	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	7
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PARA PAGO N° 170

FECHA: martes, 4 de agosto de 2026

La suscrita Coronel LUZ STELLA FRANCO YEPEZ Ordenadora del Gasto de la Escuela Militar de Aviación nombrado mediante Resolución No. 0937 del 18-NOV-2024 con novedad fiscal a partir del 07-ENE-2025; autoriza el pago y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

CONCEPTO	*DESCRIPCION*	
PROVEEDOR	AUDIFONOS S.A.S.	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	900795705	
No DOC. SOPORTE	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL	**$**	**50.000.000,00**
VALOR A PAGAR	*RECURSO 10:* $	6.500.000,00
	RECURSO 16: $	-
VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A	
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-01-004-008-01	
NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)	5003968242	N/A
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500565657	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	AGOSTO	
BANCO	BANCOLOMBIA S.A.	
TITULAR	AUDIFONOS S.A.S.	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	AHORRO	
NUMERO CUENTA	73700000425	
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)		
TITULAR	N/A	
NIT/C.C	N/A	
BANCO	N/A	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	N/A	
NUMERO CUENTA	N/A	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato	1
DIGITAL	Registro presupuestal CRP, última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar.	N/A
DIGITAL	Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se requieran de acuerdo con la normatividad vigente.	11
TOTAL FOLIOS		**12**

En constancia de lo anterior firman:

ELABORO:
ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
SEPLA ESM EMAVI

REVISÓ:
TC. LINA MARCELA NAVARRO ROMERO
JEFE ESM EMAVI

APROBÓ:
CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO EMAVI

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL	FECHA 23/07/2026.
CONTRATO N°	015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
FECHA SUSCRIPCIÓN	17 DE MARZO DEL 2026
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI.
FORMA DE PAGO	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA pagará al Contratista el valor del contrato así:

CORTES DE FACTURACION BIENES SUMINISTRADOS 2026	MES DEL PAGO 2026	VALOR MENSUAL
ABRIL 30	PAC JUNIO	De acuerdo con facturación y recibo a satisfacción por parte del supervisor a la fecha de corte de facturación
MAYO 31	PAC JULIO	
JUNIO 30	PAC AGOSTO	
JULIO 31	PAC SEPTIEMBRE	
AGOSTO 31	PAC OCTUBRE	
SEPTIEMBRE 30	PAC NOVIEMBRE	
OCTUBRE 31	PAC DICIEMBRE	
NOVIEMBRE 30	PAC DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2027	
DICIEMBRE 21	PAC DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2027	

NOTAS:

1. EL PAGO AL CONTRATISTA SE REALIZARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN, EL ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN SUSCRITO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A QUE HAYA LUGAR. POR LO TANTO, LA ENTIDAD NO SE HACE RESPONSABLE POR LAS DEMORAS PRESENTADAS EN EL TRÁMITE PARA EL PAGO AL CONTRATISTA CUANDO ELLAS FUEREN OCASIONADAS POR ENCONTRARSE INCOMPLETA LA DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE O NO AJUSTARSE A CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.
2. PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS POR PARTE DEL MINISTERIO DE DEFENSA – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA 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, CUANDO A ELLO HAYA LUGAR, DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS (06) MESES.
3. CUANDO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 114-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, 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.
4. LA ENTIDAD HARÁ LAS RETENCIONES A QUE HAYA LUGAR SOBRE CADA PAGO, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES SOBRE LA MATERIA.
5. EL PAGO EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS ESTARÁ SUJETO A LA APROBACIÓN PREVIA DE PAC POR PARTE DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.
6. EL MINISTERIO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DE LA FACTURA, SIEMPRE Y CUANDO SE

	ENCUENTRE CORRECTAMENTE PUBLICADA EN LA PLATAFORMA SECOP II, ASÍ MISMO, PARA EFECTOS DEL PAGO, SE DEBERÁ CUMPLIR LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR EXTERNA 016 DEL 09 DE MARZO DE 2021 Y LA DIRECTIVA 020 DEL 12 DE ABRIL DE 2021 EXPEDIDA POR SIIF NACIÓN Y EL MINISTERIO DE HACIENDA, CON RESPECTO A LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA. 7. LA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA NO SERÁ OBSTÁCULO PARA QUE, UNA VEZ CUMPLIDA LA ENTREGA A SATISFACCIÓN, EL MINISTERIO PUEDA EFECTUAR EL PAGO, CON ANTERIORIDAD O POSTERIORIDAD, SI LLEGARE A EXISTIR DISPONIBILIDAD DE RECURSOS EN EL PAC DESEMBOLSO SE EFECTUARÁ, PREVIO EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS, SIN NECESIDAD DE MODIFICAR EL PRESENTE CONTRATO Y MEDIANTE DECISIÓN UNILATERAL DEL MINISTERIO. CUANDO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 862 DE 2013, 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.
CONTRATISTA	AUDIFONOS IPS NIT 900795705 -1
INTERVENTOR	NO APLICA
SUPERVISOR	SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN (Principal)
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 50.000.000,00)
PLAZO DE ENTREGA	DESDE EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO, HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DEL 2026 O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO, LO QUE PRIMERO OCURRA.
FECHA DE INICIO	24 DE MARZO DEL 2026
FECHA DE SUSPENSIÓN	NO APLICA
FECHA DE REINICIACIÓN	NO APLICA
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO	NO APLICA
FORMA DE PAGO	NO APLICA
PLAZO DE ENTREGA	NO APLICA
VALOR FINAL DEL CONTRATO	NO APLICA

En Santiago de Cali, el día 23 del mes de Julio de 2026, se reunieron la señora SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y la señora MYRIAN ELIANA BENAVIDES ORTIZ en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

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

FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA
FE83481	14 de julio de 2026	JOSE VULCANO ELVECIO GUZMAN MIGUEZ	2906202	$ 1.300.000,00
FE83482	14 de julio de 2026	NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA	33120215	$ 1.300.000,00
FE83483	14 de julio de 2026	CARLOS JULIO MOLANO ZABALA	5960544	$ 1.300.000,00
FE83484	14 de julio de 2026	JESUS ALFONSO VALENCIA MURILLO	4832535	$ 1.300.000,00
FE83485	14 de julio de 2026	FRANCISCO MONROY ORTIZ	9084493	$ 1.300.000,00

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI.	5	MEDIANTE CONCEPTO DE AUDITORIA 337 SE VERIFICÓ PREVIO AL PAGO.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1. NO APLICA	NO APLICA
2. NO APLICA	NO APLICA
3. NO APLICA	NO APLICA

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES

NO APLICA.

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$50.000.000	
ADICIÓN	$0	
VALOR FINAL CONTRATO	$50.000.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$0	
PRIMER PAGO PARCIAL	$9.100.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 198** OBLIGACION: 12626 FECHA 17-06-2026 ORDEN DE PAGO: 225369726 FECHA 19-06-2026
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$18.292.400	**CONCEPTO DE AUDITORIA 284** OBLIGACION: 15726 FECHA 14-07-2026 ORDEN DE PAGO: 268337126 FECHA 16-07-2026
TERCER PAGO PARCIAL	$ 6.500.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 337** PENDIENTE DE PAGO
SALDO	$16.107.600	

ANEXOS

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

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

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

MYRIAN ELIANA BENAVIDES ORTIZ NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA	**SMSM7 GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN** GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

ELABORO: SMSM7 GIOVANNA RODRIGUEZ MARIN.

	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:	**EMAVI**
Nombre del Supervisor de Contrato	**SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN**
Ordenador del Gasto	**EMAVI**
No. Contrato	**015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC JEFSA-EMAVI-ESM-2026**
Objeto del contrato	**SUMINISTRO DE PROTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI**
Valor inicial del contrato	**$ 50.000.000,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 50.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
A-02-02-01-004-008	10		APARATOS MEDICOS, INSTRUMENTOS ÓPTICOS Y DE PRECISIÓN,	SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS	**$ 50.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 50.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 50.000.000,00**
			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		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 9.100.000,00	$ 9.100.000,00	$ 40.900.000,00
2	JULIO		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 18.292.400,00	$ 18.292.400,00	$ 22.607.600,00
3	AGOSTO		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 6.500.000,00	$ 6.500.000,00	$ 16.107.600,00
TOTALES							**$ 33.892.400,00**	**$ 33.892.400,00**	**$ 16.107.600,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN
FECHA	23/07/2026

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902003785	9	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	Av Roosvel No 39-25	CALI-VALLE	3160439830	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	498261056	9507280483	E	2026/07/22	2026/07/21	BANCOLOMBIA	0	$1,225,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | |

							SALARIO			PENSION													SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	30	$ 2.500.000	16%	SIN RIESGO	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000		SANITAS	30	$ 2.500.000	4%	$ 100.000	$
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	28	$ 2.333.334	16%	SIN RIESGO	$ 373.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 373.400		SANITAS	28	$ 2.333.334	4%	$ 93.400	$
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	2	$ 166.668	16%	SIN RIESGO	$ 26.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.700		SANITAS	2	$ 166.668	4%	$ 6.700	$
																					$ 800.100						$ 200.100	

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 100.000		COMFANDI	30	$ 2.500.000	4%	$ 100.000	ARL SURA	30	$ 2.500.000	0,522%	1	$ 13.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 93.400		COMFANDI	28	$ 2.333.334	4%	$ 93.400	ARL SURA	28	$ 2.333.334	0,522%	1	$ 12.200	28	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 6.700		COMFANDI	2	$ 166.668	4%	$ 6.700	ARL SURA	2	$ 166.668	0%	1	$ 0	2	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$ 200.100						$ 200.100						$ 25.300				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902003785	9	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	Av Roosvel No 39-25	CALI-VALLE	3160439830	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	498261056	9507280483	E	2026/07/22	2026/07/21	BANCOLOMBIA	0	$1,225,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$800,100	$0	$0	$800,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$800,100	$0	$0	$800,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$25,300	$0	$0	$25,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$25,300	$0	$0	$25,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$200,100	$0	$0	$200,100
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	2	$200,100	$0	$0	$200,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$200,100	$0	$0	$200,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$200,100	$0	$0	$200,100
TOTAL				**2**	**$1,225,600**	**$0**	**$0**	**$1,225,600**

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

Santiago de Cali, 23 de julio del 2026

A QUIEN PUEDA INTERESAR

En calidad de Representante Legal y Revisora Fiscal de la IPS AUDIFONOS S.A.S. la cual se encuentra identificada con el Nit. 900.795.705 -1 y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los artículos 50 de la Ley 789 de 2002 y 9ª de la Ley 828 de 2003.

CERTIFICAMOS:

Que la empresa AUDIFONOS S.A.S. ha cumplido y se encuentra al día al 30 de junio de 2026, con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

La presente certificación se expide el día veintitres (23) del mes de julio de Dos Mil veintiséis (2026).

Myrian Eliana Benavides Ortiz.
C.C. 66.849.853 de Cali
Representante Legal
AUDIFONOS SAS.
NIT 900.795.705-1

Viviana Valenzuela Quiñones
C.C. 31.714.219 de Cali
Revisora Fiscal
TP 116688T

Santiago de Cali, Julio 06 del 2026

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

DESTINATARIO: FUERZA AÉREA

CONTRATISTA: AUDÍFONOS SAS | NIT: 900.795.705-1

Yo, **Myrian Eliana Benavides Ortiz** en mi calidad de representante legal de la sociedad **AUDÍFONOS SAS**, identificada con el NIT **900.795.705-1**, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, me permito certificar lo siguiente:

1. CUMPLIMIENTO DE APORTES: Que la empresa **AUDÍFONOS SAS** se encuentra a paz y salvo con el pago de sus obligaciones al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y Aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar) por los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de la presente comunicación.

2. SUSTENTO JURÍDICO OPERATIVO: Para el cumplimiento del objeto contractual con la Fuerza Aérea, se informa que el personal de audiología especializado que presta el servicio se encuentra vinculado laboralmente bajo la estructura de nómina de la empresa aliada **DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS**. Esta configuración obedece a un esquema legítimo de administración de recurso humano y especialidad operativa, el cual:

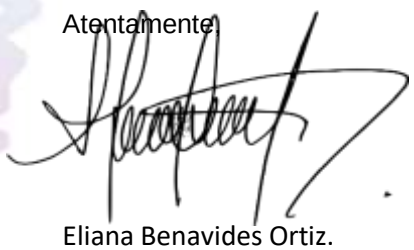
- No constituye una irregularidad jurídica, toda vez que el régimen de contratación privada (Código Sustantivo del Trabajo) y la autonomía de la voluntad privada permiten que el contratista principal se apoye en terceros o empresas vinculadas para la ejecución de actividades conexas o especializadas.
- Cumple con el **Principio de Realidad sobre las Formas**, garantizando que el personal efectivamente cuente con la cobertura prestacional exigida por la ley colombiana.

3. SOPORTE DOCUMENTAL: Se adjunta a la presente la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) de la empresa **DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS**, en la cual se evidencia el pago oportuno y completo de las profesionales en audiología asignadas para la atención de los pacientes de la Fuerza Aérea. Lo anterior, bajo el entendido de que **AUDÍFONOS SAS** mantiene la responsabilidad solidaria y contractual frente a la entidad estatal por la idoneidad y legalidad de dicho personal.

4. VERACIDAD: Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que los documentos aportados son copia fiel de sus originales, dándole pleno cumplimiento a las exigencias del pliego de condiciones del proceso de Mínima Cuantía de la referencia.

Se adjunta Planilla de Seguridad Social

Atentamente,



Eliana Benavides Ortiz.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235782993

(415)7707212489984(8020) 000014123578299 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

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
AUDIFONOS S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
AV ROOSEVELT 39 25 LC 214

42. Correo electrónico gerencia@audifonosips.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 0 4 3 9 8 3 0	3 1 8 5 7 1 4 8 1 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 1 1 0 1	8 6 9 9	2 0 1 4 1 1 0 1					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	0	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3									
	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 61. Fecha 2026-02-16 / 11:08:01AM

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 BENAVIDES ORTIZ MYRIAN ELIANA

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: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	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 6
73. Fecha	2 0 1 4 1 1 0 1	2 0 2 2 0 2 1 0
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 4 1 2 0 1	2 0 2 2 0 2 1 5
77. No. Matrícula mercantil	9 1 5 3 0 9 - 1 6	9 1 5 3 0 9
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	8	8
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 4 1 1 0 1	
81. Hasta	2 0 4 4 1 2 0 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: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 2 1 0		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 6 8 4 9 8 5 3		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
BENAVIDES	ORTIZ	MYRIAN	ELIANA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 3 2 5		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 7 7 0 7 7 5		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
TOBON	HERNANDEZ	JOHN	JAIRO
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
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 7 1 4 2 1 9		1 1 6 6 8 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VALENZUELA	QUIÑONES	VIVIANA	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 6 0 2 0 6

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 0 4 4 2 4	4	1 4 2 0 5 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MUÑOZ	DELGADO	BAIRO	IVAN

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 3 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2	

162. Nombre del establecimiento: AUDIFONOS IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: AV ROOSEVELT 39 25 LC 214 P 2

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

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3481**

FECHA GENERACIÓN	14 de julio de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	14 de julio de 2026 10:49
FECHA DE VENCIMIENTO	14 de julio de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
I+O90kLLpgA4YoUWWVbIUlBff8eiYXFdEOyPtb3wEx52Tk4oiUdQMSAyz7YXHgCPj0l4shSx4FlWgtyxVbqwxaa3mf8VIzbiz341b5cFuOicL/wts6rOQSAdGTl9LHwSpyC+rRF2FvoLFZoBMuFbu4aFZbWb/Rb71tVGXOypUqoUy9QFbUIEMgkO0ogueSfT/TAr+7y+RbLGgMFuiOz0ymj+Mtu2XyHXtW9yIkqjYXFVv6EPwuuxPQ5Sy5fQuRCoJKv/59F/C92sOgR38mu7Y0aaxhkv8xsaWEMaHSWD1x4Ga+4Kxw87n7K4XpZiI9uGeuC1T7t5C8AurI6zpzxwuw==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-07-14)	Inicio Periodo Facturación:	2026-06-22
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-06-22

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

OBSERVACIONES: CC 2906202 JOSE VULCANO ELVECIO GUZMAN MIGUEZAUTORIZACION No. AUT-2026-05-1833822 SEDE CALI 18764093270149	TOTAL ITEMS:	1
	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **a7f03779e9ddbab795a6e984353e8b418913054263fd6ba8f77b483ba4c8e56477cdb36775142ecb696f821795ee8513**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 22/05/2026 12:48:40

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-05-1833822 **FECHA SOLICITUD:** 5/22/26, 12:49 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE VULCANO ELVECIO GUZMAN MIGUEZ
DOCUMENTO: 2906202
MUNICIPIO: CALI
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: S2
FUERZA: ARC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-05-1833822	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZADO FAC ESM EMAVI 2026

OBSERVACIÓN SOLICITUD: MAYO 22/2026
SE REALIZA TRANSCRIPCION DEL PACIENTE JOSE VULCANO ELVECIO GUZMAN MIGUEZ CC 2906202 DE 94 AÑOS, CON DX H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, VALORADO EL DIA 15 MAYO 2026 POR EL DR JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE RM 11169 OTORRINOLARINGOLOGIA DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL. PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL, ESTUVO EXPUESTO A RUIDO, NO OTRA SX DE ORL. TRANSCRIPCION REALIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERIA RICARDO ROSERO
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/05/2027

AUTORIZADA POR:

YENIT CONSTANZA RIVERA ZAMBRANO
52368934

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 22/05/2027

Fecha generación: 22/05/2026 12:48:40

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

890303395-4

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Ingreso: 9EECF9CDC4 **Fecha historia:** 15/05/2026 10:12:28 a. m. **# Autorización:** 2026-05-1669227

Fecha ingreso: 15/05/2026 9:06:19 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general

Identificación: 2906202 **Nombres:** JOSE VULCANO ELVECIO **Apellidos:** GUZMAN MIGUEZ

Número de folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUZMAN MIGUEZ
Nombres: JOSE VULCANO ELVECIO
Dirección: CRA 85 D 48 56 APTO 809 TORRE 3 CANEY - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3148745356 - 6023453030
Entidad responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Segurad social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Tipo paciente: Especial o Excepción
Profesión: No aplica registrar

Tipo documento: CC **Número:** 2906202
Edad: 94 Años 07 Meses 11 Dias (04/10/1931)
Sexo: MASCULINO
Grupo: **RH:** !!
Tipo afiliado: COTIZANTE
Estado civil: SOLTERO
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de consulta: NO ESCUCHA BIEN

Enfermedad actual: PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL ESTUVO EXPUESTO A RUIDO .
NO OTRA SX DE ORL .

AUDIOMETRIA : HIPOACUSIA N-S BILATERAL
- LEVE- PROFUNDO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Grupo:	ASISTE ACOMPAÑADO	Si refiere
	Parentesco	ACUDIENTE
	Acude Acompañado	SI
Grupo:	MOVILIDAD REDUCIDA	No refiere
Grupo:	ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	No refiere
Grupo:	CONDICIÓN ESPECIAL	No refiere
Grupo:	REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS	No refiere

OBJETIVO - EXAMEN FÍSICO

Grupo	EXAMEN FÍSICO	Normal
	OIDO DERECHO	N
	NARIZ	N
	RINOSCOPIA ANTERIOR	N
	SENOS PARANASALES	N
	FARINGE	N
	CARA Y CUELLO	N
	RINOSCOPIA POSTERIOR	N
	BOCA	N
	LARINGE	N
	DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA FACIAL	N
	OIDO IZQUIERDO	N

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		☑

ANÁLISIS

1,. AUDIFONOS BILATERAL

Profesional: JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 767208/1984

ÓRDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	En sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	1	☐

DESTINO

SALIDA

CLÍNICA VISUAL Y AUDITIVA
Dr. Alberto Camayo
Otorrinolaringólogo
Reg. 11169
PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Profesional: JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE

Profesional: JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 767208/1984

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: 9EECF9CDC4 **Fecha Historia:** 15/05/2026 10:12:28 a. m.

Número de Folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUZMAN MIGUEZ
Nombres: JOSE VULCANO ELVECIO
Dirección: CRA 85 D 48 56 APTO 809 TORRE 3 CANEY - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3148745356 - 6023453030
Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo Documento: CC **Numero:** 2906202
Edad: 94 Años 07 Meses 11 Dias (04/10/1931)
Sexo biológico: MASCULINO **Género:** Masculino
Tipo Paciente: Especial o Excepción
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	1	☐

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado repetido	☑

Vigencia: 30

Profesional: JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA
Dr. Alberto Camayo
Otorrinolaringólogo
Reg. 11169
PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Profesional: JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 767208/1984

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	JOSE VULCANO ELVECIO	**Apellidos:**	GUZMAN MIGUEZ	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	2906202
Email:	notiene@gmail.com	**Ciudad:**	Cali	FN: 1968-12-30	Edad: 57 años	**Sexo:**	Masculino
Teléfono:	6023453030	**Dirección:**	CALI	**Ocupación**		**Estado Civil**	
FACTURA DE PROVEEDOR							

Fecha de realización	26-05-2026 05:20 pm	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Usuario que asiste a consulta en buenas condiciones generales de salud, acompañado para la selección de las ayudas auditivas.

Enfermedad Actual
Hipoacusia, dificulta de circulación

Antecedentes

Patológicos
HIPOACUSIA, PROBLEMAS DE CIRCULACION
Quirúrgicos
NINGUNO
Alérgicos
NINGUNO
Traumáticos
NINGUNO
Tóxicos
NINGUNO
Farmacológicos
VITAMINAS
Hospitalarios
NO INDICA
Amplificación

SI
Marca
REXTON
Tiempo
5 AÑOS

Examen Físico

Sintomatología Actual
Dificultad para entender, y escuchar sonidos

Otoscopia O.I
Normal

Otoscopia O.D
Normal

Resultado de Evaluación Audiológica
Usuario que asiste a consulta en buenas condiciones generales de salud, para la selección de las ayudas auditivas, se revisa exámenes y se realiza verificacion de examanes, se encuentra los siguientes resultados, Audiometría, Hipoacusia neurosensorial de grado leve a profundo con PTA de 55 dB y discriminación del 100 % a 65 dB en oído derecho e hipoacusia neurosensorial de grado moderado e a severo con PTA de 53 dB y discriminación del 100 % a 65 dB en oído izquierdo

Código	Diagnóstico	Prioridad
CIE 10		
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Impresión diagnóstica	
Análisis/Plan de tratamiento	Paciente que asiste a selección de ayudas auditivas con autorización de EPS. usuario refiere que desea mejorar su tecnologia por lo cual se dan indicaciones de tecnologias auditivas y se selecciona, 1 audífonos starkey 1200 GENESIS MICRO RIC / color beigue/ receptor largo 5cm potencia 60 / domos cerrado 9mm Paciente egresa en buenas condiciones generales de salud.	



DELIA ESPERANZA SANCHEZ GONZALEZ
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1107082698

Firmado Electrónicamente: DELIA ESPERANZA SANCHEZ GONZALEZ, CC 1107082698 Registro: 06452 - ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA CLINICA

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: JOSE VULCANO ELVECIO GUZMAN MIGUEZ

Documento: CC Número: 2906202

Actuando en nombre propio (_X__) Actuó como acudiente en representación de paciente (____)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1_) _____

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho __X___ en oído izquierdo __ó bilateral (_) Sistema cros___

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: STARKEY 12 micro ric Genesis**

OÍDO DERECHO: 261646024

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 3 años
* Estuche
* Blíster de baterías
* Des humificador
* Paño y cepillo
* Spray

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es tres años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular. Garantía por defecto en el molde durante los tres meses posteriores a la adaptación.

Fecha ENTREGA: DÍA __22 MES__06__ AÑO____2026____

Atentamente



Firma de Usuario o su representante. Identificación: 2906202

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3482**

FECHA GENERACIÓN	14 de julio de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	14 de julio de 2026 10:57
FECHA DE VENCIMIENTO	14 de julio de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
Vn7/AimcwPieHPMm0sQEA+cPosqjoH0zblFSGNmUahMWsAbUFITOXJjJE/I7atHCJFrohtJEwJijkvxFuUAw+d844j5mMq1UJAc/MQaQsLXSno/3I+gnLsgvN76Gp7yeLTwHpjy2ZH4YsgYu+6fd5zvN
jf5TGBtR6afGo2PMrNFWzIjspsJV4g6xdCxDexpj+kVGmf4Gjfe4yM9SofXq1fxzjkoEiR67edH0acNw4zTWM4ZY8X1/lu2Ep3Ggq0F3Zkn4sIdKdOIbQyM1B7h92tg3wPNewk9mvEynyaRne2/N5OtW0
Xreh3Fl/bSYeVw5LyldUnzpd/eXqlg91FGyrw==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-07-14)	Inicio Periodo Facturación:	2026-06-17
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-06-17

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

OBSERVACIONES: CC 33120215 NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA AUTORIZACION No. AUT-2026-05-1833867 SEDE CALI 18764093270149	TOTAL ITEMS:	1
	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **a0d17455afef13a2179ab36c39571472d181cd1ac9be8824597eafda112f8c2ec1589189d4c5c3919a813b5f49ccdbd6**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 22/05/2026 12:50:32

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-05-1833867 **FECHA SOLICITUD:** 5/22/26, 12:51 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA
DOCUMENTO: 33120215
MUNICIPIO: CALI
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: E1
FUERZA: FAC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Impresión Diagnóstica
H920	OTALGIA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-05-1833867	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZADO FAC ESM EMAVI 2026

OBSERVACIÓN SOLICITUD: MAYO 22/2026
SE TRANSCRIBE ORDEN MEDICA ANEXO 3 CONSULTA EXTERNA, DE LA PACIENTE NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA CC 33120215
DE 79 AÑOS, CON DX H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, VALORADA EL DIA 27 ABRIL 2026 POR LA DRA SARA
STELLA PEREZ HORTUA RM 761625 OTORRINOLARINGOLOGIA DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL
CAUCA, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO
UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL,
OBSERVACIONES PACIENTE REFIERE HISTORIAL DE PERDIDA AUDITIVA Y OTOLOGIA IZQUIERDA, TRAE AUDIOMETRIA DE MAYO
2025, QUE MUESTRA HIPOACUSIA NS BILATERAL MODERADA CON PTA DERECHO DE 45 Y PTA IZQUIERDO DE 28 CON LOGO
DERECHA 100% A 70 DB Y LOGO IZQUIERDA 100% A 60 DB TRANSCRIPCION REALIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERIA
RICARDO ROSERO
FECHA DE VENCIMIENTO: 22/05/2027

Fecha generación: 22/05/2026 12:50:32

AUTORIZADA POR:

YENIT CONSTANZA RIVERA ZAMBRANO
52368934

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 22/05/2027

CITAS CIEGOS Y SORDOS
602-5140233 OP 2-2 EPS
602-5140233 OP 2-3 SOS
602-5140233 OP 2-1 PARTICUL

J26 06:58

A NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Nit : 890303395

CONTROL DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Ingreso: 81F159C347 **Número Control:**

DATOS DEL PACIENTE

Nombres:	NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA	**Edad:**	79 Años / 6 Meses / 1 Días
Tipo Documento:	CC **Número:** 33120215	**Sexo:**	FEMENINO
Dirección:	CRA1E#64-08	**Nivel:**	OTROS
Teléfono:	3146817391 - 3995462		
Entidad:	ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)		

DATOS DE INGRESO:

Entidad: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI) **Número Autorización:** 2026-03-132665

Grupo de Atención:	
Contrato:	
Lquidación:	No Aplica
Tipo de Riesgo:	Ninguna
Ingresa por:	Derivado de Consulta Externa
Causa Ingreso:	Enfermedad general
Tipo de Ingreso:	Ambulatorio
Fecha Ingreso:	27/04/2026 6:58:52 a. m.

UBICACION:

Unidad Funcional:	101000	CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO
Centro de Atención:	10	SAN FERNANDO
Observaciones:	SARA PEREZ	

HOSPITALIZACION:

Fecha Hospitalización:

Cama:

718

Scanned with CamScanner

TO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

890303395-4

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha historia: 27/04/2026 7:57:05 a. m. **# Autorización:** 2026-03-132665

/04/2026 6:58:52 a. m. **Causa de atención: Enfermedad general

3120215 **Nombres:** NANCY LUCY **Apellidos:** RIVERA DE ORTEGA

o: 4 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

ACIÓN

: RIVERA DE ORTEGA

es: NANCY LUCY

ción: CRA1E#64-08 - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA

léfono: 3146817391 - 3995462

Entidad responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Segurad social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo paciente: Especial o Excepción

Profesión: No aplica registrar

Tipo documento: CC **Número:** 33120215

Edad: 79 Años 06 Meses 01 Dias (26/10/1946)

Sexo: FEMENINO

Grupo: **RH:** !!

Tipo afiliado: BENEFICIARIO

Estado civil: SOLTERA

Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de consulta: LOS EXAMENES "

Enfermedad actual: PACIENTE REFIRE HISTOLRIA DE PERDIDA AUDITIVA Y OTALGIA IZQUIEDA TRAE AUIDOMETIRA D E MAYO DE 2025 QUE MUESTRA HIPOACUSIA NS BILATEARL MODERADA CON PTA DRECHO DE 45 Y PTA IZQUIEDO DE 28CON LOGO DERCHA 100%A 70 DB Y LOGO IZQUIEDA 100%A 60 DB

ANTECEDENTES

Médicos: > Fecha: 26/03/2025
CX DE VIAS LAGRIMLAES EN AO HACE 3 AÑOS EN EL BATALLON POR LA EPS SIN MEJORIA EFEXOR VENLAFAXINA TRAZODONA ATORVASTATINA BISOPROLOL

Oftalmológicos: -- No Refiere --

Quirúrgicos: > Fecha: 26/03/2025
CX PTERIGIO OI

Transfusionales: -- No Refiere --

Inmunológicos: -- No Refiere --

Alérgicos: -- No Refiere --

Traumáticos: -- No Refiere --

Psicológicos: -- No Refiere --

Farmacológicos:

Familiares: -- No Refiere --

Urología sexual: -- No Refiere --

Tóxicos: -- No Refiere --

Hábitos de vida: -- No Refiere --

Escolares: -- No Refiere --

Laborales: -- No Refiere --

Nutricionales: -- No Refiere --

Odontológicos: -- No Refiere --

Socioeconómicos: -- No Refiere --

Otros: -- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

Grupo: ASISTE ACOMPAÑADO **Si refiere**

Parentesco FAMILIAR

Profesional: SARA STELLA PEREZ HORTUA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 761625

Scanned with CamScanner

Ingreso: 81F159C347 **Fecha historia:** 27/04/2026 7:57:05 a. m. **# Autorización:**
Fecha ingreso: 27/04/2026 6:58:52 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Identificación: 33120215 **Nombres:** NANCY LUCY **Apellidos:** RIVE
Número de folio: 4 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNA

	Acude Acompañado	SI
Grupo:	**MOVILIDAD REDUCIDA**	**No refiere**
Grupo:	**ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**No refiere**
Grupo:	**CONDICIÓN ESPECIAL**	**No refiere**
Grupo:	**REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS**	**No refiere**

OBJETIVO - EXAMEN FÍSICO

Grupo	EXAMEN FÍSICO	Normal
	OIDO DERECHO	OTOSCOPIA NORMAL MT INTEGRA
	BOCA	NIEGA DOLOR EN ATM
	OIDO IZQUIERDO	OTOSCOPIA NORMAL MT INTGRA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		☑
H920	OTALGIA		☐

ANÁLISIS

SE ENVIA PARA ADAPTACION AUDIFONO BINAURAL
CITA ORL SEGUIMIENTO ANUAL

ÓRDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	En sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	2	☐
954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA). IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA]	Bilateral	1	☐

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Cantidad
890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA **Observaciones:** CITA ORL CON RESULTADO DE IMPEDANCIOMETRIA	1

DESTINO

SALIDA

Profesional: SARA STELLA PEREZ HORTUA

Profesional: SARA STELLA PEREZ HORTUA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 761625

Scanned with CamScanner

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: 81F159C347 **Fecha Historia:** 27/04/2026 7:57:05 a. m.

Número de Folio: 4 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: RIVERA DE ORTEGA
Nombres: NANCY LUCY
Dirección: CRA1E#64-08 - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3146817391 - 3995462
Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo Documento: CC **Numero:** 33120215
Edad: 79 Años 06 Meses 01 Dias (26/10/1946)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo Paciente: Especial o Excepción
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	2	☐
954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA). IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA]	Bilateral	1	☐

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado nuevo	☑
H920	OTALGIA		Impresion diagnóstica	☐

Vigencia: 30

Profesional: SARA STELLA PEREZ HORTUA

Profesional: SARA STELLA PEREZ HORTUA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 761625

Scanned with CamScanner

Audifonos S.A.S
900795705-1
760011521901

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	NANCY LUCY	**Apellidos:**	RIVERA DE ORTEGA	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	33120215
Email:	notiene@gmail.com	**Ciudad:**	Cali	FN: 1946-10-26	Edad: 79 años	**RH:**	O+
Sexo:	Femenino	**Teléfono:**	3146817391	**Dirección:**	CALI	**Ocupación**	HOGAR
Estado Civil	Viudo(a)	**FACTURA DE PROVEEDOR**					

Fecha de realización	01-06-2026 02:54 pm	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Selección de ayudas auditivas

Enfermedad Actual
Hipoacusia

Antecedentes

Patológicos
DIABETES, COLON IRRITABLE, HEMORROIDES
Quirúrgicos
HEMORROIDECTOMIA, HISTERECTOMIA, HERNIORRAFIA UMBILICAL
Alérgicos
NINGUNO
Traumáticos
NINGUNO
Tóxicos
NINGUNO
Farmacológicos
DULOXETINA, TRAZODONA, VISOPOROL, ACIDO ACETIL SALICILICO, NO RECUERDA EL NOMBRE DE MEDICAMENTO PARA DIABETES

Examen Físico

Sintomatología Actual
TINNITUS OCASIONAL

Otoscopia O.I
Normal

Otoscopia O.D
Normal

Resultado de Evaluación Audiológica
Hipoacusia neurosensorial de grado leve a severo con PTA de 49 dB y discriminación del 100 % a 75 dB en oído derecho e hipoacusia neurosensorial de grado leve a severo con PTA de 42 dB y discriminación del 100 % a 70 dB en oído izquierdo

Código	Diagnóstico	Prioridad
CIE 10		
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Impresión diagnóstica	
Análisis/Plan de tratamiento	Paciente que asiste a selección de ayudas auditivas con autorización de EPS y conversión. Se selecciona audífono EVOLV AI 1200 RIC/ receptor longitud #3/ potencia 40/ domo cerrado #9 para oído derecho. Paciente egresa en buenas condiciones generales	

Sofia Espinoza
DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1087425454

Firmado Electrónicamente: DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO, CC 1087425454

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: __ NANCY LUCY RIVERA DE ORTEGA_____

Documento: _CC___ Número: _ 33120215_____

Actuando en nombre propio (_X__) Actuó como acudiente en representación de paciente (____)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1__)

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho _x__ en oído izquierdo _____ ó bilateral (___)

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: Starkey Evolv AI 1200 RIC**

OÍDO DERECHO__ _261570135_____OÍDO IZQUIERDO_____ _____

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* 2 Blíster de seis pilas.
* Estuche
* Spray
* Paño y cepillo
* Deshumificador
* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 2 años

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es dos años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular.

Fecha ENTREGA: DÍA __17_ MES_____06_____ AÑO____2026_____

Atentamente,



_____

Firma de Usuario o su representante.

Identificación.____CC__ 33120215_____

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3483**

FECHA GENERACIÓN	14 de julio de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	14 de julio de 2026 11:03
FECHA DE VENCIMIENTO	14 de julio de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
GFUUbvRYPE6UwtjwqJDedcfa1jGqswgszO48p+WwYBimhsZEDca9+Q1BqhV6SzIb+c8Nk+XNlJMrU/EBHiZCh9NIVF4k0ZWd8K0UaHF2KjHSBDIG8bqnmVbL1GQ9JEFWIuKRSjT0Ehljdrjtv1QAv88+7P2S7AACPv6QmqpxSfRZuriBNGgmpd7U1hLH2v5mFBGCF33rj3M4necRKjjXpQy2xpx7haLEQEp2QpprWEKY34240IZV/9MHZCoq0mFlr/vqef++lgwCU8ElxGVZRlb/4G5JPeHNSP/MF7NEOnZPF0OuFM+TylskbYL+EL/dIvtufJzBp/T/vNWY+SkcCA==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-07-14)	Inicio Periodo Facturación:	2026-06-24
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-06-24

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

	TOTAL ITEMS:	1
OBSERVACIONES: CC 5960544 CARLOS JULIO MOLANO ZABALA AUTOORIZACION No. AUT-2026-06-1984254 SEDE CALI 18764093270149	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **3fd0e91b0a2dad77b2c29727d8cb446aaa07387578e8efd6cd9de55a93e90555ea8c178fae27dc0bb3900c6dfab085d7**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 01/06/2026 15:20:26

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-06-1984254 **FECHA SOLICITUD:** 6/1/26, 3:22 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: CARLOS JULIO MOLANO ZABALA
DOCUMENTO: 5960544
MUNICIPIO: CALI
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: TS
FUERZA: FAC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Impresión Diagnóstica
H813	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-06-1984254	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA AUTORIZACION ESM EMAVI 2026, AUDIFONO UNILATERAL

OBSERVACIÓN SOLICITUD: MAYO 27/2026
SE TRANSCRIBE ORDEN MEDICA ANEXO 3 CONSULTA EXTERNA, DEL PACIENTE CARLOS JULIO MOLANO ZABALA CC 5960544 DE 85 AÑOS, CON DX H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, VALORADO EL DIA 27 ABRIL 2026 POR EL DR FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA RM 12119 OTORRINOLARINGOLOGIA DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL,OBSERVACIONES PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE SE HA EXACERBADO LOS ÚLTIMOS MESES CONSISTENTE EN HIPOACUSIA PROGRESIVA LIMITACIÓN, PARA LA DISCRIMINACIÓN, LA COMUNICACIÓN POR QUE NO LOGRA ENTENDER, LO QUE LE DICEN ADEMAS PRESENTA CUADRO DE VERTIGO ROTATORIO, EL DIA DE HOY TRAE RESULTADOS DE AUDIOLOGICOS DEL 13/01/2026. TRANSCRIPCION REALIZADA AUXILIAR DE ENFERMERIA RICARDO ROSERO

FECHA DE VENCIMIENTO: 01/06/2027

Fecha generación: 01/06/2026 15:20:26

AUTORIZADA POR:

MARIA PAULA FRANCO UMAÑA
1123039528

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 01/06/2027

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: 4004F4A16C **Fecha Historia:** 27/04/2026 8:07:40 a. m.

Número de Folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MOLANO ZABALA **Tipo Documento:** CC **Numero:** 5960544

Nombres: CARLOS JULIO **Edad:** 85 Años 07 Meses 16 Dias (11/09/1940)

Dirección: CRA 5 # 15 A - 21 B/ EL JARDIN JAMUNDI VALLE - JAMUNDI - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA **Sexo biológico:** MASCULINO **Género:** Masculino

Teléfono: 3117038242 - 3178949943 **Tipo Paciente:** Especial o Excepción

Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI) **Tipo Afiliado:** COTIZANTE

Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	2	☐

Observaciones: AUDÍFONOS BILATERALES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado nuevo	☑
H813	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS		Confirmado nuevo	☐

Profesional: FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA

CLINICA OTORRINOLARINGOLOGICA INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS
Dr. Fernando Silva
Otorrinolaringólogo
R.M. 12119

Profesional: FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 16995/1985

Scanned with CamScanner

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

890303395-4

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Ingreso: 4004F4A16C **Fecha historia:** 27/04/2026 8:07:40 a. m. **# Autorización:** 2026-03-99234

Fecha ingreso: 27/04/2026 7:42:04 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general

Identificación: 5960544 **Nombres:** CARLOS JULIO **Apellidos:** MOLANO ZABALA

Número de folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MOLANO ZABALA
Nombres: CARLOS JULIO
Dirección: CRA 5 # 15 A - 21 B/ EL JARDIN JAMUNDI VALLE - JAMUNDI - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3117038242 - 3178949943
Entidad responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Segurad social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Tipo paciente: Especial o Excepción
Profesión: No aplica registrar

Tipo documento: CC **Número:** 5960544
Edad: 85 Años 07 Meses 16 Dias (11/09/1940)
Sexo: MASCULINO
Grupo: **RH:** !!
Tipo afiliado: COTIZANTE
Estado civil: SOLTERO
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de consulta: PACIENTE ASISTE A CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Enfermedad actual: PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE SE HA EXACERBADO LOS ÚLTIMOS MESES CONSISTENTE EN HIPOACUSIA PROGRESIVA LIMITACIÓN PARA LA DISCRIMINACIÓN LA COMUNICACIÓN PORQUE NO LOGRA ENTENDER LO QUE LE DICEN. ADEMAS PRESENTA CUADRO DE VERTIGO ROTATORIO. EL DIA DE HOY TRAE RESULTADOS DE AUDIOLOGICOS DEL 13/01/2026:
AUDIOMETRIA
OD: 33.3 PTA
OI: 41.6 PTA

LOGOAUDIOMETRIA
OD: DISCRIMINACION DEL 100% A 50 DB
OI: DISCRIMINACION DEL 100% A 60 DB

INMITANCIA
OD: TIPO A
OI: TIPO C

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA, DIABETES
FARMACOLOGICOS: METFORMINA, LOSARTAN
QUIRURGICOS:COLOECISTECTOMIA
ALERGICOS: NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMAS

Grupo:	**ASISTE ACOMPAÑADO**	**No refiere**
Grupo:	**MOVILIDAD REDUCIDA**	**No refiere**
Grupo:	**ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**No refiere**
Grupo:	**CONDICIÓN ESPECIAL**	**No refiere**
Grupo:	**REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS**	**No refiere**

OBJETIVO - EXAMEN FÍSICO

Grupo	EXAMEN FÍSICO	Normal
	OIDO DERECHO	LIMITANTES NORMALES
	OIDO IZQUIERDO	LIMITANTES NORMALES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		☑
H813	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS		☐

Profesional: FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 16995/1985

Scanned with CamScanner

ANÁLISIS

PACIENTE CON HIPOACUSIA PROGRESIVA, LIMITACIÓN PARA DISCRIMINACIÓN DEL LENGUAJE SE ORDENA ADAPTACIÓN DE AUDÍFONOS BILATERALES PARA MEJORAR SU PROCESO DE COMUNICACIÓN Y POR ENDE SU CALIDAD DE VIDA
POR CUADRO DE VERTIGO SE DA ORDEN DE ELECTRONISTAGMOGRAFIA
ELECTROCOCLEOGRAFIA
VHIT
CITA CONTROL CON RESULTADOS

ÓRDENES MEDICAS EXTRAMURALES

IMÁGENES DX EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Lateralidad	Fecha sugerida toma	Cantidad
954402	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA.	Bilateral	27/04/2026 8:06:00 a. m.	1
954403	EVALUACION DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO MOTOR ASISTIDO.	Bilateral	27/04/2026 8:07:00 a. m.	1
954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG].	Bilateral	27/04/2026 8:07:00 a. m.	1

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	En sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS **Observaciones:** AUDÍFONOS BILATERALES	Bilateral	2	☐

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Cantidad
890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1

DESTINO

SALIDA

Profesional: FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA
Dr. Fernando Silva
Otorrinolaringólogo
R.M. 12119
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS

Profesional: FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 16995/1985

Scanned with CamScanner

Audifonos S.A.S
900795705-1
760011521901

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	CALOS JULIO	**Apellidos:**	MOLANO ZABALA	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	5960544
Email:	NOTIENE@GMAIL.COM	**Ciudad:**	Cali	FN: 1940-09-11	Edad: 85 años	**RH:**	A+
Sexo:	Masculino	**Teléfono:**	3178949943	**Dirección:**	JAMUNDÍ	**Ocupación**	
Estado Civil		**FACTURA DE PROVEEDOR**					

Fecha de realización	24-06-2026 08:27 am	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Selección de ayudas auditivas

Enfermedad Actual
Hipoacusia

Antecedentes

Patológicos
HIPERTENSION, DIABETES
Quirúrgicos
COLECISTECTOMIA
Alérgicos
NINGUNO
Traumáticos
NINGUNO
Tóxicos
NINGUNO
Farmacológicos
LOSARTAN, METFORMINA

Examen Físico

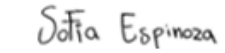
Sintomatología Actual
Dificultad para entender

Otoscopia O.I
Normal

Otoscopia O.D
Normal

Resultado de Evaluación Audiológica
AUDIOMETRÍA TONAL OIDO DERECHO: hipoacusia neurosensorial de grado leve a severo con promedio de tonos audibles (PTA) de 43,8 dB OIDO IZQUIERDO: hipoacusia neurosensorial de grado leve a severo con promedio de tonos audibles (PTA) de 28,8 dB LOGOAUDIOMETRÍA OIDO DERECHO: discriminación del 100 % a 70 dB OIDO IZQUIERDO: discriminación del 100 % a 50 dB con distorsión al aumentar intensidad del estímulo

Código	Diagnóstico	Prioridad
CIE 10		
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Impresión diagnóstica	
Análisis/Plan de tratamiento	Paciente que asiste a selección de ayudas auditivas con autorización de EPS. Se seleccionan audífono Evolv 1200/ tubo fino #4/ domo abierto #9 para oído derecho	



DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1087425454

Firmado Electrónicamente: DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO, CC 1087425454

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: __ CALOS JULIO MOLANO ZABALA _____

Documento: _CC___ Número: _ 5960544_____

Actuando en nombre propio (_X__) Actuó como acudiente en representación de paciente (____)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1__)

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho _x__ en oído izquierdo _____ ó bilateral (___)

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: Starkey Evolv AI 1200**

OÍDO DERECHO__ _ 260983583_____OÍDO IZQUIERDO_____ _____

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* 2 Blíster de seis pilas.
* Estuche
* Spray
* Paño y cepillo
* Deshumificador
* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 2 años

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es dos años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular.

Fecha ENTREGA: DÍA __24_ MES_____06_____ AÑO____2026_____

Atentamente,



_____

Firma de Usuario o su representante.

Identificación.____CC__ 5960544_____

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3484**

FECHA GENERACIÓN	14 de julio de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	14 de julio de 2026 11:08
FECHA DE VENCIMIENTO	14 de julio de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
SH0O7VHLGxHOvP2QsJc9n0dXpqgF5eV7egy8Xvj2INC9+xOqcKoQED95p6IYM7p4n6bOAUs4IPHuVbv3YxQcnb0AIIhCMkWNhmoyRXSvguvKneoE9cVMOE74BNCjxICg+BAri3LBbiDPQp+p1tnBZK0drViJMOdlro+dLycu3TFa/pOU8KPfx772AXj4S5OMPtRK+wwhCqVO0ZHOeZoMolJCF33RznfmWgmmxdAawXWSoXSG943bnUFiA3IcjfP7awEH1K/mcPxqXEZ0tFi6qkc8oJGtbrWQgRJGCBLVgZBy08MieXlC5qaVHUyOUKlDZkGULmNXOmM7/jXICOx+JQ==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-07-14)	Inicio Periodo Facturación:	2026-06-24
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-06-24

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

OBSERVACIONES: CC 4832535 JESUS ALFONSO VALENCIA MURILLO AUTORIZACION No. AUT-2026-06-2227300 SEDE CALI 18764093270149	TOTAL ITEMS:	1
	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **110ada69c297aa9baea2c4c5a28893203557cf8faf1e6dda13a6552e9d6112be99a34a2236928ddebb334e2088dd2890**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 18/06/2026 14:33:00

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-06-2227300 **FECHA SOLICITUD:** 6/18/26, 2:33 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JESUS ALFONSO VALENCIA MURILLO
DOCUMENTO: 4832535
MUNICIPIO: MEDELLIN
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: SLR
FUERZA: FAC
REGIONAL: NOROCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-06-2227300	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZADO FAC ESM EMAVI 2026

OBSERVACIÓN SOLICITUD: JUNIO 18/2026
SE REALIZA TRANSCRIPCION DEL PACIENTE JESUS ALFONSO VALENCIA MURILLO CC 4832535 DE 77 AÑOS, CON DX H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, VALORADO EL DIA 27 MAYO 2026 POR EL DR MAURICIO LOPEZ CARDENAS RM 840-93 OTORRINOLARINGOLOGIA DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL. PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL, SECUELAS DE ACV, CX AUDIFONO IZQUIERDO DIGITAL DE ALTA GAMA, PARA MEJORIA DE LA UDICIÓN Y CALIDAD DE VIDA. TRANSCRIPCION REALIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERIA RICARDO ROSERO
FECHA DE VENCIMIENTO: 18/06/2027

AUTORIZADA POR:

YENIT CONSTANZA RIVERA ZAMBRANO
52368934

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 18/06/2027

Fecha generación: 18/06/2026 14:33:00

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: AD3A841A38 **Fecha Historia:** 27/05/2026 7:04:22 p. m.

Número de Folio: 2 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: VALENCIA MURILLO
Nombres: JESUS ALFONSO
Dirección: NO INDICA - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3188033299 - 3218675822
Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo Documento: CC **Numero:** 4832535
Edad: 77 Años 07 Meses 11 Dias (16/10/1948)
Sexo biológico: MASCULINO **Género:** Masculino
Tipo Paciente: Especial o Excepción
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Izquierda	1	☐

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado repetido	☑

Profesional: MAURICIO LOPEZ CARDENAS

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA
Dr. Mauricio López C.
Otorrinolaringólogo
R.M. 840-93
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Profesional: MAURICIO LOPEZ CARDENAS
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 840-93

Scanned with CamScanner

Audifonos S.A.S
900795705-1
760011521901

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	JESUS ALFONSO	**Apellidos:**	VALENCIA MURILLO	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	4832535
Email:	notiene@gmail.com	**Ciudad:**	Cali	FN: 1948-10-16	Edad: 77 años	**RH:**	B+
Sexo:	Masculino	**Teléfono:**	3188033299 - 3218675822	**Dirección:**	CALI	**Ocupación**	HOGAR
Estado Civil	Soltero(a)	**FACTURA DE PROVEEDOR**					

Fecha de realización	24-06-2026 05:13 pm	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Selección de ayudas auditivas

Enfermedad Actual
Hipoacusia

Antecedentes

Patológicos
EPILEPSIA, MOVILIDAD REDUCIDA
Quirúrgicos
CRANEOTOMIA
Alérgicos
NINGUNO
Traumáticos
TRAUMA POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO
Tóxicos
NINGUNO
Farmacológicos
FENOBARBITAL, LEVETIRACETAM

Examen Físico

Sintomatología Actual
Dificultad para entender

Otoscopia O.I
Normal

Otoscopia O.D
Normal

Resultado de Evaluación Audiológica
AUDIOMETRÍA TONAL OIDO DERECHO: hipoacusia neurosensorial de grado moderado a profundo con promedio de tonos audibles (PTA) de 67,5 dB OIDO IZQUIERDO: hipoacusia neurosensorial de grado moderado a profundo con promedio de tonos audibles (PTA) de 55 dB LOGOAUDIOMETRÍA OIDO DERECHO: discriminación del 90 % a 90 dB OIDO IZQUIERDO: discriminación del 50 % a 55 dB con distorsión al aumentar intensidad del estímulo

Código	Diagnóstico	Prioridad
CIE 10		
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Confirmado Repetido	
Análisis/Plan de tratamiento	Paciente que asiste a selección de ayudas auditivas con autorización de EPS. Se selecciona audífono Evolv AI 1200/ con molde canal / ventilación media oído izquierdo. Se realiza firma de consentimiento informado y toma de impresión sin complicaciones. Paciente egresa en buenas condiciones generales	

Sofia Espinoza
DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1087425454

Firmado Electrónicamente: DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO, CC 1087425454

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: __ JESUS ALFONSO VALENCIA MURILLO_____

Documento: _CC___ Número: _ 4832535_____

Actuando en nombre propio (___) Actuó como acudiente en representación de paciente (__X__)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1__)

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho ___ en oído izquierdo ___x___ ó bilateral (___)

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: Starkey Evolv AI 1200**

OÍDO DERECHO_____OÍDO IZQUIERDO_____260983611_____

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* 2 Blíster de seis pilas.
* Estuche
* Spray
* Paño y cepillo
* Deshumificador
* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 2 años

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es dos años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular.

Fecha ENTREGA: DÍA __24_ MES_____06_____ AÑO____2026_____

Atentamente,

Julia Alba Arrutia M

Firma de Usuario o su representante. (hermana)

Identificación.____CC__ 35850395_____

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3485**

FECHA GENERACIÓN	14 de julio de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	14 de julio de 2026 11:12
FECHA DE VENCIMIENTO	14 de julio de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
HivY/Z4tO1HSqMWzHIPNw2FfyIhdSdROBVmGz/JB/lJB/KrOe0HyMHPIlvB039PgTZ8fNK8MGjcxqkGnoqqZZtqQs5EtviJm6SH9JranZK24sPDufLwW3TXsdf3fi8m2FHYsPbzEp5/vKtbW3xyYr+BtcobdZca2MIGhhaCPCUOXwEf4mCXn//3M1yjVUk0Jy4iAIKGzI/C+WgBxA4BehMeOnajtMQdUStH34aN9N7WLGEPGc1dUlUxTZcemWokZOkwWA59zxUZ9dUTQiptnr0OaGYECcq0fRX/TCHzULIvN97Lr3xk5iAi020G9TAsx1tzf8jSL0LhPCJvg0ValYA==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-07-14)	Inicio Periodo Facturación:	2026-07-08
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-07-08

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

OBSERVACIONES: CC 9084493 FRANCISCO MONROY ORTIZ AUTORIZACION No. AUT-2026-06-2311316 SEDE CALI 18764093270149	TOTAL ITEMS:	1
	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **08261b3888300e047e8647e3cac5121037fa0861bf142500c5b8a8b18e34df5e81b48bbce4c02d3f53fd26bf67f242d4**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 24/06/2026 11:06:30

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-06-2311316 **FECHA SOLICITUD:** 6/24/26, 11:06 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO MONROY ORTIZ
DOCUMENTO: 9084493
MUNICIPIO: CALI
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: SJ
FUERZA: ARC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-06-2311316	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: AUTORIZADO FAC ESM EMAVI 2026

OBSERVACIÓN SOLICITUD: JUNIO 24/2026
SE REALIZA TRANSCRIPCION DEL PACIENTE FRANCISCO MONROY ORTIZ CC 9084493 DE 73 AÑOS, CON DX H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL, VALORADO EL DIA 23 JUNIO 2026 POR LA DRA MONICA CABRERA TELLO RM 11664/1995 OTORRINOLRINGOLOGIA DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL. PACIENTE RELATA QUE EN EXAMEN PARA RENOVAR LA LICENCIA DE CONDUCCION HACE 3 AÑOS APARECIO UNA PERDIDA DE AUDICIÓN MAS ACENTUADA POR EL OIDO IZQUIERDO, CONSULTO A MEDICO GENERAL DE LA EPS QUE INDICO CONTROL ANUEAL. TRANSCRIPCION REALIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERIA RICARDO ROSERO
FECHA DE VENCIMIENTO: 24/06/2027

AUTORIZADA POR:

YENIT CONSTANZA RIVERA ZAMBRANO
52368934

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 24/06/2027

Fecha generación: 24/06/2026 11:06:30

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: C6F8A8A920 **Fecha Historia:** 10/06/2026 8:38:03 a. m.

Número de Folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONROY ORTIZ
Nombres: FRANCISCO
Dirección: clle 15 # 67 - 51 b// la Hacienda - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3128846255 -
Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo Documento: CC **Numero:** 9084493
Edad: 73 Años 08 Meses 04 Dias (06/10/1952)
Sexo biológico: MASCULINO **Género:** Masculino
Tipo Paciente: Especial o Excepción
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	10	☐

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado nuevo	☑

Vigencia: 30

Profesional: MONICA CABRERA TELLO

Profesional: MONICA CABRERA TELLO
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 11664/1995

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

890303395-4

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Ingreso: C6F8A8A920 **Fecha historia:** 10/06/2026 8:38:03 a. m. **# Autorización:** 2025-08-435639

Fecha ingreso: 10/06/2026 7:55:04 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general

Identificación: 9084493 **Nombres:** FRANCISCO **Apellidos:** MONROY ORTIZ

Número de folio: 1 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONROY ORTIZ
Nombres: FRANCISCO
Dirección: clle 15 # 67 - 51 b// la Hacienda - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3128846255 -
Entidad responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Segurad social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Tipo paciente: Especial o Excepción
Profesión: No aplica registrar

Tipo documento: CC **Número:** 9084493
Edad: 73 Años 08 Meses 04 Dias (06/10/1952)
Sexo: MASCULINO
Grupo: **RH:** !!
Tipo afiliado: COTIZANTE
Estado civil: SOLTERO
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de consulta: "me salio una perdida de audicion"

Enfermedad actual: PACIENTE RELATA QUE EN EXAMEN PARA RENOVAR LA LICENCIA DE CONDUCCION HACE 3 AÑOS APARECIO UNA PERDIDA DE AUDICION MAS ACENTUADA POR EL OIDO IZQUIERDO, CONSULTO A MD GENRAL DE LA EPS QUE INDICO CONTROL ANUAL POR LO QUE EL 17 DE JULIO DE 2025 REAIZA AUDIOEMTRICOS QUE REPORTAN OD: HNS MODERA OI: HNS SEVERA CON 100% DE DISCRIMINACION BILATERAL Y CURVAS TIPO A BILATERALES. APORTA AUDIOMETRICOS DEL 5 DE AMRZO DE 2026 QUE REPORTA: OD: HNS DE LEVE A SEVERO OI: HNS DE LEVE A PROFUNDA CON 100% DE DISCRIMINACION BILATERAL, NO APORTA RESULTADO D INMITANCIA ACUSTICA.

ANTECEDENTES

Médicos: > Fecha: 10/06/2026
(Activo) N40X-HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Oftalmológicos: *-- No Refiere --*

Quirúrgicos: > Fecha: 10/06/2026
FX DE MANO IZQUIERDA,

Transfusionales: -- No Refiere --

Inmunológicos: -- No Refiere --

Alérgicos: -- No Refiere --

Traumáticos: -- No Refiere --

Psicológicos: -- No Refiere --

Farmacológicos:

Familiares: > Fecha: 10/06/2026
NO REGISTRA ANTECENTES

Urología sexual: -- No Refiere --

Tóxicos: -- No Refiere --

Hábitos de vida: > Fecha: 10/06/2026
NIEGA

Escolares: -- No Refiere --

Laborales: > Fecha: 10/06/2026
RETIRADO DE LA ARMADA NACIONAL (RELATA HABER USADO PROTECCION AURICULAR)

Nutricionales: -- No Refiere --

Odontológicos: -- No Refiere --

Socioeconómicos: -- No Refiere --

Otros: -- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

Profesional: MONICA CABRERA TELLO
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 11664/1995

Grupo:	**ASISTE ACOMPAÑADO**	**No refiere**
Grupo:	**MOVILIDAD REDUCIDA**	**No refiere**
Grupo:	**ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	**No refiere**
Grupo:	**CONDICIÓN ESPECIAL**	**No refiere**
Grupo:	**REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS**	**No refiere**

OBJETIVO - EXAMEN FÍSICO

Grupo	EXAMEN FÍSICO	Normal
	OIDO DERECHO	SIN ALTERACIONES
	OIDO IZQUIERDO	SIN ALTERACIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		☑

ANÁLISIS

INDICO ADAPTACION DE AUDIFONOS BILATERALES PARA MEJOR ADAPTABILIDAD SOCIAL Y AUTONOMIA.

ÓRDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	En sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	10	☐

DESTINO

SALIDA

Profesional: MONICA CABRERA TELLO

Profesional: MONICA CABRERA TELLO
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 11664/1995

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: C6F8A8A920 **Fecha historia:** 23/06/2026 2:59:57 p. m. **# Autorización:** 2025-08-435639
Fecha ingreso: 10/06/2026 7:55:04 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO
Identificación: 9084493 **Nombres:** FRANCISCO **Apellidos:** MONROY ORTIZ
Número de folio: 2 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONROY ORTIZ
Nombres: FRANCISCO
Dirección: clle 15 # 67 - 51 b// la Hacienda - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3128846255 -
Entidad responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Estado civil: SOLTERO
Profesión: No aplica registrar

Tipo documento: CC **Numero:** 9084493
Edad: 73 Años 08 Meses 17 Dias (06/10/1952)
Sexo biológico: MASCULINO **Género:** Masculino
Grupo: **RH:** !!
Tipo paciente: Especial o Excepción
Tipo afiliado: COTIZANTE
Grupo étnico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado nuevo	☑

OBJETIVO - ANALISIS

.....

DIETA

Observaciones:

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	*Servicio*	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	*EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS*	Bilateral	2	☐

DESTINO

SALIDA

Profesional: MONICA CABRERA TELLO
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 66848439
Tarjeta Profesional # 11664/1995

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

NIT: 890303395-4

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: C6F8A8A920 **Fecha Historia:** 23/06/2026 2:59:57 p. m.

Número de Folio: 2 **Ubicación:** SAN FERNANDO - CONSULTA EXTERNA SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONROY ORTIZ
Nombres: FRANCISCO
Dirección: clle 15 # 67 - 51 b// la Hacienda - CALI (SANTIAGO DE CALI) - CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE - COLOMBIA
Teléfono: 3128846255 -
Entidad Responsable: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)
Seguridad Social: ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN (EMAVI)

Tipo Documento: CC **Numero:** 9084493
Edad: 73 Años 08 Meses 17 Dias (06/10/1952)
Sexo biológico: MASCULINO **Género:** Masculino
Tipo Paciente: Especial o Excepción
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS. EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Bilateral	2	☐

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Código	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		Confirmado nuevo	☑

Vigencia: 30

Profesional: MONICA CABRERA TELLO

Dra. Mónica Cabrera T. Otorrinolaringóloga

Profesional: MONICA CABRERA TELLO
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Tarjeta Prof. # 11664/1995

Audifonos S.A.S
900795705-1
760011521901

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	FRANCISCO	**Apellidos:**	MONROY ORTIZ	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	9084493
Email:	notiene@gmail.com	**Ciudad:**	Cali	FN: 1952-10-06	Edad: 73 años	**RH:**	A+
Sexo:	Masculino	**Teléfono:**	3128846255	**Dirección:**	CALI	**Ocupación**	PENSIONADO DE FUERZA ARMADA
Estado Civil	Casado(a)	**FACTURA DE PROVEEDOR**					

Fecha de realización	08-07-2026 10:45 am	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Usuario que asiste a consulta en buenas condiciones generales de salud, para exámenes clínicos remitido por ORL, para estudio de hipoacusia

Enfermedad Actual
HIPOACUSIA, PROSTATA

Antecedentes

Patológicos
PROSTATA, HIPOACUSIA
Quirúrgicos
MANO IZQUIERDA
Alérgicos
NINGUNO
Traumáticos
RADIO MANO IZQUEIRDA
Tóxicos
EXFUMADOR
Farmacológicos
TRATAMIENTO PROSTATA
Hospitalarios

NO INDICA
Amplificación
NO

Examen Físico

Sintomatología Actual
DIFICULTA PARA ENTENDER EN ENTORNOS RUIDOSOS

Otoscopia O.I
NORMAL

Otoscopia O.D
NORMAL

Resultado de Evaluación Audiológica
Usuario que asiste a consulta en buenas condiciones generales de salud para verificación de exámenes, se realiza exámenes y se encuentra los siguientes resultados OTOSCOPIA OIDO DERECHO: NORMAL, OIDO IZQUIERDO: NORMAL, AUDIOMETRIA OIDO DERECHO: Hipoacusia neurosensorial de grado leve a severo pta 43,8db OIDO IZQUIERDO: Hipoacusia neurosensorial de grado leve a profunda pta 42,5db LOGOAUDIOMETRIA OIDO DERECHO: Discriminación del lenguaje del 100% a 45 db OIDO IZQUIERDO: Discriminación del lenguaje del 100% a 45 db

Código	Diagnóstico	Prioridad
	CIE 10	
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Impresión diagnóstica	
Análisis/Plan de tratamiento	USUARIO REQUIERE DE 2 AUDIFONOS FUNCIONALES 1200 BTE CON TUBO DELGADO LARGO 4CM Y OLIVA CERRADA 9MM	



DELIA ESPERANZA SANCHEZ GONZALEZ
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1107082698

Firmado Electrónicamente: DELIA ESPERANZA SANCHEZ GONZALEZ, CC 1107082698 Registro: 06452 - ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA CLINICA

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: FRANCISCO MONROY ORTIZ

Documento: CC Número: 9084493

Actuando en nombre propio (_X__) Actuó como acudiente en representación de paciente (____)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1_) _____

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho __X___ en oído izquierdo __ó bilateral (_) Sistema cros___

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: STARKEY 1200 BTE**

OÍDO DERECHO: 260983365

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 3 años
* Estuche
* Blíster de baterías
* Des humificador
* Paño y cepillo
* Spray

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es tres años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular. Garantía por defecto en el molde durante los tres meses posteriores a la adaptación.

Fecha ENTREGA: DÍA __08 MES__07__ AÑO____2026____

Atentamente

Firma de Usuario o su representante. Identificación: 9084493

Edificio Centro Empresarial - Palacio del Cristal. Av. Roosevelt No. 39-25 Local 214.
316 043 9830- 316 045 0853
experienciausiario@audifonosips.com

Cuenta por pagar – Comprobante.

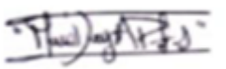
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	5/08/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	18626	**Fecha Registro:**	2026-08-05	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Compras en General a Personas Declarantes (Diferentes a Activos)		**Nro. Compromiso:**	3526	**Nro. Cdp:**	1826
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	6.500.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	6.500.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	900795705	**Razón Social:**	AUDIFONOS S.A.S.					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	AUD 337	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-08-05

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	AUD 337, APARATOS MÉDICOS, INSTRUMENTOS ÓPTICOS Y DE PRECISIÓN, RELOJES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora: 2026-08-13-3:56 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	19926	**Fecha Registro:**	2026-08-13	**Unidad / Subunidad**			15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN				
Vigencia	Actual	**Estado:**	Generada	**Requier**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	3526	
Valor Inicial:	6.500.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	6.500.000,00	**Saldo x Ordenar:**	6.500.000,00	
Valor Inicial Moneda	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda**	0,00				**Valor Actual**	0,00	**Saldo x Ordenar**	0,00	
Valor Deducciones:	270.400,00	**Valor Neto:**	6.229.600,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	1826	
Valor Deducciones	0,00	**Valor Neto**	0,00				**Atributo**	40-BIENES,	**Comprobante**		
TERCERO											
Identificacion:	900795705	**Razon Social:**	AUDIFONOS S.A.S.						**Medio de Pago:**	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	73700000425	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.				**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa	
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	18626	**Tipo:**	Compras en	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	FES3481	**Tipo:**	FACTURA				**Fecha:**	2026-08-13			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABL	FECHA	VALOR INICIAL	VALOR	VALOR ACTUAL	SALDO X
15-01-11-100 ESM	A-02-02-01-004-008 APARATOS	Nación	10	CSF	40-					
						Total:	6.500.000,00	0,00	6.500.000,00	6.500.000,00

Objeto:	FES3481-015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC JEFSA-EMAVI-ESM-2026-DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE	ESTADO	VALOR A
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2026-08-19	Generada	6.500.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE	IDENTIFICACIO	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE	TARIFA	VALOR	SALDO
2-01-04-01-20 RETEFUENTE - COMPRAS Y OTROS INGRESOS TRIBUTARIOS EN GENERAL	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	6.500.000,00	2,500 %	162.500,00	162.500,00
2-01-05-01-98 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-BIENES	NIT 890399011	SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CULTURAL, TURISTICO,	6.500.000,00	0,660 %	42.900,00	42.900,00
2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-UCEVA	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	6.500.000,00	0,500 %	32.500,00	32.500,00
2-03-19-03 ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD DEL PACIFICO	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	6.500.000,00	0,500 %	32.500,00	32.500,00

CT. JOHANNA ANDREA BOLAÑOS GUACA
ESPECIALISTA CONTABLE ESM-EMAVI

CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO ESM EMAVI