CIERRE MANDIBULAR CON CONTROL VISUAL, SEGUIDOS DE PRAXIAS LINGUALES COMBINADAS (ROTACIONES, ELEVACIÓN, PRESIÓN CONTRA PALADAR Y MOVIMIENTOS CIRCULARES), EMPLEANDO SONDAS MIOFUNCIONALES PARA GUIAR LA EJECUCIÓN CORRECTA.



8 de Septiembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

DURANTE ESTA SESIÓN SE BUSCA INTEGRAR LA FUNCIÓN MIOFUNCIONAL CON LA ARTICULACIÓN DEL HABLA Y LA EXPRESIÓN LINGÜÍSTICA, FAVORECIENDO LA COORDINACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS ARTICULATORIOS CON LA FLUIDEZ VERBAL. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN VIBRATORIA DE INTENSIDAD MEDIA EN LABIOS, LENGUA Y MEJILLAS, SEGUIDA DE EJERCICIOS DE RESISTENCIA LINGUAL UTILIZANDO DEPRESORES Y MOVIMIENTOS GUIADOS CON SONDAS MIOFUNCIONALES



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 - 84123

13 | 12 | 2025

HORA: 9:30 a.m.

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
3	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	90,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: RIAÑO JAIMES JUAN DAVID RC: 1105174882

Sub Total	90,000.00
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	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

Valor en Letras: NOVENTA 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: 283cce0d596dfafeaf89d5fbc5cc81865684348c2fc05cc995a546723874d37726ad1f0902ff77d9d7329708a8369aef

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84123

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
54470	1105174882	RIAÑO JAIMES JUAN DAVID	2025-06-2233316	01/09/2025	08/09/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
SubTotal	**90,000**
Total a Pagar	**90,000**

F80 1. restauro osseo proxi

ARMONY CLINICA DE ESPECIALIDADES CIRUGIA ... 900.520.772-5

Clinica de Especialidades y Cirugia S.A.S.
NIT 900520772-1

GESTION DE CALIDAD	AMBULATORIO	EDICION
		PAGINA
		ELABORO: C.V.P.

FISICA | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PACIENTE SI/NO	FIRMA DE USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
	1-09-25	Juan Ricaurte	5:30	6:00	1105174882	mama	Lizeth Jaimes	1094166811
4	5-09-25	Juan Ricaurte	5:30	6:00	1105174882	mama	Lizeth Jaimes	1094166811
3	8-09-25	Juan Ricaurte	5:30	6:00	1105174882	mama	Lizeth Jaimes	1094166811
1								
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: Lizeth Jaimes
IDENTIFICACION 1094166811
CELULAR: 3229183163

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Cristina Merino
Fonoaudiologa
RM 66440
CC 1.090.390.672

Fecha generación: 23/10/2025 13:38:42

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2025-10-579277 **FECHA SOLICITUD:** 10/23/25, 1:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN DAVID RIAÑO JAIMES
MUNICIPIO: LA DORADA
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1105174882
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / JOHANNA ANDREÀ AVILA NAVARRETE
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA	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	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-10-3892390	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DEL 23 DE OCTUBRE DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE CARGA 10 SESIONES DE TERAPIA DE LENGUAJE FAVOR AUTORIZAR 10 SESIONES PARA CONTRATO ARMONY EN LA DORADA CALDAS CTO M 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFAC-JEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 23/10/2026

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO

ARMONY NIT 900.820.772-3

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

Juan David Riaño Jaimes
1105174882

Fecha generación: 30/06/2025 14:59:30

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2025-06-1309464 **FECHA SOLICITUD:** 6/30/25, 3:01 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN DAVID RIAÑO JAIMES
DOCUMENTO: 1105174882
MUNICIPIO: LA DORADA
DEPARTAMENTO: CALDAS
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra **ESTADO** Activo
GRADO: SLP
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / JHON ALEXIS VASQUEZ CASTRO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	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-2025-06-2233316	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 30 DE JUNIO DEL 2025 JEFSA FAC OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y ARTICULACION DEL HABLA, SE SOLICITA TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA. AUTORRIZAR PARA TERAPIA INTEGRAL Contrato No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 CLINICA ARMONY LA DORADA CALDAS FECHA DE VENCIMIENTO: 30/06/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

+ Cneth Jaimes Rosa
1094166811
Mamá

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

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NUMERO DE SOLICITUD REF-2025-04-195068 **FECHA Y HORA DE** 4/23/25, 4:14 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL JUAN DAVID RIAÑO JAIMES **FECHA DE** 11/03/2020
TIPO DE RC **NUMERO DE** 1105174882
DIRECCIÓN CL VEREDA HORIZONTE CRUCE LA VICTORIA **CELULAR O**
CORREO jaimesjuan945@gmail.com **DEPARTAMENT** CALDAS
MUNICIPIO LA DORADA **CÓDIGO ESM O UPOD** 2557285511782
REGIONAL CENTRO **ESTADO** Activo
GRADO SLP **FUERZA** EJC
ENTIDAD COMANDO AEREO DE COMBATE NO 1 FAC
AMBITO Ambulatorio

SERVICIOS AUTORIZADOS

CODIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y ARTICULACION DEL HABLA; SE SOLICITA TERAPIA POR FONOAUDIOLOGIA AUTORRIZAR PARA: TERAPIA INTEGRAL Contrato No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFAC.IEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Nuevo	T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA
Relacionado	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL

HALLAZGO

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE Y CLARA DE HUEVO, ASMA, RINITIS, EN TRATAMIENTO CON FORMULA DE AMINOACIDOS INDICADO POR INMUNOALERGOLOGA PEDIATRA CONSULTA SU MADREPARA REFORMULACION DE FORMULA NUTRICIONAL EN EL MOMMENTO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMAS, SU MADRE NO REFEIRE SINTOMAS.

EXÁMENES FISICOS

Condiciones generales:PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CABEZA Y ORL: NORMOCEFALO, PBVRL, FUNDOSCOPIA NO REALIZADA POR INTENSA ILUMINACION DE CONSULTORIO, MUCOSA ORAL HÚMEDA, SIN LESIONES, OROFARINGE SANA, CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR NI SOPLOS, TÓRAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, PERISTALTISMO PRESENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS SIMETRICOS, DE ADECUADA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGS, PIEL: SIN LESIONES, NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN APARENTES. Abdomen:No evaluado. Cabeza y cráneo:No evaluado. Cuello:No evaluado. Examen genitourinario:No evaluado. Examen mental:No evaluado. Examen neurológico:No evaluado. Examen otorrinolaringológico:No evaluado. Extremidades:No evaluado. Mamas:No evaluado. Nariz:No evaluado. Ojos:No evaluado. Orofaringe:No evaluado. Oídos:No evaluado. Piel y faneras:No evaluado. Tacto rectal:No evaluado. Tórax:No evaluado.

Fecha y hora de generación: 23/04/2025 16:15:31

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE Y CLARA DE HUEVO, ASMA, RINITIS, EN TRATAMIENTO CON FORMULA DE AMINOACIDOS INCICADO POR INMUNOALERGOLOGA PEDIATRA , CONSUTLA SU MADREPARA REFORMULACION DE FORMULA NUTRICIONAL, SE REFORMULA POR 1 MES. CONTROL EN UN MES

PACIENTE CON ALTERACIONES PARA LA ARTICULARCION DEL HABLA, SE SOLICITA VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE	JHON ALEXIS VASQUEZ CASTRO	**CARGO O SERVICIO QUE**	Asistencial
TELÉFONO O SERVICIO	8398358 Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM		Medicina General - SSFM

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: 1105174882 Nombre del Paciente: RIAÑO JAIMES JUAN DAVID Edad: 5 AÑOS 7 M Nº 342

1 de Septiembre del 2025 5:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN FONOAUDIOLÓGICA MIOFUNCIONAL OROFACIAL CON APARATOLOGÍA, SE BUSCA ESTABLECER UNA BASE NEUROMUSCULAR ADECUADA PARA EL TRABAJO ARTICULATORIO DEL PACIENTE DE 5 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PRONUNCIACIÓN. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL TÁCTIL Y VIBRATORIA UTILIZANDO APARATOLOGÍA DE BAJA FRECUENCIA EN MEJILLAS, LABIOS, MENTÓN Y ZONA PERIORAL, CON EL FIN DE AUMENTAR LA CONCIENCIA Y LA SENSIBILIDAD OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE APLICAN EJERCICIOS DE MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA DE LENGUA, LABIOS Y MANDÍBULA, UTILIZANDO DEPRESORES LINGUALES Y EJERCITADORES DE RESISTENCIA ELÁSTICA QUE FAVORECEN LA TONICIDAD Y LA PRECISIÓN DEL MOVIMIENTO. SE TRABAJA LA DIFERENCIACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS LINGUALES PARA LA ELEVACIÓN, PROTRUSIÓN Y LATERALIZACIÓN, INTEGRANDO ACTIVIDADES LÚDICAS CON RETROALIMENTACIÓN VISUAL FRENTE AL ESPEJO



5 de Septiembre del 2025 5:30pm - AURA MERINO:

EL OBJETIVO DE ESTA SESIÓN ES FORTALECER LA COORDINACIÓN ENTRE LA MOTRICIDAD OROFACIAL Y LA PRODUCCIÓN FONÉTICA, UTILIZANDO APARATOLOGÍA MIOFUNCIONAL Y TÉCNICAS INTEGRADAS. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ACTIVACIÓN MUSCULAR MEDIANTE ESTIMULACIÓN VIBRATORIA Y TÉRMICA EN LOS MÚSCULOS PERIORALES, MENTONIANOS Y BUCCINADORES, SEGUIDA DE EJERCICIOS DE RESISTENCIA LABIAL CON APARATOS DE PRESIÓN CONTROLADA PARA FAVORECER EL CIERRE LABIAL Y LA ESTABILIDAD MANDIBULAR. SE INCORPORAN ACTIVIDADES DE CONTROL RESPIRATORIO Y FONORESPIRATORIO CON TUBOS DE SOPLO Y FLAUTA TERAPÉUTICA, QUE PERMITEN SINCRONIZAR LA EMISIÓN DEL AIRE CON LA ARTICULACIÓN DE SONIDOS. SE TRABAJA LA DISCRIMINACIÓN AUDITIVA Y LA CONCIENCIA FONOLÓGICA A TRAVÉS DE JUEGOS FONÉTICOS DONDE EL NIÑO IDENTIFICA Y REPITE SÍLABAS O PALABRAS QUE CONTENGAN LOS FONEMAS ALTERADOS, CON APOYO VISUAL Y AUDITIVO. SE EMPLEA APARATOLOGÍA VIBRATORIA INTRAORAL PARA ESTIMULAR PUNTOS ESPECÍFICOS DE CONTACTO LINGUAL Y PALATINO, REFORZANDO LA UBICACIÓN ARTICULATORIA CORRECTA. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE ARTICULACIÓN GUIADA Y ESPONTÁNEA, PROMOVIENDO LA FLUIDEZ Y LA CLARIDAD EN LA PRODUCCIÓN VERBAL.



8 de Septiembre del 2025 5:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA TERCERA SESIÓN SE BUSCA CONSOLIDAR LOS AVANCES EN LA PRECISIÓN ARTICULATORIA, LA FUERZA OROFACIAL Y LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA MEDIANTE EL USO CONTINUO DE APARATOLOGÍA Y TÉCNICAS MIOFUNCIONALES. SE INICIA CON UNA RUTINA DE CALENTAMIENTO FACIAL Y OROLINGUAL CON APARATOLOGÍA VIBRATORIA, ENFOCADA EN ACTIVAR LA MÚSCULATURA IMPLICADA EN LA PRODUCCIÓN DEL HABLA. SE CONTINÚA CON EJERCICIOS DE MOVILIDAD DE LENGUA, LABIOS Y MANDÍBULA, EMPLEANDO DISPOSITIVOS MIOFUNCIONALES QUE OFREZCAN RESISTENCIA CONTROLADA, PROMOVIENDO EL CONTROL MOTOR FINO Y LA ESTABILIDAD ARTICULAR. POSTERIORMENTE, SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE SOPLO Y CONTROL DEL FLUJO AÉREO, INTEGRANDO TAREAS DE FONACIÓN SIMULTÁNEA CON SONIDOS PROLONGADOS Y EMISIONES CONTROLADAS DE VOCALES



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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 84124

13	12	2025
HORA: 9:35 a.m.		

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
2	[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000	60,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: BORJA CUCHIMAQUE EMMANUEL RC: 1058205304

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: 94f83afa45f00dd7b173edfccb12f4768e306032cf91a3cb9a7d32bb8c09b41e406a2cb2ae476676378eaab1d2fd9c52

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84124

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
54467	1058205304	BORJA CUCHIMAQUE EMMANUEL	2025-06-1833944	03/09/2025	06/09/2025	TERAPIA OCUPACIONAL (938303)

[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000
[938303] - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	30,000
SubTotal	**60,000**
Total a Pagar	**60,000**

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

VERSION:2
FECHA: 01/12/2020
PAGINA: 1 DE 1

AMBULATORIO

FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.VP.

NOMBRE USUARIO: Emmanuel, Borja Cuchimaque

IDENTIFICACION: 1058205304. NRO AUTORIZACION 1833944

NRO SESION	FECHA ATENCION	HORA INICIO	HORA TERMINA	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE
1	03/09/25	4:30pm	5:00pm	Camila Andrea Cuchimaque
2	06/09/25	9:00am	9:30am	Camila Andrea Cuchimaque
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Certifico que al firmar este documento, reconozco que he leido o que me ha sido leido y explicado y que comprendo perfectamente su conter 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 d que se requiere para esta atencion.

Camila Andrea Cochimaque
FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1079034726

PROFESIONAL QUE ATIENDE : Luz Adriana Giraldo LL.
C.C. 52262326
Terapeuta Ocupacional
Reg. 3740

Fecha generación: 03/06/2025 08:28:53

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-06-1833944 **FECHA SOLICITUD:** 6/1/25, 8:59 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: EMMANUEL BORJA CUCHIMAQUE
DOCUMENTO: 1058205304
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
CODIGO ESM O 1738000519-01
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: T3
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / MEIBY MARYURY VELOSA NOMESQUE **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Impresión Diagnóstica
R14X	FLATULENCIA Y AFECCIONES AFINES	Relacionado
F909	TRASTORNO HIPERCINETICO, NO ESPECIFICADO	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-2025-06-1833944	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	938303		Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	20	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 01/06/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DRA MARIA DEL ROSARIO DIAZ DE LA HOZ MEDICO PEDIATRA HOSPITAL SAN FELIX quien solicita TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 40 SESIONES 3 VECES POR SEMANA PARA TRES MESES, TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL 20 SESIONES 2 VECES POR SEMANA PARA TRES MESES, paciente de 5 años de edad se solicita autorizar RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS TRANSCRIBE TS VELOSA MEIBY REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CACOM1
FECHA DE VENCIMIENTO: 01/06/2026

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: 01/06/2026

1079036776
mamá

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

Registro de Calidad:
Fecha Historia:10/03/2025 10:50
Lugar y Fecha:LA DORADA,CALDAS 10/03/2025 10:50
Documento y Nombre del Paciente: RC 1058205304 EMMANUEL BORJA CUCHIMAQUE
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 Convenio: ESM11782-2025 Tipo de Usuario: OTRO
No Historia: 1058205304 Orden Nº: 3893282

Atención: Ambulatorio

- Procedimiento: S29114 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Cantidad: 40.00 Indicaciones: 3 VECES PRO SEMANA.

- Procedimiento: S29113 - TERAPIA OCUPACIONAL, SESIÓN
Cantidad: 20.00 Indicaciones: 2 VECES POR SEMANA.

DX Principal: F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 1: F909 TRASTORNO HIPERCINETICO, NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 2: R14X FLATULENCIA Y AFECCIONES AFINES

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dra. Maria del R. Diaz De la Hoz
MEDICO PEDIATRA
Reg. 6885

DR. MARIA DEL ROSARIO DIAZ DE LA HOZ
CC 39463683
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 6885

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: 1058205304 Nombre del Paciente: BORJA CUCHIMAQUE EMMANUEL Edad: 6 AÑOS 2 M Nº 360

1 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EL PROPÓSITO PRINCIPAL DE ESTA SESIÓN ES CONSOLIDAR EL CONTROL MOTOR FINO DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS Y MEJORAR LA PRECISIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE LOS FONEMAS PREVIAMENTE TRABAJADOS. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ACTIVACIÓN MUSCULAR FACIAL Y LINGUAL MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA DE INTENSIDAD MEDIA, ENFOCÁNDOSE EN LOS MOVIMIENTOS DE APERTURA, CIERRE, PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN. LUEGO SE REALIZAN EJERCICIOS DE SOPLO CON DIFERENTES RESISTENCIAS, FAVORECIENDO LA COORDINACIÓN ENTRE EL CONTROL ESPIRATORIO Y LA ARTICULACIÓN. SE APLICAN PRAXIAS COMBINADAS (LABIO-LINGUALES Y MANDIBULARES) CON APOYO DE DEPRESORES Y TUBOS DE SOPLO, PARA AUMENTAR LA DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS Y LA AGILIDAD MOTORA ORAL.

5 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESION SE BUSCA LA INTEGRACIÓN FUNCIONAL DE LAS HABILIDADES FONÉTICAS Y MIOFUNCIONALES ADQUIRIDAS, FORTALECIENDO LA ARTICULACIÓN EN CONTEXTOS COMUNICATIVOS NATURALES. SE COMIENZA CON UNA FASE DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA Y TEXTURAS ORALES PARA MANTENER LA ACTIVACIÓN DEL TONO MUSCULAR Y LA ATENCIÓN SENSORIAL. POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS DINÁMICOS CON SOPLADORES Y JUEGOS DE BURBUJAS QUE FACILITAN LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA Y LA MODULACIÓN DEL AIRE ESPIRADO. EN LA FASE MIOFUNCIONAL, SE APLICAN PRAXIAS SECUENCIALES COMBINADAS CON MOVIMIENTOS RÁPIDOS Y PRECISOS DE LENGUA Y LABIOS, INTEGRANDO APARATOLOGÍA INTRAORAL PARA GUIAR LOS MOVIMIENTOS DE ARTICULACIÓN. LA FASE FONÉTICA SE ENFOCA EN LA REPETICIÓN DE PALABRAS Y ORACIONES CORTAS CON ÉNFASIS EN LOS FONEMAS AFECTADOS, UTILIZANDO APOYO AUDITIVO, VISUAL Y TÁCTIL PARA ASEGURAR LA CORRECTA COLOCACIÓN ARTICULATORIA.

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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 84125

13	12	2025

HORA: 11:03 a.m.

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
6	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	180,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: NAVARRO AVILA ANGEL RC: 1054573546	**Sub Total**	180,000.00
	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	$180.000,00
Valor en Letras: CIENTO OCHENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV	**Vr. Total**	$180.000,00

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: f3d7f460de20b3027eef0f2e4a51f7d66ea0ec011116aff4fc1b6f15f2280bee6291d3c3a9d787381768fb8fc539b4b5

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84125

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
54512	1054573546	NAVARRO AVILA ANGEL	2025-05-1768361	01/09/2025	19/09/2025	PROCEDIMIENTO	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							**180,000**
Total a Pagar							**180,000**

Autismo F-84.0

AMBULATORIO Y CLINICA DE ESPECIALISTAS ... NIT 900.520.772-3

GESTION DE CALIDAD

AMBULATORIO

FECHA ELABORO: 6/VR

FISICA | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DE USUARIO / RESPONSABLE	NUMERO DE IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		abuelo		77028015
2	5-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		tia	Marlen	1002752944
3	8-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		tia	Marlen	1002752944
4	12-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		mama	Tatiana Avila	1054566786
5	15-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		mama	Tatiana Avila	1054566786
6	19-09-25	Angel Navarro	4:30	5:00		abuela	Nelly Saldaña	30348667
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
CELULAR: 77028015

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Cristina Merlin
Fonoaudióloga

Fecha generación: 23/06/2025 19:56:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-05-1768361 **FECHA SOLICITUD:** 5/27/25, 5:19 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGEL NAVARRO AVILA
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CS
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1054573546
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 110011693801
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / MONICA SIGLYNDY REYES RIVEROS **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	Impresión Diagnóstica
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: DISPENSARIO MEDICO FAC
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CRA 58 NO 9-67 PUENTE ARANDA
DEPARTAMENTO: BOGOTA, D. C.

CODIGO ESM O UPGD: 110018511382
TELÉFONO: 6017944222
MUNICIPIO: BOGOTA, D.C.

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-05-1768361	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	40	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA JEFSA FAC A PARTIR DE LA FECHA 27 DE MAYO DE 2025.

Observacion: 40 (CUARENTA) SESIONES

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DR REYES RIVEROS PSIQUIATRIA INFANTIL HOMIC quien solicita CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA, CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA, TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL ESPECIALISTA SOLICITA 40 SESIONES, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 40 SESIONES, paciente de 4 años de edad se solicita autorizar en RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 27/05/2026

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: 27/05/2026

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIL 900 620 772-3
RECIBIDO USUARIO

30'389.350
+ Abuela -2

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 2/05/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
GENERAL O INGRESO

Nº Historia Clínica: 1054573546 **Nº Folio:** 6 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANGEL NAVARRO AVILA
Tipo Identificación: RegistroCivil
Identificacion: 1054573546 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 11/09/2020 **Edad Actual:** 4 Años / 7 Meses / 19 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: CALLE 5 1 03 CASA LOS ANDES
Teléfono: 3117865839
Procedencia: LA DORADA
Ocupación: CABO PRIMERO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: DIGSA 2025 - EJERCITO NACIONAL
Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 8550102 **Fecha:** 2/05/2025 14:14
Finalidad Consulta: Tratamiento
Causa Externa: Enfermedad_general

Diagnóstico Principal: F840 - AUTISMO EN LA NINEZ
Diagnóstico (s) Relacionado(s):

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
937000H	937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	40	Rutinario

Observacion: 40 (CUARENTA) SESIONES
IDX
AUTISMO

Total Ítems: 1

Firma del profesional tratante

Médico: 53047949 REYES RIVEROS MONICA SIGLYNDY

Especialidad: 592 - PSIQUIATRIA INFANTIL

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]

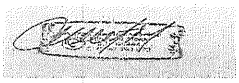
ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

RC: 1054573546 Nombre del Paciente: NAVARRO AVILA ANGEL Edad: 5 AÑOS 1 M Nº 355

1 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN EL OBJETIVO PRINCIPAL ES ESTABLECER UN VÍNCULO TERAPÉUTICO POSITIVO, PROMOVER LA REGULACIÓN SENSORIAL Y COMENZAR LA ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA OROFACIAL A TRAVÉS DE APARATOLOGÍA VIBRATORIA Y TÁCTIL. SE INICIA CON UN MOMENTO DE EXPLORACIÓN SENSORIAL GUIADA, UTILIZANDO VIBRADORES ORALES, CEPILLOS ELÉCTRICOS Y TEXTURAS SUAVES PARA FAMILIARIZAR AL NIÑO CON LOS ESTÍMULOS, DISMINUIR LA HIPERSENSIBILIDAD Y FOMENTAR LA ACEPTACIÓN DEL CONTACTO FACIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN MASAJES CIRCULARES EN MEJILLAS, LABIOS Y MENTÓN CON APARATOS VIBRATORIOS DE BAJA FRECUENCIA, PROMOVIENDO EL AUMENTO DEL TONO Y LA PERCEPCIÓN DE LOS MÚSCULOS OROFACIALES.



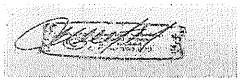
5 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

ESTA SESIÓN BUSCA MEJORAR LA MOVILIDAD, FUERZA Y COORDINACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS, AL TIEMPO QUE SE REFUERZA LA TOLERANCIA SENSORIAL Y LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN SOSTENIDA. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN VIBRATORIA SECUENCIAL DE LABIOS, MEJILLAS Y LENGUA, UTILIZANDO APARATOLOGÍA DE INTENSIDAD MEDIA PARA AUMENTAR LA RESPUESTA MOTORA. LUEGO, SE REALIZAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON ESPIRÓMETROS ADAPTADOS Y SOPLADORES DE DIFERENTES NIVELES DE RESISTENCIA, FOMENTANDO LA MODULACIÓN DEL AIRE Y EL CONTROL FONORESPIRATORIO. SE INCLUYEN PRAXIAS COMBINADAS (LABIO-LINGUALES Y MANDIBULARES) CON APOYO DE DEPRESORES Y TUBOS FLEXIBLES, FAVORECIENDO LA INDEPENDENCIA DE MOVIMIENTOS.



8 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EL PROPÓSITO DE ESTA SESIÓN ES AFIANZAR LA CONCIENCIA CORPORAL Y ORAL, ASÍ COMO EL CONTROL MOTOR FINO EN LOS MOVIMIENTOS ARTICULATORIOS. SE INICIA CON UNA RUTINA DE MASAJE OROFACIAL CON APARATOLOGÍA DE VIBRACIÓN MEDIA, APLICADA DE FORMA DESCENDENTE DESDE LA FRENTE HACIA EL MENTÓN, FAVORECIENDO LA RELAJACIÓN Y ACTIVACIÓN MUSCULAR. LUEGO SE IMPLEMENTAN EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN CON CONTROL DE SOPLO, UTILIZANDO JUEGOS DE VELAS, BURBUJAS Y TUBOS CON OBSTÁCULOS QUE PROMUEVEN LA MODULACIÓN DEL AIRE ESPIRADO. SE TRABAJAN PRAXIAS ORALES DINÁMICAS FRENTE AL ESPEJO, COMBINANDO MOVIMIENTOS DE LENGUA Y LABIOS, REFORZADOS CON VIBRADORES INTRAORALES PARA MEJORAR LA PROPIOCEPCIÓN.

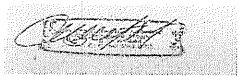


12 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EVOLUCIONES

RC: 1054573546 Nombre del Paciente: NAVARRO AVILA ANGEL Edad: 5 AÑOS 1 M Nº 355

ESTA SESIÓN TIENE COMO FINALIDAD TRABAJAR LA COORDINACIÓN MOTORA OROFACIAL, EL FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y LA GENERALIZACIÓN DE SONIDOS PRODUCIDOS DE MANERA INTENCIONAL. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN TÉRMICA Y VIBRATORIA COMBINADA EN LABIOS, MEJILLAS Y LENGUA, BUSCANDO AUMENTAR LA RESPUESTA MOTORA Y SENSORIAL. POSTERIORMENTE SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE SOPLO CONTROLADO CON DIFERENTES INSTRUMENTOS (SILBATOS, FLAUTAS, SOPLADORES) PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA. EN LA FASE DE PRAXIAS, SE REALIZAN MOVIMIENTOS SECUENCIALES DE APERTURA, CIERRE, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN DE LENGUA, CON APOYO DE SONDAS MIOFUNCIONALES Y VISUALIZACIÓN EN ESPEJO.



15 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA SESIÓN SE BUSCA FORTALECER LA PRECISIÓN ARTICULATORIA Y LA INTENCIÓN COMUNICATIVA DEL NIÑO, INTEGRANDO LA APARATOLOGÍA COMO MEDIADOR DE RESPUESTA SENSORIAL Y MOTORA. SE COMIENZA CON ESTIMULACIÓN VIBRATORIA ESPECÍFICA EN LABIOS Y MEJILLAS, SEGUIDA DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON SOPLADORES GRADUABLES QUE TRABAJAN LA FUERZA ESPIRATORIA. SE APLICAN PRAXIAS DE LENGUA COMBINADAS CON MOVIMIENTOS MANDIBULARES GUIADOS POR SONDAS, FOMENTANDO LA INDEPENDENCIA MOTORA. EN LA FASE ARTICULATORIA SE INTRODUCEN FONEMAS FRICATIVOS Y NASALES, UTILIZANDO MODELAMIENTO TÁCTIL Y AUDITIVO, APOYADO POR IMÁGENES VISUALES Y GESTOS ASOCIADOS. SE PROMUEVE LA IMITACIÓN VERBAL EN CONTEXTOS LÚDICOS COMO CANCIONES Y RIMAS, FAVORECIENDO LA SINCRONÍA ENTRE EL MOVIMIENTO OROFACIAL Y LA EMISIÓN VOCAL.



19 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EL OBJETIVO DE ESTA SESIÓN ES INTEGRAR LOS AVANCES MOTORES Y FONÉTICOS DENTRO DE CONTEXTOS COMUNICATIVOS FUNCIONALES, MANTENIENDO LA REGULACIÓN SENSORIAL Y EMOCIONAL. SE INICIA CON MASAJE VIBRATORIO Y PRESIÓN PROFUNDA EN MEJILLAS, MANDÍBULA Y LABIOS PARA PREPARAR LA MUSCULATURA. LUEGO SE APLICAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE SOPLO COMBINADOS CON MOVIMIENTOS DE LENGUA Y LABIOS, ACOMPAÑADOS DE JUEGOS VISUALES Y AUDITIVOS. SE TRABAJA LA ARTICULACIÓN DE FONEMAS PREVIAMENTE ADQUIRIDOS DENTRO DE FRASES CORTAS, PROMOVIENDO LA ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ VERBAL. SE INCLUYE EL USO DE APARATOLOGÍA AUDITIVA (GRABACIONES DE VOZ) PARA FOMENTAR LA AUTOESCUCHA Y LA CONCIENCIA FONÉTICA



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:** 13/03/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 84126

13	12	2025
HORA: 11:21 a.m.		

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764095951041 FECHA: 22/07/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO FELE DEL 80001 AL 120000 Vigencia por 24 meses Régimen ORDINARIO

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: BORJA CUCHIMAQUE JULIAN ANDRES TI: 1027537370

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: 743a7c180b2cd2f3f206937d27ef9372a201a1229ac096087d8f9d04d4f597d9b554678eef1ee12909d1fd8c79051e42

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

EMPRESA: MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM

Factura N°. FELE - 84126

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
51295	1027537370	BORJA CUCHIMAQUE JULIAN ANDRES	2025-06-1833950	01/09/2025	05/09//2025	PROCEDIMIENTO	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							**60,000**
Total a Pagar							**60,000**

88 - Mismo puesto

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

GESTION DE CALIDAD	AMBULATORIO	VERSION:2
		ELABORO: C.V.P.

FISIO | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLOGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
	1-09-25	Julian Borja	4:30	5:00		papa		1073524878
	5-09-25	Julian Borja	4:30	5:00		papa		1073524878
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 1073524878
CEL/AR: 3133697978

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Cristina Merino
Fonoaudióloga

Fecha generación: 03/06/2025 08:30:11

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-06-1833950 **FECHA SOLICITUD:** 6/1/25, 9:01 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JULIAN ANDRES BORJA CUCHIMAQUE
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T3
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1027537370
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 1738000519-01
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / MEIBY MARYURY VELOSA NOMESQUE **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
J303	OTRAS RINITIS ALERGICAS	Impresión Diagnóstica
H522	ASTIGMATISMO	Relacionado
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Relacionado
J343	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	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-2025-06-1833950	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	997000		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	20	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 01/06/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DRA MARIA DEL ROSARIO DIAZ DE LA HOZ MEDICO PEDIATRA HOSPITAL SAN FELIX quien solicita TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 20 SESIONES 2 VECES POR SEMANA PARA DOS MESES, paciente de 8 años de edad se solicita autorizar RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS TRANSCRIBE TS VELOSA MEIBY REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CACOM1
FECHA DE VENCIMIENTO: 01/06/2026

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: 01/06/2026

VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

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: 1027537370 Nombre del Paciente: BORJA CUCHIMAQUE JULIAN ANDRES Edad: 9 AÑOS 5 M N° 361

1 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EL PROPÓSITO DE ESTA SESIÓN ES FORTALECER LA COORDINACIÓN ENTRE RESPIRACIÓN, FONACIÓN Y ARTICULACIÓN, INCREMENTANDO LA PRECISIÓN Y LA VELOCIDAD DE LOS MOVIMIENTOS OROFACIALES. SE INICIA CON UNA RUTINA DE ACTIVACIÓN MUSCULAR MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA Y MASAJE PROFUNDO EN LA ZONA PERIORAL, SUBMENTONIANA Y LINGUAL PARA MANTENER EL TONO Y LA ELASTICIDAD MUSCULAR. A CONTINUACIÓN, SE EMPLEAN EJERCICIOS DE CONTROL RESPIRATORIO CON DISPOSITIVOS DE RESISTENCIA GRADUABLE, ESTIMULANDO LA CAPACIDAD ESPIRATORIA Y EL SOSTÉN DEL AIRE DURANTE LA EMISIÓN DE SONIDOS PROLONGADOS. EN LA FASE MIOFUNCIONAL SE UTILIZAN DEPRESORES, TUBOS DE ENTRENAMIENTO Y SONDAS ORALES PARA REALIZAR MOVIMIENTOS ESPECÍFICOS DE LENGUA Y LABIOS, BUSCANDO MEJORAR LA DISOCIACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS ORALES Y LA PRECISIÓN MOTORA.



5 de Septiembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EN ESTA TERCERA SESIÓN SE PRETENDE CONSOLIDAR LAS HABILIDADES ADQUIRIDAS, INTEGRANDO LA FUNCIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL CON LA PRODUCCIÓN LINGÜÍSTICA ESPONTÁNEA. SE INICIA CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL PROFUNDA Y VIBRATORIA EN ZONAS OROFACIALES ESTRATÉGICAS UTILIZANDO EQUIPOS DE VIBRACIÓN DE BAJA FRECUENCIA, CON EL FIN DE REFORZAR LA ACTIVACIÓN MUSCULAR Y LA COORDINACIÓN NEUROMOTORA. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE PRAXIAS COMBINADAS, INCORPORANDO MOVIMIENTOS COORDINADOS DE LABIOS, LENGUA Y MANDÍBULA, DIRIGIDOS A PERFECCIONAR LA MOVILIDAD Y EL CONTROL VOLUNTARIO DE LOS ÓRGANOS ARTICULATORIOS. A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN CONTROLADA CON APARATOLOGÍA DE SOPLO, SE PROMUEVE LA COORDINACIÓN ENTRE LA FASE ESPIRATORIA Y LA PRODUCCIÓN DEL SONIDO, FACILITANDO LA FLUIDEZ VERBAL Y LA PROSODIA.



	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GH-JEFSA-FR-052
	FORMATO CONCEPTO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS- CONCEPTO INICIAL	Versión N°:	04
		Vigencia:	26-06-2024

CONCEPTO DE AUDITORIA	1
IPS y/o RECLAMANTE	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S
FECHA DE PRESTACION	SEPTIEMBRE 2025
FECHA DE RECEPCION FACTURA y/o SOLICITUD	15/12/2025

FECHA	19/12/2025
NIT	900520772-3

CONSECUTIVO	FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR A PAGAR	CODIGO GLOSA	DESCRIPCION GLOSA	OBSERVACIONES PRIMERA REVISION
1	FELE84126	13/12/2025	JULIAN ANDRES BORJA CUCHIMA	1027537370	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
2	FELE84125	13/12/2025	ANGEL NAVARRO AVILA	1054573546	$ 180.000,00	$ 180.000,00	$ 0,00	423	GLOSA TOTAL AUTORIZACIÓN	**GLOSA TOTAL:** SE GLOSA POR **AUTORIZACIÓN** LA TOTALIDAD DE LA FACTURA, YA QUE LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDE A IPS DESTINO PRESTADORA: DISPENSARIO MÉDICO FAC Y NO PARA ARMONY. **$180,000.**
3	FELE84124	13/12/2025	EMMANUEL BORJA CUCHIMAQUE	1058205304	$ 60.000,00	$ 60.000,00	$ 0,00	302	GLOSA TOTAL SOPORTE	**GLOSA TOTAL:** SE GLOSA POR **SOPORTE** LA TOTALIDAD DE LA FACTURA, YA QUE LASE FACTURAN 2 TERAPIAS OCUPACIONALES DE FECHAS 03/09/2025 Y 06/09/2025 DE LAS CUALES NO HAY SOPORTE, ADJUNTAN DOS EVOLUCIONES DE FONOAUDIOLOGÍA EN FECHAS DIFERENTES. **$60,000.**
4	FELE84123	13/12/2025	JUAN DAVID RIAÑO JAIMES	1105174882	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
5	FELE84122	13/12/2025	THIAGO GOMEZ SASTOQUE	1054572704	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
6	FELE84120	13/12/2025	MATIAS LOPEZ PEREZ	1054572416	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
7	FELE84119	13/12/2025	JUAN ANDRES ANGEL MENDEZ NA	1122943137	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
8	FELE84118	13/12/2025	ANA ISABEL AGUILAR ESPITIA	1097190021	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 30.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
9	FELE84117	12/12/2025	SALVADOR CELIS RODRIGUEZ	1032516227	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
10	FELE84116	12/12/2025	EMMANUEL BORJA CUCHIMAQUE	1058205304	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
11	FELE84114	12/12/2025	DANIELA ALEJANDRA AGUILAR ES	1097198143	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
12	FELE83098	29/10/2025	JUAN JOSE DIAZ ORTIZ	1058200821	$ 210.000,00	$ 0,00	$ 210.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
13	FELE83097	29/10/2025	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PAR	1201473277	$ 270.000,00	$ 0,00	$ 270.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
14	FELE83094	29/10/2025	FREDERICK ALBERTO PEREZ VILL	1058205330	$ 210.000,00	$ 0,00	$ 210.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
15	FELE83093	29/10/2025	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALD	1072752900	$ 81.000,00	$ 0,00	$ 81.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
16	FELE83092	29/10/2025	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNAN	1107989354	$ 189.000,00	$ 0,00	$ 189.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
17	FELE83088	29/10/2025	AISLEN ALANNA CARDONA CASTA	1058205360	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 30.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
18	FELE83087	29/10/2025	MARIA DEL MAR LOPEZ HERNAND	1107992136	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
19	FELE83086	29/10/2025	JUAN JOSE DIAZ ORTIZ	1058200821	$ 240.000,00	$ 0,00	$ 240.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
20	FELE83085	29/10/2025	DYLAN ANDRES HERNANDEZ CAC	1032028806	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
21	FELE83084	29/10/2025	SEBASTIAN CAPERA BARAHONA	1073328855	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
22	FELE83083	29/10/2025	AYLAN JACOBO SANCHEZ LOZAN	1054574520	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
23	FELE83071	28/10/2025	AYLAN JACOBO SANCHEZ LOZAN	1054574520	$ 270.000,00	$ 0,00	$ 270.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
24	FELE83070	28/10/2025	THIAGO GOMEZ SASTOQUE	1054572704	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
25	FELE83069	28/10/2025	ANGEL NAVARRO AVILA	1054573546	$ 270.000,00	$ 270.000,00	$ 0,00	423	GLOSA TOTAL AUTORIZACIÓN	**GLOSA TOTAL:** SE GLOSA POR **AUTORIZACIÓN** LA TOTALIDAD DE LA FACTURA, YA QUE LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDE A IPS DESTINO PRESTADORA: DISPENSARIO MÉDICO FAC Y NO PARA ARMONY. **$270,000.**
26	FELE83068	28/10/2025	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALD	1072752900	$ 180.000,00	$ 0,00	$ 180.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
27	FELE83067	28/10/2025	ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES	1054573999	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
28	FELE83066	28/10/2025	MARIA JOSE VARGAS TRIANA	1104949526	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
29	FELE83065	28/10/2025	SALVADOR CELIS RODRIGUEZ	1032516227	$ 210.000,00	$ 0,00	$ 210.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
30	FELE83064	28/10/2025	ANA ISABEL AGUILAR ESPITIA	1097190021	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
31	FELE83063	28/10/2025	EMMANUEL CASTELLANOS POLAN	1013278996	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
32	FELE83062	28/10/2025	AISLINN VICTORIA RODRIGUEZ MO	1070994617	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
33	FELE83061	28/10/2025	MIGUEL ANGEL MESTIZO GUARNI	1054571121	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
34	FELE83060	28/10/2025	MIA KARIME BELTRAN SALVADOR	1054572543	$ 90.000,00	$ 90.000,00	$ 0,00	332 - 333	GLOSA TOTAL SOPORTE	**GLOSA TOTAL:** SE GLOSA POR **SOPORTE** LA TOTALIDAD DE LA FACTURA, YA QUE LA FACTURA Y CUENTA MÉDICA ES ILEGIBLE, ARCHIVO CORTADO A LA MITAD DE LAS HOJAS. **$90,000.**
35	FELE83059	28/10/2025	JULIAN DAVID BUSTOS BUSTAMAN	1054573053	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
36	FELE83050	28/10/2025	DANIELA ALEJANDRA AGUILAR ES	1097198143	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
37	FELE83036	28/10/2025	AYLIN ARIANNA ARCILA PALACIO	1058205202	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
38	FELE83035	28/10/2025	YENER SAMUEL RAMIREZ CANO	1054565243	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 120.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
39	FELE83031	28/10/2025	STEVEN RUIZ GIRALDO	1197464739	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
40	FELE83030	28/10/2025	DERECK STEBAN LONDOÑO GRA	1031544693	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
41	FELE83028	28/10/2025	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PAR	1201473277	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
42	FELE83027	28/10/2025	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALD	1072752900	$ 180.000,00	$ 0,00	$ 180.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
43	FELE83026	28/10/2025	JUAN DIEGO PEREZ AVILES	1058205505	$ 120.000,00	$ 60.000,00	$ 60.000,00	423	GLOSA PARCIAL AUTORIZACIÓN	**GLOSA PARCIAL:** SE GLOSAN 2 TERAPIAS DE FONOAUDIOLOGÍA. AUTORIZADAS 10 TERAPIAS CUPS 937001. SE FACTURAN FELE80277 5 TERAPIAS RADICADA AGOSTO, FACTURA FELE81470 3 TERAPIAS COBRADAS RADICADA OCTUBRE, EN LA PRESENTE SE FACTURAN 4 POR LO CUAL SE GLOSAN 2 TERAPIAS DE FONOAUDIOLOGÍA.
44	FELE83011	28/10/2025	SUSANA CECILIA BARRERO FUER	24717519	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 150.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
45	FELE83003	28/10/2025	AYLIN ARIANNA ARCILA PALACIO	1058205202	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 60.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
46	FELE82996	28/10/2025	STEVEN RUIZ GIRALDO	1197464739	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 30.000,00	N/A	PAGO TOTAL	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
					$ 5.640.000,00	**$ 660.000,00**	**$ 4.980.000,00**			

TOTAL FACTURA	$ 5.640.000
VALOR GLOSA	$ 660.000
VALOR A PAGAR	$ 4.980.000

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	$ 4.980.000
SF622CSR14	CSR Farmacia ambulatoria	
SF622CSR15	CSR Transporte asistencial	
SF622CSR16	CSR Apoyo terapéutico - Unidad r	
SF622CSR17	CSR Apoyo terapéutico - Terapias	
SF622CSR18	CSR Otras Act Extram Aten domic	
SF622CSR19	CSR Otros servicios Trasplantes-V	
	VALOR TOTAL ATENCIÓN	**$ 4.980.000**

ST. VELASQUEZ MONROY YESICA NATALIA
AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD
ESM CACOM 1 JEFSA FAC

	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	**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 inicial del contrato	**$ 30.000.000,00**
Adición	**$ 15.000.000,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 45.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)	RECURSO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
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**
02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	**$ 15.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 15.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 45.000.000,00**
			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	$ 14.829.000,00
2	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 2.072.995,00	$ 2.072.995,00	$ 12.756.005,00
3	SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 498.000,00	$ 498.000,00	$ 12.258.005,00
4	SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 5.145.000,00	$ 5.145.000,00	$ 7.113.005,00
5	NOVIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 5.403.000,00	$ 5.403.000,00	$ 1.710.005,00
6	DICIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16		PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 0,00	$ 0,00	$ 15.000.000,00
				02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 4.920.000,00	$ 4.920.000,00	$ 11.790.005,00
TOTALES							**$ 18.209.995,00**	**$ 18.209.995,00**	**$ 26.790.005,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	Karina Bonet
POSTFIRMA	ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA
FECHA	26/12/2025

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 3500532253

CONTRATO: 3700121067

PROVEEDOR DE SERVICIOS	ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGI	**FECHA RECIBO DEL SERVICIO**	24.12.2025
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 3500532253, contrato interno 3700121067 de fecha 24.12.2025 respectivamente.			

ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	3500532253	00010	1002365100	TERAPIAS INTEGRALES 2025				4.920.000,00
						VALOR TOTAL SERVICIOS	COP	4.920.000,00

OBSERVACIONES

FIRMAS

T3. BELTRAN UBATE KELLIN
ESCON ESM CACOM 1

ST. BONET CABARCAS KARINA
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:	24/12/2025 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	26125	**Fecha Registro:**	2025-12-24	**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:	4.920.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	4.920.000,00	**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:	035	**Tipo**	CUENTA DE COBRO	**Fecha:**	2025-12-24

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

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

URREA CAÑON DIANA MILENA

Firmado digitalmente por URREA CAÑON DIANA MILENA
Fecha: 2025.12.24 10:38:26 -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

Bank
Certificate

Jueves , 11 de diciembre de 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.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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 numero 10.165.145 **Y GONZALO MARTINEZ QUIROGA** identificado con cedula de ciudadanía numero 10.173.074, con tarjeta profesional nro **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 no esta obligada a pagar ICBF, SENA; acogiéndonos a la Ley 1607 de 2012.**

Dada en La Dorada, Caldas a los cinco dias (13) del mes de diciembre (13) 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	03	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
2025-10	2025-11	35276917	E	2025-11-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.912.600	19.800	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
7	35276917	2025-11-20	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 24714672	CERQUERA BAQUERO YISETH MARITZA	1.500.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	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	2862101
2	CC 30344001	OCAMPO GIRALDO ALBA LUCIA	1.423.500	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	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 30349733	MENDEZ NOELIA	1.800.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001
4	CC 30387950	VANEGAS POVEDA CLAUDIA	3.800.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.800.000	608.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.800.000	152.000	CCF DE CALDAS-CCF11	3.800.000	152.000	3.800.000	92.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.004.600	S	3861001
5	CC 31426422	VELEZ FLOREZ MADELEN	2.600.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.600.000	416.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.600.000	104.000	CCF DE CALDAS-CCF11	2.600.000	104.000	2.600.000	63.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	687.400	S	3861001
6	CC 1054565565	RODRIGUEZ AYALA YESENIA	1.800.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001
7	CC 1073327350	CASTAÑEDA RAMOS ANGIE KATERINE	1.800.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001

PAGADO

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	03	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
2025-10	2025-11	35276917	E	2025-11-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.912.600	19.800	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
7	35276917	2025-11-20	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
14.723.500	14.723.500	14.723.500	14.723.500	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				7	2.355.800	0	11.900	0	2.367.700
PORVENIR	230301	800224808	8	2	704.000	0	3.600	0	707.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	5	1.651.800	0	8.300	0	1.660.100
EPS(Administradoras: 2)				7	589.000	0	3.000	0	592.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	57.000	0	300	0	57.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	532.000	0	2.700	0	534.700
ARP(Administradoras: 1)				7	359.000	0	1.900	0	360.900
COLMENA	14-25	800226175	3	7	359.000	0	1.900	0	360.900
CCF(Administradoras: 1)				7	589.000	0	3.000	0	592.000
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	7	589.000	0	3.000	0	592.000
Gran Total					3.892.800	0	19.800	0	3.912.600

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 $

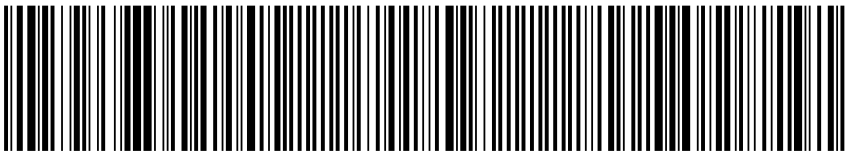
Datos del Cliente

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

FAC-S-2025-249126-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2025-249126-CI del 24 de diciembre de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117

Señor Coronel
JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-1
Cundinamarca - Puerto Salgar

Asunto: SOLICITUD AUTORIZACION PARA PAGO CORTE SEPTIEMBRE, CONTRATONo.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

Respetuosamente me permito solicitar al señor Coronel Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del Comando Aéreo de Combate No. 1, tenga a bien autorizar el sexto pago parcial correspondiente a el contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, cuyo objeto es: " PRESTACIÓN DE SERVICIOSDESALUD,TERAPIAINTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARAELTRATAMIENTOTERAPÉUTICOPRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS,NIÑASYADOLESCENTES CONDISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DELASFUERZASMILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN,ASIGNADOSALESTABLECIMIENTODE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DECOMBATENo.1,SEGÚN FICHATÉCNICA ". Lo anterior, debido a que con fecha sábado 13/12/2025 a las 16:17 hrs, la Entidad ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3, radica facturas correspondientes a 45 Terapias intramurales, realizadas a los niños del programa de discapacidad durante el mes de SEPTIEMBRE 2025, por valor de $5.640.000,00, los cuales entraron en proceso de auditoría de cuentas médicas el día 15/12/2025, generando concepto inicial para pago el día 22/12/2025 por valor de $ 4.920.000,00, con glosa inicial por valor de $ 600.000,00, y con glosa parcial de $ 60.000,00 la cual entro en conciliación de glosas.

En consecuencia, se solicita a mi Coronel autorizar trámite de pago de concepto inicial por valor de $4.920.000,00, toda vez que la entidad a la fecha no ha dado respuesta a la glosa y se requiere avanzar con la ejecución presupuestal del contrato en mención.

Cordialmente,

Defensa

COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
UNIÓN - INTEGRIDAD - VICTORIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA



Subteniente YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Especialista Garantía De La Calidad

Anexo: N/A
AA14. PAEZ / DECOP; TE. GONZALEZ / DECOP; T3. BELTRAN / CONTRA; T2. URREA / DECOP; MY. GOMEZ / ESM5117

Elaboró: ST. BONET / ESM5117 Revisó: ST. BONET / ESM5117 Aprobó:ST. BONET / ESM5117