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

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2026-000703-CP**

FECHA: 16-02-2026

El suscrito ***Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ*** Ordenador del Gasto de ***COMANDO AÉREO DE COMBATE No 1*** nombrado mediante ***Resolución 363 05-06-2025*** ; autoriza ***pago parcial PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular “Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana”

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	900520772-3
No DOC. SOPORTE	006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
VALOR TOTAL	$ 45.000.000
VALOR A PAGAR	$ 1.239.000
VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ 0
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01 REC16$ 1.239.000
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	PENDIENTE ENTRADA POR APERTURA DE ALMACENES
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	PENDIENTE ENTRADA POR APERTURA DE ALMACENES
VIGENCIA	2025
PAC MES	FEBRERO
BANCO	BANCOLOMBIA
TITULAR	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	Ahorros
NUMERO CUENTA	39289834854
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)	
TITULAR	N/A
NIT/C.C	N/A
BANCO	N/A
TIPO DE CUENTA BANCARIA	NO APLICA
NUMERO CUENTA	N/A

FAC-S-2026-000703-CP

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

FAC-S-2026-000703-CP

	desagregación presupuestal y recurso.	
16	Entrada de bienes SAP firmada, y hoja de entrada de servicios SAP	1
17	Comprobante de SIIF NACIÓN de cuentas por pagar	1
18	Garantías y mecanismos de cobertura del riesgo (SECOP II).	27
19	Certificación pago Parafiscales.	2
20	Planilla de aportes: Pagos Parafiscales y Seguridad Social, acorde al period o de facturación.	2
21	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles)	N/A
22	Los demás documentos que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato	6
TOTAL DOCUMENTOS		103

En constancia de lo anterior firman:



Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CACOM-1

Elaboró: T2. URREA / DECOP CT. CASTEBLANCO / DECOP Aprobó:CT. CASTEBLANCO / DECOP

FAC-S-2026-000703-CP



ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL	FECHA 13/ 02 / 2026
CONTRATO N°	No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025
FECHA SUSCRIPCIÓN	14/03/2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA
FORMA DE PAGO	La entidad pagará al contratista el valor del contrato, según los siguientes cortes:

No	Fecha de corte	MES PAC	VALOR
1	31 DE MARZO DE 2025	MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
2	30 DE ABRIL DE 2025	JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
3	31 DE MAYO DE 2025	JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
4	30 DE JUNIO DE 2025	AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
5	31 DE JULIO DE 2025	SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
6	31 DE AGOSTO DE 2025	OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
7	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025	NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
8	31 DE OCTUBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
9	30 DE NOVIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN
10	23 DE DICIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO

CONTRATISTA	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3
INTERVENTOR	NA
SUPERVISOR	ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 30´000.000,00)
PLAZO DE ENTREGA	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 23 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar el presupuesto, lo que primero ocurra.
FECHA DE INICIO	27/03/2025
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	23 / 12 / 2025
OBJETO DEL CONTRATO	ADICION RECURSOS CUPO APROBACION VIGENCIAS FUTURAS POR $ 15´000.000,00 PARA DAR CONTINUIDAD A LA PRESTACION DEL SERVICIO DESDE EL 01-ENERO AL 31-JULIO DE 2029.
FORMA DE PAGO	Dando alcance a los recursos sumados y que los mismos causan ampliación a la fecha de ejecución como a la forma de pago, al contrato inicial, éstos quedan de la siguiente manera:

No	Fecha de corte	MES PAC	VALOR
1	31 DE MARZO DE 2025	MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
2	30 DE ABRIL DE 2025	JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
3	31 DE MAYO DE 2025	JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
4	30 DE JUNIO DE 2025	AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
5	31 DE JULIO DE 2025	SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
6	31 DE AGOSTO DE 2025	OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
7	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025	NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
8	31 DE OCTUBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
9	30 DE NOVIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN
10	31 DE DICIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO
		2026	
1	31 DE ENERO 2026	PAC MARZO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
2	28 DE FEBRERO 2026	PAC ABRIL 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
3	31 DE MARZO 2026	PAC MAYO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
4	30 DE ABRIL 2026	PAC JUNIO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
5	31 DE MAYO 2026	PAC JULIO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
6	30 DE JUNIO 2026	PAC AGOSTO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN
7	31 DE JULIO 2026	PAC SEPTIEMBRE 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios	SEGÚN FACTURACIÓN, HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO

PLAZO DE ENTREGA	Desde el perfeccionamiento del modificatorio **hasta el 31 de julio del 2026 y/o hasta agotar presupuesto oficial**, lo que primero ocurra.
VALOR FINAL DEL CONTRATO	Cuarenta y Cinco millones de pesos m/cte - $ 45.000.000,00

En Puerto Salgar - Cundinamarca, el día 13 del mes de febrero de 2026, se reunieron la señorita ST Bonet Cabarcas Yerlis Karina, en su calidad de supervisora por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y el señor Rodrigo Ortiz Monsalve, C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL,

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

DICIEMBRE

TERAPIA	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	TOTAL
TERAPIA FISICA - 931001	3	--	3
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA - 937001	9	--	9
TERAPIA OCUPACIONAL - 938303	–	--	9
TOTAL	12	--	12

OBSERVACIONES GENERALES

El contratista realiza 12 Terapias intramurales durante el mes de DICIEMBRE 2025 por valor de $ 1.239.000,00, de los cuales se generó concepto inicial por el área de auditoría, para pago por valor de $ 1.239.000,00 con fecha 11/02/2026.

Valor para pago $ 1.239.000,00.

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

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES		
SITUACION FINANCIERA DEL CONTRATO		
NO APLICA		
DETALLE DEL PAGO	**VALOR**	**OBSERVACIONES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 30.000.000,00	
ADICIÓN	$ 15.000.000,00	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL	$ 171.000,00	FACTURAS No. FELE77027, FELE77028, FELE77034, FELE77036, FELE77035.; NOTAS CRÉDITO: NCE – 2936 - NCE – 2936 / Orden de pago No.191086025

SEGUNDO PAGO PARCIAL	$ 2.072.995,00	FACTURAS No. FELE78270, FELE78271, FELE78273, FELE78274, FELE78275, FELE78276, FELE78278, FELE78279, FELE78281, FELE78282, FELE78284, FELE78285, FELE78286, FELE78287, FELE78288, FELE78289, FELE78291 / NOTAS CREDITO: NCE – 3333 – NCE- 3334 – NCE – 3336 – NCE- 3337 – NCE 3335 – NCE 3368.
TERCER PAGO PARCIAL	$ 498.000,00	FACTURAS No. FELE80199, FELE80201, FELE80200, FELE80194, FELE80193, FELE80191 / NOTA CREDITO: NCE – 3408.
CUARTO PAGO PARCIAL	$ 5.145.000,00.	FACTURAS No. FELE80459, FELE80283, FELE80282, FELE80281, FELE80280, FELE80278, FELE80277, FELE80276, FELE80275, FELE80274, FELE80273, FELE80272, FELE80271, FELE80270, FELE80269, FELE80268, FELE80267, FELE80266, FELE80265, FELE80263, FELE80262, FELE80261, FELE80260, FELE80258, FELE80257, FELE80256, FELE80255, FELE80254, FELE80253, FELE80251, FELE80250, FELE80249, FELE80248, FELE80247, FELE80245, FELE80244, FELE80243, FELE80252 / NOTAS CREDITO: NCE – 3406.
QUINTO PAGO PARCIAL	$ 5.403.000,00	FACTURAS No. FELE81465, FELE81468, FELE81470, FELE81471, FELE81473, FELE81474, FELE81475, FELE81476, FELE81477, FELE81478, FELE81481, FELE81482, FELE81483, FELE81484, FELE81485, FELE81486, FELE81487, FELE81488, FELE81489, FELE81490, FELE81491, FELE81492, FELE81493, FELE81494, FELE81495, FELE81496, FELE81497, FELE81498, FELE81499, FELE81500, FELE81501, FELE81502, FELE81504, FELE81505, FELE81506, FELE81507, FELE81508, FELE81509, FELE81510, FELE81511, FELE81512.
SEXTO PAGO PARCIAL	$4.920.000,00	FELE84126, FELE84125, FELE84124, FELE84123, FELE84122, FELE84120, FELE84119, FELE84118, FELE84117, FELE84116, FELE84114, FELE83098, FELE83097, FELE83094, FELE83093, FELE83092, FELE83088, FELE83087, FELE83086, FELE83085, FELE83084, FELE83083, FELE83071, FELE83070, FELE83069, FELE83068, FELE83067, FELE83066, FELE83065, FELE83064, FELE83063, FELE83062, FELE83061, FELE83060, FELE83059, FELE83050, FELE83036, FELE83035, FELE83031, FELE83030, FELE83028, FELE83027, FELE83026, FELE83011, FELE83003, FELE82996.

SEPTIMO PAGO PARCIAL	$3.075.000,00	FELE84191, FELE84192, FELE84193, FELE84195, FELE84198, FELE84199, FELE84200, FELE84203, FELE84205, FELE84206, FELE84209, FELE84210, FELE84212, FELE84215, FELE-84219, FELE84221, FELE84225, FELE84233, FELE84237, FELE84241, FELE84244, FELE84246.
OCTAVO PAGO PARCIAL	$ 2.403.000,00	FELE84327, FELE84326, FELE84325, FELE84324, FELE84323, FELE84322, FELE84321, FELE84320, FELE84319, FELE84318, FELE84317, FELE84283, FELE84282, FELE84280, FELE84279, FELE84278, FELE84277, FELE84276, FELE84275, FELE84272, FELE84269, FELE84268, FELE84265, FELE84259, FELE84258, FELE84257, FELE84234.
NOVENO PAGO PARCIAL	$ 1.239.000,00	FELE85310, FELE85311, FELE85312, FELE85313, FELE85314, FELE85315, FELE85316, FELE85317, FELE85318, FELE85319, FELE85320, FELE85322.
SALDO	$ 20.073.005,00	

ANEXOS

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

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

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

	
RODRIGO ORTIZ MONSALVE C.C. No. 10.165.145 REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA	ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA SUPERVISOR

ELABORO: ST. BONET CABARCAS YERLIS KARINA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 85310

27	1	2026
HORA: 4:32 p.m.		

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

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
4	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	120,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: ARCILA PALACIO AYLIN ARIANA RC: 1058205202

Sub Total	120,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$120.000,00
Vr. Total	$120.000,00

Valor en Letras: CIENTO VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: 5c5f02653465fb53d1b8c6d84792cc26d63cf11864c09dbcab958ffc52c91fa64b8f87e6ad249beef1f14f5647e4fb6a

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

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

Factura N°. FELE - 85310

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Imgreso	F Egreso	Tipo Exámen
56525	RC 1058205202	ARCILA PALACIO AYLIN ARIANA	2025-07-2466242	01/12/2025	10/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
SubTotal	**120,000**
Total a Pagar	**120,000**

Software para el sector salud - www.biofile.com.c

F 800

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-25	Aylin Arcila	3:00	3:30	1058205202	Mamá	Yuri carolina Palacio	1108201381
2	3-12-25	Aylin Arcila	3:00	3:30	1058205202	Mamá	Yuri caroline palacio	1108201381
3	5-12-25	Aylin Arcila	3:00	3:30	1058205202	Mamá	Yuri caroline Palacio	1108201381
4	10-12-25	Aylin Arcila	3:00	3:30	1058205202	Mamá	Yuri Caroline Palacio	1108201381
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Yuri Caroline Palacio
IDENTIFICACION 1108201381
CELULAR: 3184544394

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Aura Cristina Merino
Fonoaudióloga
R.M. 6014
C.C. 30.396.672

Fecha generación: 16/07/2025 16:47:34

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-07-2466242 FECHA SOLICITUD: 7/16/25, 12:26 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: AYLIN ARIANNA ARCILA PALACIO
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
DOCUMENTO: 1058205202
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 110011693801
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / GRACIELA DEL PILAR GUERRERO RUIZ
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Neuropediatria (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra
ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
R463	HIPERACTIVIDAD	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-07-2466242	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	32	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 16 DE JULIO DEL 2025 JEFSA FAC
OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***FAVOR AUTORIZAR EN ARMONY CTO 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025*** PACIENTE VALORADO EN HMC POR GRACIELA GUERRERO NEURO PERIATRA SS LABS CONTROL, POLISOMNOGRAFIA, GENETICA, NEUROPEDIATRIA, FONOAUDOLOGIA X 32, OCUPACIONAL X 32

FECHA DE VENCIMIENTO: 16/07/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 16/07/2026

Yuri carolina Palacio Calds 1108207381 - madre

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIL 900 620.772-3
RECIBIDO USUARIO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 20/06/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
EVOLUCION

Nº Historia Clínica: 1058205202 Nº Folio: 14 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: AYLIN ARIANNA ARCILA PALACIO
Tipo Identificación: RegistroCivil
Identificación: 1058205202 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 5/04/2019 Edad Actual: 6 Años / 2 Meses / 15 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: CALLE 50 C 13 26 LA DORADA
Teléfono: 3217392435
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: SOLDADO PROFESIONAL

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 8615548 Fecha: 20/06/2025 7:46
Finalidad Consulta: Diagnostico
Causa Externa: Enfermedad_general

Diagnóstico Principal: R463 - HIPERACTIVIDAD
Diagnóstico (s) Relacionado(s):

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
29114	937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	32	Rutinario

Observacion: TERAPIA DE LENGUAJE DOS VECES A LA SEMANA

Total Items: 1

Firma del profesional tratante

Médico: 51901240 GUERRERO RUIZ GRACIELA DEL PILAR
Especialidad: 442 - NEUROLOGIA PEDIATRICA

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

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

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

EVOLUCIONES

RC: 1058205202 Nombre del Paciente: ARCILA PALACIO AYLIN ARIANA Edad: 6 AÑOS 9 M Nº 473

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

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA EN LABIOS, MEJILLAS Y ZONA PERIORAL, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER CONCIENCIA OROFACIAL Y ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR. EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE LA ESTIMULACIÓN, MOSTRANDO MAYOR ATENCIÓN HACIA LA ZONA TRABAJADA. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO CIERRE LABIAL ACTIVO MEDIANTE CONTRACCIONES BREVES Y REPETIDAS, CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE.

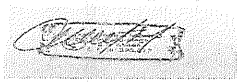
A NIVEL LINGUAL, SE EMPLEA ESTIMULACIÓN INTRAORAL CON DEPRESOR Y ESTIMULADOR VIBRATORIO, TRABAJANDO MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, RETRACCIÓN Y ELEVACIÓN, EVIDENCIÁNDOSE DIFICULTAD PARA SOSTENER LA POSICIÓN SOLICITADA Y PRESENCIA DE COMPENSACIONES MANDIBULARES. SE INTEGRAN EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO CON BOQUILLAS TERAPÉUTICAS, FAVORECIENDO CONTROL DEL FLUJO AÉREO Y COORDINACIÓN OROFACIAL.



3 de Diciembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA LABIAL CON BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS DE BAJA RESISTENCIA, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL SOSTENIDO. EL PACIENTE LOGRA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON ACOMPAÑAMIENTO VERBAL, AUNQUE PRESENTA FATIGA MUSCULAR LEVE. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO INSTRUMENTAL, OBSERVÁNDOSE MAYOR INTENCIÓN MOTORA Y LEVE MEJORA EN LA PRECISIÓN.

SE INTEGRAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE SOPLO PROLONGADO CON BOQUILLAS GRADUADAS, FAVORECIENDO COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–MOVIMIENTO OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES COMBINADAS CON EMISIÓN DE SÍLABAS SIMPLES, ORIENTADAS A FORTALECER LA BASE MOTORA PARA LA CORRECTA ARTICULACIÓN.



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

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, APLICANDO RESISTENCIA SUAVE Y GUÍA MANUAL, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN. SE OBSERVA DISMINUCIÓN PARCIAL DE COMPENSACIONES MANDIBULARES Y MEJOR DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS ORALES. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA SELLADO ACTIVO DURANTE TAREAS DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA.

SE INCORPORAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–FONACIÓN CON EMISIÓN DE VOCALES Y SECUENCIAS SILÁBICAS DIRIGIDAS, FAVORECIENDO ESTABILIDAD OROFACIAL Y CONTROL ARTICULATORIO. EL PACIENTE MANTIENE LA ATENCIÓN DURANTE PERÍODOS MÁS PROLONGADOS Y RESPONDE POSITIVAMENTE A CONSIGNAS CLARAS Y ESTRUCTURADAS.

EVOLUCIONES

RC: 1058205202 Nombre del Paciente: ARCILA PALACIO AYLIN ARIANA Edad: 6 AÑOS 9 M N° 473

10 de Diciembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE RESISTENCIA LABIAL Y LINGUAL CON INCREMENTO PROGRESIVO DEL TIEMPO DE CONTRACCIÓN, UTILIZANDO APARATOLOGÍA TERAPÉUTICA, OBSERVÁNDOSE AUMENTO LEVE DE FUERZA Y MEJOR CONTROL VOLUNTARIO. SE REFUERZAN EJERCICIOS DE SOPLO PROLONGADO Y CONTROL RESPIRATORIO, EVIDENCIANDO MEJOR COORDINACIÓN Y ESTABILIDAD DURANTE LA EJECUCIÓN.

SE INTEGRAN PRAXIAS OROFACIALES FUNCIONALES Y PRODUCCIÓN DE SÍLABAS DIRECTAS, FAVORECIENDO LA PRECISIÓN ARTICULATORIA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85311

27 | 1 | 2026

HORA: 4:37 p.m.

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

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
5	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	150,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA TI: 1072752900

Sub Total	150,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$150.000,00
Vr. Total	$150.000,00

Valor en Letras: CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 822d076406feceac7083f8151d104ac263d000600750c04b2a631873d4d32a042e4bdf4d5b7d47c8c625c2dc767a2f04

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

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

Factura N°. FELE - 85311

N° OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56526	TI 1072752900	MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA	2025-07-2304094	01/12/2025	10/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
SubTotal	150,000
Total a Pagar	**150,000**

Software para el sector salud - www.biofile.com.c

9 801

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-25	Luciana Mahecha	3:00	3:30	1072752900	papá		79.005.184
2	3-12-25	Luciana Mahecha	3:00	3:30	1072752900	papá		79.005.184
3	5-12-25	Luciana Mahecha	3:00	3:30	1072752900	papá		79.005.184
4	8-12-25	Luciana Mahecha	3:00	3:30	1072752900	papá		79.005.184
5	10-12-25	Luciana Mahecha	3:00	3:30	1072752900	papá		79.005184
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 79.005.184
CELULAR: 3103776577

PROFESIONAL QUE ATIENDE,
FIRMA Y SELLO

R.N. 65444
C.C. 30.390.572

Fecha generación: 5/07/2025 17:18:31

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2025-07-1347527 FECHA SOLICITUD: 7/5/25, 5:31 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO
MUNICIPIO: GUADUAS
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SM
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1072752800
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 255726511762
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / LUIS EDUARDO JEREZ PALACIOS
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
R628	OTRAS FALTAS DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO	Impresión Diagnostica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

CODIGO ESM O UPGD: 173800107201
TELÉFONO: 3125655546 - 8570626
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓTESIS VALORACIÓN
AUT-2025-07-2304094	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADOT) - SSFM	48	Autorizado	No aplica

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

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, ANDADURIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA. POR LO QUE SE INDICA: 3. TERAPIA DE LENGUAJE: ESTIMULACION DE ATENCION, TECNICAS DE COMUNICAICON, INDUCCION A TECNICAS VERBALES 2 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES """ por favor autorizar en la clinica ARMONY de la dorada caldas con numero de contrato N. 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/07/2026

AUTORIZADA POR:

MONICA NATALIA TIBAZOZA CUERVO
1032414464

VERIFICAR FIRMA Y COMPROBANTE PERSONAL USUARIO

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2025-01-16330 FECHA Y HORA DE 1/22/25, 11:19 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO
TIPO DE RC
DIRECCIÓN KR 9 6 02
CORREO johnsv1980@GMAIL.COM
MUNICIPIO GUADUAS
REGIONAL: CENTRO
GRADO: SM
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 19/01/2015
NÚMERO DE 1072752900
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511732
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA. POR LO QUE SE INDICA:
1. TERAPIAS INTEGRALES CON: -TERAPIA FISICA: ESTIULACION Y FORTALECIMIENTO DE TONO MUSCULAR, EDUCAICON EN MARCHA, DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES

937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON SIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
3. TERAPIA DE LENGUAJE: ESTIMULACION DE ATENCION, TECNICAS DE COMUNICAICON, INDUCCION A TECNICAS VERBALES 2 SESIOWES SEMANALES POR 4 MESES

938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
2. TERAPIA OCUPACIONAL: DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO, ESTIMUALCION A ACTIMIDADES MANO OJO, ATENCION, ENFOQUE 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES -

952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	Medicina Física y Rehabilitación (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

EVOLUCIONES

TI: 1072752900 Nombre del Paciente: MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA Edad: 8 AÑOS 0 M Nº 344

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

SE INICIA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA EN LABIOS, CARRILLOS Y ZONA PERIORAL, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR Y CONCIENCIA OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE TRABAJAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, REALIZANDO CONTRACCIONES SOSTENIDAS Y REPETIDAS BAJO SUPERVISIÓN, OBSERVÁNDOSE ESFUERZO MODERADO Y NECESIDAD DE APOYO VERBAL CONSTANTE.

3 de Diciembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

SE REALIZAN EJERCICIOS DE RESISTENCIA Y FUERZA LABIAL UTILIZANDO BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS, PROMOVIENDO CONTRACCIÓN ACTIVA DEL ORBICULAR DE LOS LABIOS. EL PACIENTE LOGRA MANTENER LA FUERZA DURANTE TIEMPOS CORTOS, REQUIRIENDO PAUSAS POR FATIGA. A NIVEL LINGUAL, SE TRABAJAN MOVIMIENTOS DIRIGIDOS DE PRECISIÓN Y COORDINACIÓN CON SONDA VIBRATORIA, ENFATIZANDO ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN, OBSERVÁNDOSE MEJOR CONTROL VOLUNTARIO AUNQUE PERSISTEN MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS LEVES.

SE INTEGRAN EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO Y SOSTENIDO CON CONTROL DE FLUJO AÉREO, UTILIZANDO BOQUILLAS GRADUADAS, FAVORECIENDO ESTABILIDAD OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES COMBINADAS CON EMISIÓN DE SÍLABAS DIRECTAS, BUSCANDO FORTALECER LA BASE MOTORA DEL HABLA Y APOYAR EL LENGUAJE EXPRESIVO.

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

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, APLICANDO RESISTENCIA MANUAL Y APOYO INSTRUMENTAL, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN. SE OBSERVA DISMINUCIÓN GRADUAL DE COMPENSACIONES MANDIBULARES Y MEJOR DISOCIACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS ORALES. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA SELLADO ACTIVO DURANTE TAREAS DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA.

SE INCORPORAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–FONACIÓN, COMBINADOS CON EMISIÓN DE VOCALES Y SECUENCIAS SILÁBICAS SIMPLES, FAVORECIENDO ESTABILIDAD MOTORA Y CONTROL DEL HABLA.

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

EVOLUCIONES

TI: 1072752900 Nombre del Paciente: MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA Edad: 8 AÑOS 0 M N° 344

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE RESISTENCIA LABIAL Y LINGUAL DE MAYOR COMPLEJIDAD, UTILIZANDO APARATOLOGÍA ESPECÍFICA PARA EMPUJE Y OPOSICIÓN, INCREMENTANDO PROGRESIVAMENTE EL TIEMPO DE CONTRACCIÓN. SE OBSERVA AUMENTO DE FUERZA Y MEJOR CONTROL VOLUNTARIO, CON MENOR FATIGA RESPECTO A SESIONES ANTERIORES.

A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS RÁPIDOS Y PRECISOS, PROMOVIENDO COORDINACIÓN FINA Y ESTABILIDAD MANDIBULAR. SE INTEGRAN TAREAS FUNCIONALES DE SOPLO PROLONGADO Y CONTROL RESPIRATORIO, EVIDENCIÁNDOSE MEJOR COORDINACIÓN Y MAYOR AUTONOMÍA DURANTE LA EJECUCIÓN.



10 de Diciembre del 2025 3:00pm - AURA MERINO:

SE REALIZAN EJERCICIOS MIOFUNCIONALES AVANZADOS CON APARATOLOGÍA, ENFOCADOS EN RESISTENCIA, COORDINACIÓN Y MANTENIMIENTO DE POSTURAS ORALES. EL PACIENTE LOGRA SOSTENER POSICIONES LINGUALES Y LABIALES POR MAYOR TIEMPO, CON MENOR NECESIDAD DE APOYO EXTERNO. SE INTEGRAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–FONACIÓN Y PRODUCCIÓN SILÁBICA CONTROLADA, FORTALECIENDO LA BASE MOTORA DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

DURANTE LA SESIÓN SE EVIDENCIA MAYOR AUTONOMÍA, MEJOR SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES Y ATENCIÓN SOSTENIDA. SE OBSERVA DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS COMPENSATORIOS Y MAYOR ESTABILIDAD MANDIBULAR DURANTE TAREAS FUNCIONALES.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 85312

27 | 1 | 2026

HORA: 4:41 p.m.

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

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE TI: 1058200821

Sub Total	90,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 85f29e50642a66eff972a32ee569ac21ff4da5aeb75126eff7978004057d4ba0b2deba0b82ee2bd6f352fc2e48feb8f3

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

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

Factura N°. FELE - 85312

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56527	TI 1058200821	DIAZ ORTIZ JUAN JOSE	2025-08-3096716	01/12/2025	5/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

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

F840

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-25	Juan Jose Diaz	4:00	4:30		mama		1054541073
2	3-12-25	Juan Jose Diaz	4:00	4:30		mama		1054541073
3	5-12-25	Juan Jose Diaz	4:00	4:30		mama		1054541073
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION
CELULAR:

1054541073

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Fecha generación: 01/09/2025 14:47:36

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-08-3096716 FECHA SOLICITUD: 8/28/25, 12:56 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN JOSE DIAZ ORTIZ
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: ST1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1058200821
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 255728511702
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACION DE LA ATENCION

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z003	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	Confirmado Repetido

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-00-3096716	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	20	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 28 DE AGOSTO DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE DE 15 AÑOS ASISTE A CONTROL DE ADOLESCENCIA EN COMPAÑIA DE SU MADRE, NO PRESENTA SIGNOS ANEMICOS, SE LE INDICA AL CUIDADOR FORTALECER HABITOS ALIMENTICIOS E IMPLEMENTAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN FOLATO, ÑIÑO SIN EVIDENCIA SIGNOS DE MALTRATO, EN COLGEIO , REFIERE SOCIALIZAR Y HACER AMISTADES, LE GUSTA JUGAR CON LOS AMIGOS. PACIENTE QUIEN PRESENTA TRSTORNO DE LENGUAJE. TDAH, AUTISMO, REFEIRE TENER ORDEN PARA CITA CON ESPECIALISTAS, TANTO PEDIATRÍ ACOMO NEUROPEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA, HOY TALLA 1.75CM PESO 84. SE EDUCA EN MEDIDAS DE HIGIENE EN EL HOGAR Y MEDIDAS AMBIENTALES, PREVENCION DEL DENGUE, FIEBRE AMARILLA, CUIDADO E HIGIENE PERSONAL. PACIENTE QUIEN REQUIERE 10TERAPIAS INTEGRALES, SE CARGA ORDEN PARA TERAPIAS. POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
FECHA DE VENCIMIENTO: 28/08/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 28/08/2026

Fecha y hora de generación: 01/09/2025 15:40:22

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2025-08-465193 FECHA Y HORA DE 8/28/25, 12:28 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL JUAN JOSE DIAZ ORTIZ
TIPO DE TI
DIRECCIÓN KR 8 11 61
CORREO yekaortiz78@gmail.com
MUNICIPIO PUERTO SALGAR
REGIONAL: CENTRO
GRADO: ST1
ENTIDAD COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 09/08/2010
NÚMERO DE 1058200821
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	20

OBSERVACIÓN

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

937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	20

OBSERVACIÓN

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

931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	20

OBSERVACIÓN

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

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

EVOLUCIONES

TI: 1058200821 Nombre del Paciente: DIAZ ORTIZ JUAN JOSE Edad: 15 AÑOS 5 Nº 215

1 de Diciembre del 2025 4:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA DE MANERA PROGRESIVA EN LABIOS, CARRILLOS Y REGIÓN PERIORAL, RESPETANDO EL UMBRAL SENSORIAL DEL PACIENTE. SE OBSERVA ADECUADA TOLERANCIA TRAS BREVE ADAPTACIÓN, CON MAYOR CONCIENCIA DE LA ZONA ESTIMULADA. POSTERIORMENTE, SE TRABAJAN EJERCICIOS DE ACTIVACIÓN Y FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO CONTRACCIONES SOSTENIDAS Y REPETIDAS, CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE.



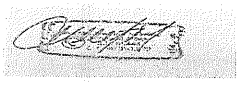
3 de Diciembre del 2025 4:00pm - AURA MERINO:

SE REALIZAN EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA LABIAL CON BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS DE BAJA A MEDIA RESISTENCIA, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL SOSTENIDO DURANTE MAYOR TIEMPO. EL PACIENTE LOGRA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON MENOR NECESIDAD DE APOYO VERBAL Y ADECUADA TOLERANCIA AL ESFUERZO. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO INSTRUMENTAL, OBSERVÁNDOSE MAYOR CONTROL VOLUNTARIO Y REDUCCIÓN PARCIAL DE COMPENSACIONES MANDIBULARES.



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

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, APLICANDO RESISTENCIA SUAVE Y GUÍA MANUAL, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN. SE OBSERVA DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE COMPENSACIONES MANDIBULARES Y MEJOR DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS ORALES. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA SELLADO ACTIVO DURANTE TAREAS DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 85313

27 | 1 | 2026

HORA: 4:44 p.m.

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

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

APROBADA

Sub Total	90,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

Paciente: USUARIO: LONDOÑO GRANADOS DERECK STEBAN RC: 1031544693

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 13253f3124c50576bba1a00eff74c9fc7262d7c312850d1a347636118c654095aa8022e89a85047a155273ea23bc72f4

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

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

Factura N°. FELE - 85313

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56528	RC 1031544693	LONDOÑO GRANADOS DERECK STEBAN	2025-07-2637220	01/12/2025	05/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

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

f 800

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-21	Derick londeño	2PM	2:30	1031544693	mamá		1058593032
2	3-12-21	Derick londeño	2PM	2:30	1031544693	mamá		1058593032
3	5-12-21	Derick londeño	2PM	2:30	1031544693	mamá		1058593032
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION
CELULAR: 1058593032

PROFESIONAL QUE ATIENDE
FIRMA Y SELLO

Cristina Marino
Fonoaudióloga
R.M. 65444
C.C. 30.390.572

Fecha generación: 28/07/2025 15:06:38

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-07-2637220 FECHA SOLICITUD: 7/28/25, 11:49 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DERECK STEBAN LONDOÑO GRANADOS
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1031544693
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 1738000519-01
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCION

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
R629	FALTA DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO SIN OTRA ESPECIFICACION	Impresión Diagnóstica
J303	OTRAS RINITIS ALERGICAS	Relacionado
J353	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS CON HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO. ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
NÚMERO DE CONTRATO: No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
DIRECCIÓN: CALLE 3a. No. 10-10
DEPARTAMENTO: CALDAS

CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
TELÉFONO: 3125855546 - 5570686
MUNICIPIO: LA DORADA

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-07-2637220	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	30	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 28 DE JULIO DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***FAVOR AUTORIZAR EN ARMONY CTO 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025 *** PACIENTE VALORADO EN SAN FELIX 23/07/2025 DR MARIA DIAZ PEDIATRA SS CITA OTORRINO, ENDOCRINO PEDIATRA, PEDIATRIA, TERAPIA FONOAUDIOLOGICA X 30
FECHA DE VENCIMIENTO: 28/07/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139152

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 días a partir de la fecha de expedicion. Vence: 28/07/2026

Y Carlos Londoño
X-1018478879
Padre

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

Powered by CamScanner

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

EVOLUCIONES

RC: 1031544693 Nombre del Paciente: LONDOÑO GRANADOS DERECK STEBAN Edad: 6 AÑOS 5 M N° 471

1 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA DE FORMA PROGRESIVA EN LABIOS, MEJILLAS Y REGIÓN PERIORAL, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR Y AUMENTAR LA CONCIENCIA OROFACIAL. EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE LA ESTIMULACIÓN Y MANTIENE ATENCIÓN SOSTENIDA HACIA LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO CIERRE LABIAL ACTIVO MEDIANTE CONTRACCIONES SOSTENIDAS Y REPETIDAS, CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE.



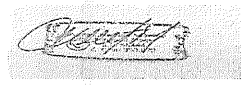
3 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA LABIAL CON BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS DE BAJA A MEDIA RESISTENCIA, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL SOSTENIDO DURANTE MAYOR TIEMPO. EL PACIENTE LOGRA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON MENOR APOYO VERBAL Y PRESENTA ADECUADA TOLERANCIA AL ESFUERZO. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO INSTRUMENTAL, OBSERVÁNDOSE MAYOR PRECISIÓN Y CONTROL VOLUNTARIO.



5 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, APLICANDO RESISTENCIA SUAVE Y GUÍA MANUAL, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN. SE OBSERVA DISMINUCIÓN PARCIAL DE COMPENSACIONES MANDIBULARES Y MEJOR DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS ORALES. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA SELLADO ACTIVO DURANTE TAREAS DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85314

27 | 1 | 2026

HORA: 4:47 p.m.

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

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: SANCHEZ LOZANO AYLAN JACOBO RC: 1054574520

Sub Total	90,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$90.000,00
Vr. Total	$90.000,00

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: b89fbe0ab7cb4f9254f7297bcc6ee437f98b61f6990326033c7ddae7f5a68630f17a5e6f4c4fea69d6f4a8550e22ae5c

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

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

Factura N°. FELE - 85314

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56529	RC 1054574520	SANCHEZ LOZANO AYLAN JACOBO	2025-08-3019564	01/12/2025	05/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

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

780 1.

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-25	Jacobo Sanchez	2:00	2:30		papá	Padre	911844454
2	3-12-25	Jacobo Sanchez	2:00	2:30		papá	Padre	911844454
3	5-12-25	Jacobo Sanchez	2:00	2:30		papá	Padre	911844454
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION: 911844454.
CELULAR: 3104094032.

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Fecha generación: 25/08/2025 11:53:06

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2025-08-3019564 **FECHA SOLICITUD:** 8/24/25, 6:21 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: AYLAN JACOBO SANCHEZ LOZANO
MUNICIPIO: LA DORADA
NOMBRE ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FELIX - LA DORADA
COBERTURA EN SALUD: No registra
...ADO: SP
...GIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1054574520
DEPARTAMENTO: CALDAS
CODIGO ESM O 1738000519-01
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACION DE LA ATENCION

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	Impresión Diagnóstica
E344	ESTATURA ALTA CONSTITUCIONAL	Relacionado
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE ...TORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-08-3019564	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	24	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DE LA FECHA 24/08/2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DR MEDICO GENERAL ESM 11782 CACOM1 quien solicita CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, TERAPIA FÍSICA INTEGRAL 24 SESIONES PARA 3 MESES 2 VECES POR SEMANA, TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL 24 SESIONES PARA 3 MESES 2 VECES POR SEMANA, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL 24 SESIONES PARA 3 MESES 2 VECES POR SEMANA, RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA], CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, paciente de 03 años de edad, se solicita autorizar en RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 24/08/2026

AUTORIZADA POR:

MONICA NATALIA TIBAZOZA CUERVO
1032414464

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 días a partir de la fecha de expedicion. Vence: 24/08/2026

VERIFICAR SIEMPRE COMPROBANTE
ARMONY
NIT 900 620.773-3
RECIBIDO USUARIO

Andrea Lorena
de 1032414464

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA
NIt. 810000913
Dir. CLL 12 Nº 5-26 - Tel. 8352000

Registro de Calidad:
Fecha Historia:14/08/2025 14:45
Lugar y Fecha:LA DORADA,CALDAS 14/08/2025 14:45
Documento y Nombre del Paciente: RC 1054574520 AYLAN JACOBO SANCHEZ LOZANO
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 Convenio: ESM11782-2025 Tipo de Usuario: OTRO
No Historia: 1054574520 Orden Nº: 4122674

Atención: Ambulatorio

- Procedimiento: S29112 - 931001-TERAPIA FISICA INTEGRAL
Cantidad: 24.00 Indicaciones: 2 VECS A LA SEMANA POR 3 MESES

- Procedimiento: S29113 - TERAPIA OCUPACIONAL, SESIÓN
Cantidad: 24.00 Indicaciones: 2 VECES A LA SEMANA PARA 3 MESES

- Procedimiento: S29114 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Cantidad: 24.00 Indicaciones: 2 VECES A LA SEMANA PARA 3 MESES

DX Principal: F808 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE
DX Relacionado 1: E668 OTROS TIPOS DE OBESIDAD
DX Relacionado 2: E344 ESTATURA ALTA CONSTITUCIONAL

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

DR. NURYS JULIA ORTIZ ORTIZ
CC 32801544
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 16092

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

EVOLUCIONES

RC: 1054574520 Nombre del Paciente: SANCHEZ LOZANO AYLAN JACOBO Edad: 4 AÑOS 1 M Nº 567

1 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA DE FORMA PROGRESIVA EN REGIÓN PERIORAL, LABIOS Y CARRILLOS, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER CONCIENCIA OROFACIAL Y ACTIVACIÓN MUSCULAR. EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE LA ESTIMULACIÓN, MOSTRANDO RESPUESTAS MOTORAS ORGANIZADAS Y MENOR RECHAZO TÁCTIL EN COMPARACIÓN CON SESIONES PREVIAS.

POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y MOVILIDAD LABIAL, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL ACTIVO MEDIANTE ACTIVIDADES LÚDICAS DIRIGIDAS Y APOYO VISUAL. SE OBSERVA MAYOR CAPACIDAD PARA MANTENER EL CIERRE LABIAL DURANTE BREVES PERIODOS. A NIVEL LINGUAL, SE TRABAJA ESTIMULACIÓN INTRAORAL ASISTIDA CON DEPRESOR TERAPÉUTICO, FAVORECIENDO MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN, EVIDENCIÁNDOSE LEVE DIFICULTAD EN LA PRECISIÓN, AUNQUE CON MEJOR INTENCIÓN MOTORA.

3 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE RESISTENCIA Y COORDINACIÓN LABIAL, UTILIZANDO ELEMENTOS TERAPÉUTICOS ADAPTADOS A LA EDAD, LOGRANDO MAYOR CONTROL DEL CIERRE LABIAL Y DISMINUCIÓN DE ESCAPE DE AIRE DURANTE ACTIVIDADES DE SOPLO. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN, OBSERVÁNDOSE MEJOR DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS Y MENOR COMPENSACIÓN MANDIBULAR.

SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO PROLONGADO Y CONTROLADO MEDIANTE JUEGOS FUNCIONALES, FAVORECIENDO LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES COMBINADAS CON PRODUCCIÓN DE VOCALES Y SÍLABAS SIMPLES, PROMOVIENDO UNA BASE MOTORA MÁS ESTABLE PARA EL LENGUAJE EXPRESIVO.

5 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, ENFATIZANDO MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN Y CONTROL VOLUNTARIO. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA EL SELLADO FUNCIONAL DURANTE TAREAS DE SOPLO Y EMISIÓN VOCAL, EVIDENCIÁNDOSE MEJOR ESTABILIDAD OROFACIAL.

SE INTEGRAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–FONACIÓN MEDIANTE EMISIÓN DE VOCALES PROLONGADAS Y SECUENCIAS SILÁBICAS DIRIGIDAS, OBSERVÁNDOSE MAYOR CLARIDAD ARTICULATORIA Y AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN VERBAL ESPONTÁNEA.

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85315

27 | 1 | 2026

HORA: 4:51 p.m.

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
4	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	120,000

APROBADA

Sub Total	120,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$120.000,00
Vr. Total	$120.000,00

Paciente: USUARIO: MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO RC: 1069773681

Valor en Letras: CIENTO VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE - Anexo FEV

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: d60edf2b6b9b79e12550b720a4d1c21db7bbb75f19e1b85c3828b502c804987b88f261b2a84a9b11e3751326fc8de0f9

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

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

Factura N°. FELE - 85315

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
55334	RC 1069773681	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	2025-11-4067521	01/12/2025	10/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA (937000)	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							**120,000**
Total a Pagar							**120,000**

		ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3						VERSION:2
		GESTION DE CALIDAD						FECHA: 01/12/2020
						AMBULATORIO		PAGINA: 1 DE 1
								ELABORO: C.VP.
NRO AUTORIZACIÓN 2025-11-4067521			FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA		
NRO ORDEN SERVICIOS 55334 CANT 16			FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS					
NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	01/12/25	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	2:00	2:30	1069773681	mama	Yuceli Garcia	1005254068
2	5/12/25	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	2:00	2:30	1069773681	Mama	Yuceli Garcia	1005254068
3	8/12/25	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	2:00	2:30	1069773681	Mama	Yuceli Garcia	1005254068
4	10/12/25	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	2:00	2:30	1069773681	Mama	Yuceli Garcia	1005254068
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FECHA INICIAL

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

IDENTIFICACION 1005254068

CELULAR: 3102011463

PROFESIONAL QUE ATIENDE:

FIRMA Y SELLO

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

RESOLUCION 2884/2023 ANEXO TECNICO 1.

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

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

FECHA:	28 NOVIEMBRE DE 2025
PACIENTE:	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO
IDENTIFICACIÓN:	CC 1069773681
SERVICIO/PROCEDIMIENTO	[937001] – TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL
ENTIDAD:	FUERZA AEREA
NRO ORDEN SERVICIOS	55334
PROFESIONAL QUE PRESTA AL SERVICIO	DRA AURA MERINO

1005254068

VERIFICAR FIRMA COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO

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

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

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

Fecha generación: 06/11/2025 10:27:39

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-11-4067521 **FECHA SOLICITUD:** 11/5/25, 6:47 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE LEONARDO MAYORGA GARCIA
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: T1
REGIONAL: CENTRO

DOCUMENTO: 1069773681
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
CODIGO ESM O 255728511782
ESTADO Activo
FUERZA: FAC

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / DEYI YULIETHE VIUCHE CUADROS **ORIGEN:** Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H547	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-11-4067521	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	16	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DEL 05 DE NOVIEMBRE DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE TRANSCRIBE ORDEN MEDICA ANEXO 3 CONSULTA EXTERNA EMITIDA POR EL DR DARWIN PEREZ PEDIATRA GENERADA EL 23-08-2025 SOLICITA TERAPIA FONOAUDIOLOGICA X 16 PACIENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE ORDEN MEDICA TRANSCRITA POR DEYI VIUCHE ENFERMERA SE REQUIERE AUTORIZAR A CONTRATO ARMONY No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/11/2026

AUTORIZADA POR:

VERIFICAR COMPROBANTE RECIBIDO USUARIO
ARMONY 900.620.772-3

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

1005254068

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 días a partir de la fecha de expedicion. Vence: 05/11/2026

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

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

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/08/2025 08:44
Lugar y Fecha:LA DORADA,CALDAS 23/08/2025 08:44
Documento y Nombre del Paciente: RC 1069773681 JOSE LEONARDO MAYORGA GARCIA
Administradora: ESM COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1 Convenio: ESM11782-2025 Tipo de Usuario: OTRO
No Historia: 1069773681 Órden Nº: 4134926

Atención: Ambulatorio

- **Procedimiento:** S29114 - 937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
Cantidad: 16.00 **Indicaciones:**

DX Principal: F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 1: H547 DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

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

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

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

EVOLUCIONES

RC: 1069773681 Nombre del Paciente: MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO Edad: 5 AÑOS 2 M N° 763

1 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA EN LABIOS, MEJILLAS Y ZONA PERIORAL, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER CONCIENCIA OROFACIAL Y ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR. EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE LA ESTIMULACIÓN TRAS BREVE ADAPTACIÓN INICIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO CIERRE LABIAL ACTIVO MEDIANTE CONTRACCIONES CORTAS Y REPETIDAS, CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE.

A NIVEL LINGUAL, SE EMPLEA ESTIMULACIÓN INTRAORAL CON DEPRESOR Y ESTIMULADOR VIBRATORIO, TRABAJANDO MOVIMIENTOS BÁSICOS DE PROTRUSIÓN, RETRACCIÓN Y ELEVACIÓN, EVIDENCIÁNDOSE DIFICULTAD PARA SOSTENER LA POSICIÓN SOLICITADA Y PRESENCIA DE COMPENSACIONES MANDIBULARES. SE INTEGRAN EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO CON BOQUILLAS TERAPÉUTICAS PARA FAVORECER CONTROL DEL FLUJO AÉREO Y COORDINACIÓN OROFACIAL.

SE FINALIZA LA SESIÓN CON PRAXIAS OROFACIALES SIMPLES Y VOCALIZACIONES SOSTENIDAS, REFORZANDO ESTABILIDAD LABIAL. PACIENTE PARTICIPA DE FORMA ACTIVA CON APOYO CONSTANTE.



5 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA LABIAL CON BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS DE BAJA RESISTENCIA, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL SOSTENIDO. EL PACIENTE LOGRA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON ACOMPAÑAMIENTO VERBAL, AUNQUE PRESENTA FATIGA MUSCULAR LEVE. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO INSTRUMENTAL, OBSERVÁNDOSE MAYOR INTENCIÓN MOTORA, AUNQUE CON EJECUCIÓN IMPRECISA.

SE INTEGRAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE SOPLO PROLONGADO, UTILIZANDO BOQUILLAS GRADUADAS, FAVORECIENDO COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–MOVIMIENTO OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES COMBINADAS CON EMISIÓN DE SÍLABAS SIMPLES, BUSCANDO FORTALECER LA BASE MOTORA PARA LA CORRECTA ARTICULACIÓN.



8 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE DESARROLLAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN LINGUAL, APLICANDO RESISTENCIA SUAVE Y GUÍA MANUAL, LOGRANDO MAYOR PRECISIÓN EN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN. SE OBSERVA DISMINUCIÓN PARCIAL DE COMPENSACIONES MANDIBULARES. A NIVEL LABIAL, SE REFUERZA SELLADO ACTIVO DURANTE TAREAS DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA.

SE INCORPORAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–FONACIÓN CON EMISIÓN DE VOCALES Y SECUENCIAS SILÁBICAS DIRIGIDAS, FAVORECIENDO ESTABILIDAD OROFACIAL Y CONTROL ARTICULATORIO. EL PACIENTE MANTIENE LA ATENCIÓN DURANTE PERÍODOS MÁS PROLONGADOS Y RESPONDE DE MANERA POSITIVA A CONSIGNAS CLARAS Y ESTRUCTURADAS.

EVOLUCIONES

RC: 1069773681 Nombre del Paciente: MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO Edad: 5 AÑOS 2 M Nº 763

10 de Diciembre del 2025 2:00pm - AURA MERINO:

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE RESISTENCIA LABIAL Y LINGUAL CON MAYOR TIEMPO DE CONTRACCIÓN, UTILIZANDO APARATOLOGÍA TERAPÉUTICA, OBSERVÁNDOSE INCREMENTO LEVE DE FUERZA Y MEJOR CONTROL VOLUNTARIO. SE REFUERZAN EJERCICIOS DE SOPLO PROLONGADO Y CONTROL RESPIRATORIO, EVIDENCIANDO MEJOR COORDINACIÓN Y ESTABILIDAD DURANTE LA TAREA.

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85316

27 | 1 | 2026

HORA: 4:54 p.m.

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR Teléfono: 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO Fecha de Vencimiento: 27/04/2026 Plazo(dias): 90

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

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA TI: 1072752900

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

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 15cf687551abbf02a5418db989e1b63a7892f482bb568ff091bea5466219df22a1c9e0577ef16334d1c4aaeb4759cbe6

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

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

Factura N°. FELE - 85316

N° OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56530	TI 1072752900	MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA	2025-06-2203160	05/12/2025	15/12/2025	TERAPIA FISICA [931001]

[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL	27,000
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL	27,000
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL	27,000
SubTotal	81,000
Total a Pagar	81,000

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	5/12/25	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO	4:30	5:00	1072752900	Papá		79.005.184
2	12/12/25	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO	4:30	5:00	1072752900	Papá		79.005.184
3	15/12/25	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO	4:30	5:00	1072752900	Papá		79.005.184
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 79.005.184
CELULAR: 3703976577

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Valentina Gálvez Patiño
Fisioterapeuta
T.P. 1002542251

Fecha generación: 30/06/2025 12:19:02

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-06-2203160 FECHA SOLICITUD: 6/26/25, 2:28 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO
DOCUMENTO: 1072752900
MUNICIPIO: GUADUAS
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
NOMBRE ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO FAC
CODIGO ESM O 110018511382
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: SM
FUERZA: EJC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / LUIS EDUARDO JEREZ PALACIOS
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
R628	OTRAS FALTAS DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-06-2203160	TERAPIA FISICA INTEGRAL	931001		Fisioterapia (ADCT) - SSFM	48	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SOLICITUD APROBADA JEFSA FAC, SE AUTORIZA A PARTIR DEL DIA 26 JUNIO 2025

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden ya autorizada con numero AUT-2025-01-108208 AUT-2025-01-139435 AUT-2025-01-105931 para que por favor autoricen cambio de IPS para red externa contratada clínica armony con numero de contrato 006-00-MDN.CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA: 1. TERAPIAS INTEGRALES CON: -TERAPIA FISICA: ESTIULACION Y FORTALECIMIENTO DE TONO MUSCULAR, EDUCAICON EN MARCHA, DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES CANTIDAD 48

FECHA DE VENCIMIENTO: 26/06/2026

AUTORIZADA POR:

YUDI ANGELICA JIMENEZ DELGADO
1075653260

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 26/06/2026

ca. 79.095.784 Papá

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIL 900 520.772-2
RECIBIDO USUARIO

Fecha y hora de generación: 22/01/2025 12:52:13

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2025-01-16330 FECHA Y HORA DE 1/22/25, 11:13 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO
TIPO DE RC
DIRECCIÓN KR 9 6 02
CORREO johnsv1980@GMAIL.COM
MUNICIPIO GUADUAS
REGIONAL: CENTRO
GRADO: SM
ENTIDAD COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.1 FAC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE 19/01/2016
NÚMERO DE 1072752900
CELULAR O
DEPARTAMENT CUNDINAMARCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511762
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Fisioterapia (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
1. TERAPIAS INTEGRALES CON: -TERAPIA FISICA: ESTIULACION Y FORTALECIMIENTO DE TONO MUSCULAR, EDUCAICON EN MARCHA, DESARROLLO, DE HITOS DEL NEURODESARROLLO 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES

937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
3. TERAPIA DE LENGUAJE: ESTIMULACION DE ATENCION, TECNICAS DE COMUNICAICON, INDUCCION A TECNICAS VERBALES 2 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES

938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	48

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
2. TERAPIA OCUPACIONAL: DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO, ESTIMUALCION A ACTIVIDADES MANO OJO, ATENCION, ENFOQUE
3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES -

952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE

Fecha y hora de generación: 22/01/2025 12:52:13

REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
4. SS/ POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
5. SS/ POTENCIALES EVOCADOS VISUALES

954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM	2

OBSERVACIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
4. SS/ POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
5. SS/ POTENCIALES EVOCADOS VISUALES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Repetido	R628	OTRAS FALTAS DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL

HALLAZGO

PACIENTE CON RETRASO EN EL NEURODESARROLLO EN EL MOMENTO SIN DIAGNOSTICO CONFIRMATORIO, EN PROCESO DE HABILITAICON CON TERAPIAS INTEGRALES, SE CONSIDERA QUE DEBE DESCARTARSE ENFERMEDAD DE POMPE DENTRO DE TODOS LOS EXAMENES QUE LES HAN REALIZADO, ADEMAS DE QUE REQUIERE DE APOYO EN EL ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA, POR LO QUE SE SOLICITA 1. TERAPIAS INTEGRALES CON: -TERAPIA FISICA: ESTIULACION Y FORTALECIMIENTO DE TONO MUSCULAR, EDUCAICON EN MARCHA, DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO 2 SESIONES SEMANALES POR 6 MESES - TERAPIA OCUPACIONAL: DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO, ESTIMUALCION A ACTIVIDADES MANO OJO, ATENCION, ENFOQUE 2 SESIONES SEMANALES POR 6 MESES - TERAPIA DE LENGUAJE: ESTIMULACION DE ATENCION, TECNICAS DE COMUNICAICON, INDUCCION A TECNICAS VERBALES 2. SS/ POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS 3. SE RECOMIENDA ESTUDIO DE ENFERMEDAD DE POMPE - SS GLUCOSIDASA ACIDA - RESULTADO NEGATIVO. NO TRAEN ESTUDIO DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DEBIDO A QUE NO LOS AUTORIZARON, ACIENTE NO HA PODIDO RECIBIR SESIONES DE TERAPIAS POR DIFICULTADES GEOGRAFICAS DE DOMCILICIO Y DISPONIBILIDAD DE ATENCION DEL PACIENTE. MARCHA CON APOYO, LOGRA BIPEDO Y PASOS CON APOYO. SOSTEN DE TRONCO INDEPENDIENTE. SE REQUIERE DE ACTUALIZACION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD POR CAMBIO DE DOCUMENTACION

EXAMENES FISICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y Faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BUEN ESTADO GENRAL, BAJO TONO MUSCULAR, NO REALIZA CONTACTO VISUAL CON EXAMINADOR, NO REALIZA COMUNICACION VERBAL, LLANTO FACIL, OBEDECE INDICACIONES DE PADRES, LOGRA SEDENTE, NO LOGRA BIPEDO SIN APOYO. CON INDICIOS DE PATRON DE MARCHA CON APOYO.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RETRASO EN EL NEURODESARROLLO, AUN PENDIENTE DE DETERMINAR DIAGNOSTICO, CON BAJO TONO GENERALIZADO, ADECUADO CONTROL CERVICAL Y DE TRONCO, CON BIPEDO CON APOYO, PERSISTENCIA EN DIFICULTAD PARA PASOS INDEPENDIENTES, USUARIA DE COCHE NEUROLOGICO Y ENTRENADOR DE MARCHA, SE REQUIERE DE NUEVA VALORACION POR JUNTA DE REHABILITACION, SE REQUIERE IGUALMENTE EVALUACION DE ESTADO SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA, POR LO QUE SE INDICA:
1. TERAPIAS INTEGRALES CON: -TERAPIA FISICA: ESTIULACION Y FORTALECIMIENTO DE TONO MUSCULAR, EDUCAICON EN MARCHA, DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES
2. TERAPIA OCURACIONAL: DESARROLLO DE HITOS DEL NEURODESARROLLO, ESTIMUALCION A ACTIVIDADES MANO OJO, ATENCION, ENFOQUE 3 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES -
3. TERAPIA DE LENGUAJE: ESTIMULACION DE ATENCION, TECNICAS DE COMUNICAICON, INDUCCION A TECNICAS VERBALES 2 SESIONES SEMANALES POR 4 MESES
4. SS/ POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
5. SS/ POTENCIALES EVOCADOS VISUALES
6. SS/ VALORACION POR TRABAJO SOCIAL
7. CONTROL CON RESULTADOS

DIAGNOSTICOS

No Registra

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE	LUIS EDUARDO JEREZ PALACIOS	CARGO O	Asistencial
TELÉFONO O	6017944222	SERVICIO QUE	Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE)
SERVICIO	Fisioterapia (ADCT) - SSFM		

Dr. Luis Eduardo Jerez P.
Medicina Física y Rehabilitación
RETHUS 563.1
Universidad el Bosque

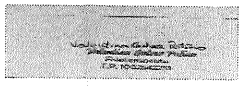
ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS
NIT. 900520772-3
Calle 8 No. 10 - 10 Villa Del Palmar, La Dorada, Caldas. Colombia
Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1072752900 Nombre del Paciente: MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA Edad: 7 AÑOS 10 Nº 1676

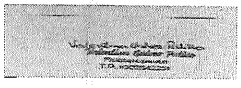
5 de Diciembre del 2025 4:30pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuaria ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en silla en compañía de su padre. Se inicia la sesión con: 1) Cinesiterapia pasiva de MMII. 2) Cinesiterapia pasiva de MMSS. 3) Masaje terapeutico en MMSS y MMII con tecnica de stroking, finger y hans durante 5 minutos. 4) Marcha sujetando los brazos de la usuaria. 5) Alcances funcionales con objetos. Usuaria se retira del consultorio en silla en compañía de su padre.



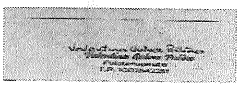
12 de Diciembre del 2025 4:30pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuaria ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en silla en compañía de su padre. Se inicia la sesión con: 1) Cinesiterapia pasiva de MMII. 2) Cinesiterapia pasiva de MMSS. 3) Masaje terapeutico en MMSS y MMII con tecnica de stroking, finger y hans durante 5 minutos. 4) Marcha sujetando los brazos de la usuaria. 5) Alcances funcionales dentro y fuera de la linea media con objetos. Usuaria se retira del consultorio en silla en compañía de su padre.



15 de Diciembre del 2025 4:30pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuaria ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en silla en compañía de su padre. Se inicia la sesión con: 1) Cinesiterapia pasiva de MMII. 2) Cinesiterapia pasiva de MMSS. 3) Masaje terapeutico en MMSS y MMII con tecnica de stroking, finger y hans durante 5 minutos. 4) Marcha sujetando los brazos de la usuaria. 5) Alcances funcionales dentro y fuera de la linea media con objetos. 6) Estimulación pélvica con movilidad. Se realiza educación sobre los ejercicios llevados a cabo en las sesiones para ser replicados en casa y mantener los resultados obtenidos. Usuaria se retira del consultorio en silla en compañía de su padre.
Reporte final: La usuaria continua desplazamiento en posición. Sin embargo, adquiere la posición bípeda apoyando su espalda sobre la pared. Al momento de la marcha asistida con apoyo en tronco, realiza los pasos de manera independiente.



ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85317

27	1	2026
HORA: 4:59 p.m.		

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: GOMEZ SASTOQUE THIAGO RC: 1054572704

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

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

CUFE: 87c004874730e23dd000d7ec14e95a950045ee2018ba359aadde3b18a713f9de5031764ed1b61ee7cc42d80f8095052d

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

www.biofile.com.co

Impreso el 27/01/2026 - 5:00:19 p.m.

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

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

Factura N°. FELE - 85317

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
56531	RC 1054572704	GOMEZ SASTOQUE THIAGO	2025-08-2785388	01/12/2025	05/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							**60,000**
Total a Pagar							**60,000**

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

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

AMBULATORIO

FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.V.P.

NOMBRE USUARIO: Thiago Gonez Sastoque

IDENTIFICACION:

NRO AUTORIZACION: 34

NRO SESION	FECHA ATENCION	HORA INICIO	HORA TERMINA	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE
1	1-12-25	3:00	3:30	Nataly Sastoque
2	5-12-25	3:00	3:30	Nataly Sastoque
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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

Aura Cristina Marino
Fonoaudiologa
R.M. 65444
C.C. 30.390.672

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Nataly Sastoque
IDENTIFICACION
CELULAR: 1059365948

PROFESIONAL QUE ATIENDE :

Fecha generación: 06/08/2025 14:21:08

AUTORIZACIONES

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

DATOS DEL PACIENTE

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

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

INFORMACION DE LA ATENCION

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	Impresión Diagnóstica
F951	TRASTORNO POR TIC MOTOR O VOCAL CRONICO	Relacionado
F918	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-08-2785388	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	40	Autorizado	No aplica

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

OBSERVACIÓN SOLICITUD: ***FAVOR AUTORIZAR EN ARMONY CTO 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSAA-CACOM1-ESM11782-2025*** PACIENTE VALORADO EN SAN FELIX 27/06/2025 DR MARIA DIAZ PEDIATRA SS -TERAPIA FONOAUDIOLOGICA X40, TERAPIA OCUPACIONAL X40, -TERAPIA FISICA INTEGRAL X20, PSICOTERAPIA DE FAMILIA X5
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2026

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

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

OSCAR GOMEZ
PPPA

VERIFICAR FIRMA Y COMPROBANTE
ARMONY NIT. 900.620.772-5
RECIBIDO USUARIO

RC 1054572704 THIAGO GOMEZ SASTOQUE Usuario: MSASTOQUE Fecha Impresión: 27/06/2025 16:28 Pagina N°: 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EVOLUCIONES

RC: 1054572704 Nombre del Paciente: GOMEZ SASTOQUE THIAGO Edad: 7 AÑOS 0 M Nº 472

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

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA, APLICADA DE MANERA PROGRESIVA EN LABIOS, MEJILLAS Y REGIÓN PERIORAL, CON EL OBJETIVO DE FAVORECER ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR Y AUMENTAR LA CONCIENCIA OROFACIAL. EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE LA ESTIMULACIÓN Y MUESTRA ATENCIÓN SOSTENIDA HACIA LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL UTILIZANDO EJERCITADOR TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO CIERRE LABIAL ACTIVO MEDIANTE CONTRACCIONES SOSTENIDAS Y REPETIDAS, CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE.



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

SE TRABAJAN EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA LABIAL CON BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDAS ELÁSTICAS DE BAJA A MEDIA RESISTENCIA, PROMOVIENDO SELLADO LABIAL SOSTENIDO DURANTE MAYOR TIEMPO. EL PACIENTE LOGRA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON MENOR APOYO VERBAL Y PRESENTA ADECUADA TOLERANCIA AL ESFUERZO. A NIVEL LINGUAL, SE REFUERZAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO INSTRUMENTAL, OBSERVÁNDOSE MAYOR PRECISIÓN Y CONTROL VOLUNTARIO.

SE INTEGRAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE SOPLO PROLONGADO CON BOQUILLAS GRADUADAS, FAVORECIENDO COORDINACIÓN RESPIRACIÓN–MOVIMIENTO OROFACIAL. POSTERIORMENTE, SE REALIZAN PRAXIAS OROFACIALES COMBINADAS CON EMISIÓN DE SÍLABAS Y PALABRAS FUNCIONALES, ORIENTADAS A FORTALECER LA BASE MOTORA PARA LA CORRECTA ARTICULACIÓN.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85318

27 | 1 | 2026

HORA: 5:02 p.m.

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

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO TI: 1201473277

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

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 9930aefc9ff849fa3c4808353a29e369cee9e6cabf449c2dd9e3055fbff64efbacf1d801f84231191845bed0ec87fbe9

FAC

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	4/12/23	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	4:30	5:00	1201473277	Mamá	Mª Isabel Parra	1073372993
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION
CELULAR:

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

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

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

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

Factura N°. FELE - 85318

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
55054	TI 1201473277	ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO	2025-11-4155774	04/12/2025	04/12/2025	TERAPIA FISICA [931001]	
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL							27,000
SubTotal							27,000
Total a Pagar							27,000

Fecha generación: 12/11/2025 08:05:30

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-11-4155774 **FECHA SOLICITUD:** 11/11/25, 6:33 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
DOCUMENTO: 1201473277
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: T1
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / MARIA FERNANDA VASQUEZ ROJAS
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-11-4155774	TERAPIA FISICA INTEGRAL	931001		Fisioterapia (ADCT) - SSFM	48	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y AUTORIZA JEFSA FAC, A PARTIR DEL 11/11/2025////-Terapia física 3 veces a la semana para 4 meses: modulación de tono, reentrenamiento en marcha con uso de
dispositivo de movilidad, traslados seguros, fomentar patrón motor.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE TRANSCRIBE ORDEN MEDICA ANEXO 3 CONSULTA EXTERNA EMITIDA POR EL DR MARIA VASQUEZ MEDICINA FISICA Y REHABILITACION GENERADA EL 13-08-2025 SOLICITA TERAPIA FISICA 3 VECES A LA SEMANA PARA 4 MESES, MODULACION DE TONO , REENTRENAMIENTO EN MARCHA CON USO DE DISPOSITIVO DE MOVILIDAD, TRASLADOS SEGUROS . FOMENTAR PATRON MOTOR X 48 , TERAPIA FONOAUDIOLOGICA 3 VECES A LA SEMANA 4 MESES , MANTENIMIENTO DE CONDICIONES MIO ARTICULARES Y ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DEL LENGUAJE X 48, PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL ORDEN MEDICA TRANSCRITA POR DEYI VIUCHE ENFERMERA SE REQUIERE AUTORIZAR A CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782 ARMONY

FECHA DE VENCIMIENTO: 11/11/2026

AUTORIZADA POR:

LISET YAMILE AGUDELO CASTAÑEDA
1121147508

VERIFICAR DATOS Y COMPROBANTE
ARMONY NIT 900 680718 8
RECIBIDO USUARIO

M 2 Isabel Pérez
Y 1073322993

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 días a partir de la fecha de expedicion. Vence: 11/11/2026

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 13/08/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
EVOLUCION

N° Historia Clínica: 1201473277 **N° Folio:** 326 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
Tipo Identificación: RegistroCivil
Identificacion: 1201473277 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 6/10/2018 **Edad Actual:** 6 Años / 10 Meses / 7 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: BASE AEREA GERMAN OLANO APTO 203 TORRE 2 PUERO SALGAR
Teléfono: 3183906926
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: TECNICO SUB-JEFE

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
N° Ingreso: 8683801 **Fecha:** 13/08/2025 11:09
Finalidad Consulta: Rehabilitacion
Causa Externa: Enfermedad_general

Diagnóstico Principal: G809 - PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnostico (s) Relacionado(s):

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
29112	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	48	Rutinario

Observacion: -Terapia fisica 3 veces a la semana para 4 meses: modulación de tono, reentrenamiento en marcha con uso de dispositivo de movilidad, traslados seguros, fomentar patrón motor.

Total Items: 1

Firma del profesional tratante

Maria fernanda V.

Médico: 1113632311 VASQUEZ ROJAS MARIA FERNANDA
Especialidad: 386 - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

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

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

Powered by CamScanner

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

EVOLUCIONES

TI: 1201473277 Nombre del Paciente: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Edad: 7 AÑOS 3 M N° 2418

4 de Diciembre del 2025 4:30pm - VALENTINA GALVEZ.

Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en caminador en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1) Marcha lateral con conos. 2) En decúbito supino, ejercicio resistido con banda amarilla 2 series x 15 repeticiones para los siguientes músculos:
-Abductores de cadera
-Aductores de cadera
En cada ejercicio se sujeto la extremidad no trabajada para evitar compensación en los ejercicios.
3) Estiramientos estaticos (pasivos) 1 serie x 5 repeticiones sosteniendo 10 segundos. El usuario se retira del consultorio en caminador en compañía de su madre. El usuario responde se fatiga durante la realización pero lleva acabo adecuadamente a los ejercicios. El usuario se retira del consultorio en caminador en compañía de su madre.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85319

27 | 1 | 2026

HORA: 5:06 p.m.

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR Teléfono: 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO Fecha de Vencimiento: 27/04/2026 Plazo(dias): 90

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

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO TI: 1107989354

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

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 7144bb7e430384167d573a2c2dfc07eedc10b1c95f7ee17c3321bc2b22cbc39934d3fb5d56daead502af1ff1d9dba946

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

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

Factura N°. FELE - 85319

N° OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
54822	TI 1107989354	LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO	2025-10-3815322	02/12/2025	11/12/2025	TERAPIA FISICA [931001]	
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL							27,000
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL							27,000
[931001] - TERAPIA FISICA INTEGRAL							27,000
SubTotal							81,000
Total a Pagar							81,000

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

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	2/12/25	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	5:00	5:30	1107989354	Padre	Ricardo Pupiales	1.110483.338
2	4/12/25	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	5:00	5:30	1107989354	Padre.	Ricardo Pupiales	1.110483.338
3	11/12/25	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	5:00	5:30	1107989354	Padre	Fernanda Hernandez	1.110.466610
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

Fernanda Hernandez.

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION 1.110466610
CELULAR: 3160078571

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

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

Fecha generación: 18/10/2025 20:33:38

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-10-3815322 **FECHA SOLICITUD:** 10/18/25, 5:45 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
DOCUMENTO: 1107989354
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: T1
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / ESPECIALIDAD QUE REMITE: MARIA CAMILA GUTIERREZ ANGULO
Neuropsicología - SSFM
ORIGEN: Enfermedad general
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-10-3815322	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	931001		Fisioterapia (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y SE AUTORIZA A PARTIR DEL 18 DE OCTUBRE DEL 2025 JEFSA FAC

OBSERVACIÓN SOLICITUD: se transcribe orden médica DRA MARIA CAMILA GUTIERREZ ANGULO NEUROPSICOLOGA HOMIC quien solicita TERAPIA FÍSICA INTEGRAL, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL, TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL , paciente de 7 años de edad se solicita autorizar RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN CONTRATISTA ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 DORADA CALDAS
FECHA DE VENCIMIENTO: 18/10/2026

Fernanda Hernandez
1010466610

AUTORIZADA POR:

LAURA VALENTINA TRIANA DIAZ
1010139162

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 18/10/2026

ARMONY Nit. 900 620.772-9
VERIFICAR FIRMA
COMPROBANTE
RECIBIDO USUARIO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 2/09/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
GENERAL O INGRESO

Nº Historia Clínica: 1107989354 **Nº Folio:** 6 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ
Tipo Identificación: TarjeraIdentidad
Identificacion: 1107989354 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 4/04/2018 **Edad Actual:** 7 Años / 4 Meses / 29 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: Via CASA 66 Via CASA FISCAL 66 CACOM-1
Teléfono: 3504596097
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: TECNICO PRIMERO

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 8712069 **Fecha:** 2/09/2025 16:12
Finalidad Consulta: Tratamiento
Causa Externa: Enfermedad_general

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

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
29112	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	10	Rutinario

Observacion: SE SOLICITAN 10 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA, SE SUGIERE TRABAJAR EN PROPIOCEPCIÓN, LATERALIZACIÓN Y FORTALECIMEINTO DE TONO MUSCULAR.

Total Ítems: 1

Firma del profesional tratante

Médico: 1032468795 GUTIERREZ ANGULO MARIA CAMILA
Especialidad: 443 - NEUROPSICOLOGIA

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

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

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

EVOLUCIONES

TI: 1107989354 Nombre del Paciente: LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO Edad: 8 AÑOS 9 M N° 2364

2 de Diciembre del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su madre. Se inicia sesión con: 1) Equilibrio estático con bosu 2) Coordinación oculomanual con balones pequeños para mejorar la precision. 3) Fortalecimiento de MMSS y MMII. El usuario se retira del consultorio en compañía de su madre.



4 de Diciembre del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su padre. Se inicia sesión con: 1) Marcha con conos para equilibrio dinamico 2) Fortalecimiento de MMSS y MMII. 3) Coordinacion oculopedal. El usuario se retira del consultorio en compañía de su padre.



11 de Diciembre del 2025 5:00pm - VALENTINA GALVEZ:

Usuario ingresa al consultorio de fisioterapia en aparentes buenas condiciones de salud en compañía de su padre. Se inicia sesión con: 1) Alcance de objetos sobre bosu. 2) Saltos horizontales a diferentes distancias. 3) Coordinacion oculomanual con balones en diferentes direcciones y distancias. El usuario se retira del consultorio en compañía de su padre.
Reporte final: Se evidencia gran mejoria en la motricidad gruesa del niño (saltos, coordinacion oculomanual y oculopedal); ademas de esto tiene mejor estabilidad en posicion monopodal y al realizar marcha sobre superficies inestables.



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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85320

27 | 1 | 2026

HORA: 5:10 p.m.

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

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

APROBADA

Paciente: USUARIO: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO TI: 1201473277

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

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: a0b1d43c4f89dac5e333b5f9e83bf91b294629db8b3f05d33a850dea31d6bb0ad25ec9e9c6f4665449ea4ad43da01db5

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

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

Factura N°. FELE - 85320

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen	
56535	TI 1201473277	ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO	2025-11-41555775	05/12/2025	05/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)	
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL							30,000
SubTotal							30,000
Total a Pagar							**30,000**

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

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

F800

AMBULATORIO

FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA	ELABORO: C.VP.

NOMBRE USUARIO: Javier Alejandro Oyuela

IDENTIFICACION:

NRO AUTORIZACION 2

NRO SESION	FECHA ATENCION	HORA INICIO	HORA TERMINA	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE
1	5-12-25	3:00	3:30	Mg Isabel Parra.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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

Aura Cristina Marino
Fonoaudiologa
R.N. 65444
C. C. 30.390.672

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Mg Isabel Parra

IDENTIFICACION 1004942532

CELULAR: 3144801322

PROFESIONAL QUE ATIENDE :

Fecha generación: 12/11/2025 08:05:36

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-11-4155775 **FECHA SOLICITUD:** 11/11/25, 6:33 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA
DOCUMENTO: 1201473277
MUNICIPIO: PUERTO SALGAR
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: T1
FUERZA: FAC
REGIONAL: CENTRO

INFORMACION DE LA ATENCION

PROFESIONAL / MARIA FERNANDA VASQUEZ ROJAS
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina Fisica y Rehabilitacion (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-11-4155775	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	48	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE VALIDA Y AUTORIZA JEFSA FAC, A PARTIR DEL 11/11/2025////-Terapia física 3 veces a la semana para 4 meses: modulación de tono, reentrenamiento en marcha con uso de
dispositivo de movilidad, traslados seguros, fomentar patrón motor.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE TRANSCRIBE ORDEN MEDICA ANEXO 3 CONSULTA EXTERNA EMITIDA POR EL DR MARIA VASQUEZ MEDICINA FISICA Y REHABILITACION GENERADA EL 13-08-2025 SOLICITA TERAPIA FISICA 3 VECES A LA SEMANA PARA 4 MESES, MODULACION DE TONO , REENTRENAMIENTO EN MARCHA CON USO DE DISPOSITIVO DE MOVILIDAD, TRASLADOS SEGUROS . FOMENTAR PATRON MOTOR X 48 , TERAPIA FONOAUDIOLOGICA 3 VECES A LA SEMANA 4 MESES , MANTENIMIENTO DE CONDICIONES MIO ARTICULARES Y ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DEL LENGUAJE X 48, PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL ORDEN MEDICA TRANSCRITA POR DEYI VIUCHE ENFERMERA SE REQUIERE AUTORIZAR A CONTRATO No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782 ARMONY

FECHA DE VENCIMIENTO: 11/11/2026

VERIFICAR FIRMA
ARMONY COMPROBANTE
NIT. 900 580 778-3
RECIBIDO USUARIO

AUTORIZADA POR:

LISET YAMILE AGUDELO CASTAÑEDA
1121147508

Mª Isabel Parra C
1073322993

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 11/11/2026

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
830040256

Fecha Actual: 13/08/2025

SOLICITUD DE SERVICIOS
EVOLUCION

Nº Historia Clínica: 1201473277 **Nº Folio:** 326 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	**Tipo Identificación:**	RegistroCivil
		Identificacion:	1201473277 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	6/10/2018 **Edad Actual:** 6 Años / 10 Meses / 7 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	BASE AEREA GERMAN OLANO APTO 203 TORRE 2 PUERO SALGAR	**Teléfono:**	3183906926
Procedencia:	BOGOTA	**Ocupación:**	TECNICO SUB-JEFE

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	8683801 **Fecha:** 13/08/2025 11:09
Finalidad Consulta:	Rehabilitacion	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

Diagnóstico Principal: G809 - PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnostico (s) Relacionado(s):

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

CODIGO	CUPS	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
29114	937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	48	Rutinario

Observacion: -Terapia fonoaudiologia 3 veces a la semana 4 meses: mantenimiento de condiciones mio articulares y estrategias alternativas del lenguaje.

Total Ítems: 1

Firma del profesional tratante

Maria fernanda V.

Médico: 1113632311 VASQUEZ ROJAS MARIA FERNANDA
Especialidad: 386 - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

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

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

Powered by CamScanner

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

Cel. 322 6239010

EVOLUCIONES

TI: 1201473277 Nombre del Paciente: ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO Edad: 7 AÑOS 3 M Nº 400

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

LA SESIÓN INICIARÁ CON UNA FASE DE ACTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN MEDIANTE CONVERSACIÓN GUIADA, RESPIRACIONES NASALES CONTROLADAS Y EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO OROFACIAL COMO VIBRACIÓN LABIAL, INFLADO DE MEJILLAS Y MASAJE FACIAL SUPERFICIAL PARA PREPARAR LA MUSCULATURA, CONTINUANDO CON EL TRABAJO ESPECÍFICO DE LABIOS UTILIZANDO BOTÓN TERAPÉUTICO Y BANDA ELÁSTICA PARA ESTIMULAR EL SELLADO LABIAL Y LA FUERZA DEL MÚSCULO ORBICULAR A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE TRACCIÓN, SOSTÉN Y ALTERNANCIA DE GESTOS DE SONRISA Y BESO CON RESISTENCIA; POSTERIORMENTE SE ABORDARÁ EL TRABAJO LINGUAL MEDIANTE EL USO DE ESPÁTULA, PUNTERO LINGUAL Y VIBRADOR ORAL, REALIZANDO EJERCICIOS DE PROTRUSIÓN, ELEVACIÓN DEL ÁPICE AL PALADAR, MOVIMIENTOS LATERALES CONTROLADOS Y ESTIMULACIÓN VIBRATORIA PARA FAVORECER TONICIDAD, PRECISIÓN Y MOVILIDAD LINGUAL; A CONTINUACIÓN SE TRABAJARÁ LA MUSCULATURA DE MEJILLAS Y BUCCINADORES UTILIZANDO SORBETE, JERINGA SIN AGUJA Y EJERCICIOS DE SUCCIÓN Y CONTROL DEL AIRE, PROMOVIENDO COORDINACIÓN Y FUERZA MUSCULAR; UNA VEZ REALIZADA LA ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL, SE INTEGRARÁ EL TRABAJO ARTICULATORIO ENFOCÁNDOSE EN LOS FONEMAS ALTERADOS MEDIANTE PRODUCCIÓN EN FORMA AISLADA, SÍLABAS, PALABRAS Y FRASES, APOYÁNDOSE EN MATERIAL LÚDICO Y RETROALIMENTACIÓN VISUAL CON ESPEJO PARA FACILITAR LA CORRECTA COLOCACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS; FINALMENTE, LA SESIÓN CONCLUIRÁ CON RETROALIMENTACIÓN POSITIVA A LA PACIENTE, BREVE EXPLICACIÓN DE LO TRABAJADO, INDICACIÓN DE EJERCICIOS MIOFUNCIONALES SIMPLES PARA REALIZAR EN EL HOGAR Y REGISTRO DE OBSERVACIONES CLÍNICAS RELACIONADAS CON TONO MUSCULAR, COORDINACIÓN, PRECISIÓN ARTICULATORIA Y RESPUESTA A LA APARATOLOGÍA UTILIZADA.

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº FELE - 85322

27 | 1 | 2026

HORA: 6:27 p.m.

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

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

Ciudad: PUERTO SALGAR **Teléfono:** 3202439992

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

Forma de Pago: CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 27/04/2026 **Plazo(dias):** 90

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

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
10	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	300,000

APROBADA

Paciente: USUARIO: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL RC: 1054573999

Sub Total	300,000.00
Descuento	0.00
I.V.A	0.00
Ret I.V.A	0.00
Retefuente	0.00
Rete I.C.A	0.00
Vr. Pagado	0.00
Vr. Saldo	$300.000,00
Vr. Total	$300.000,00

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

Firma Autorizada

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

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

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: 55d679c8e14b82e18e03abb28b3d8cd058d2fd9a1bfce33fa0b68e64b099713b8f87f590ec717d0497e37bb331f5c665

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

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

Factura N°. FELE - 85322

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Ingreso	F Egreso	Tipo Exámen
56540	RC 1054573999	ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL	2025-05-1529159	01/12/2025	29/12/2025	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)

[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000
SubTotal	**300,000**
Total a Pagar	**300,000**

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

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

VERSION:2 | FECHA: 01/12/2020 | PAGINA: 1 DE 1 | ELABORO: C.VP.

GESTION DE CALIDAD | AMBULATORIO

FISICA | RESPIRATORIA | OCUPACIONAL | FONOAUDIOLGIA

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS

NRO SESION	FECHA ATENCION	NOMBRE USUARIO	HORA INICIO	HORA TERMINA	IDENTIFICACION	PARENTESCO	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE
1	1-12-25	angel zapata	4:30	5:00	1054573999	mamá		1039428[illegible]
2	5-12-25	angel zapata	4:30	5:00	1054573999	mamá		1039428[illegible]
3	8-12-25	Angel Zapata	4:30	5:00	1054573999	Cuidador		1039058 18
4	10-12-25	angel zapata	4:30	5:00	1054573999	cuidador		30386[illegible]
5	12-12-25	angel zapata	4:30	5:00	1054573999	Cuidador		30386[illegible]
6	15-12-25	Angel Zapata	4:30	5:00	1054573999	Cuidador		30386[illegible]
7	19-12-25	Angel Zapata	4:30	5:00	1054573999	cuidador		30386[illegible]
8	22-12-25	Angel Zapata	4:30	5:00	1054573999	cuidador		30386[illegible]
9	26-12-25	Angel Zapata	4:30	5:00	1054573999	cuidador		30386[illegible]
10	29-12-25	angel zapata	4:30	5:00	1054573999	cuidador		30386[illegible]
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

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

FIRMA RESPONSABLE DEL PACIENTE:
IDENTIFICACION
CELULAR: 1039058118

PROFESIONAL QUE ATIENDE :
FIRMA Y SELLO

Fecha generación: 24/07/2025 14:36:49

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2025-05-1529159 **FECHA SOLICITUD:** 5/12/25, 5:41 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES
DOCUMENTO: 1054573999
MUNICIPIO: LA DORADA
DEPARTAMENTO: CALDAS
NOMBRE ENTIDAD: COMANDO AÉREO DE COMBATE NO 1 FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Provisional
GRADO: CR
FUERZA: FAC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACION DE LA ATENCION

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

DIAGNÓSTICOS

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

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2025-05-1529159	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	15	Autorizado	No aplica

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

OBSERVACIÓN SOLICITUD: NIÑO DE 4 AÑO TRAIDO A CONTROL PRIMERA INFANCIA POR LA MADRE ADOPTIVO A CONTROL DE CYD, TRAE ANTESCEDENTE DE VIOLENCIA Y MALTRATO POR PADRES BIOLOGICOS, FAMILIA NUCLEAR: MADRE ADOPTIVOS Y ABUELOS. EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRÍA POR MEDICINA PREPAGADA QUIEN ESTA POR SOSPECHA DE DIAGNOSTICO DE ATISMO Y TDAH, ASÍ MISMO CON TRASTORNO DEL HABLA, POR FAVOR AUTORIZAR CONTRATO NO. 006-00MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025 EN CLINICA ARMONY
FECHA DE VENCIMIENTO: 12/05/2026

AUTORIZADA POR:

MONICA NATALIA TIBAZOZA CUERVO
1032414464

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

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

X

51.983207

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

SIIPS Web 5.0.0
Atención en: CE (5EN9NQL7H1)

faf30197a5e5003b2fd9c46c52b09c1b

Solicitud Servicios/Recomendaciones: 17597 **Paciente:RC 1054673999** **ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL**

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

Código	Descripción	Cant.	Und	Observar/Posología	Nivel
930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Principio: Concentración: Forma: Und: UND ATC: Via: -	25.0	UND		1

Total Registros 1

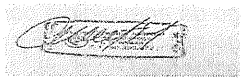
DIEGO MAURICIO CARDOSO RODRIGUEZ RM: 1473690
PEDIATRIA

EVOLUCIONES

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 4 AÑOS 9 M Nº 815

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

SE REALIZA ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL PASIVA Y ACTIVA ENFOCADA EN LABIOS, MEJILLAS Y LENGUA A TRAVÉS DE MASAJES INTRA Y EXTRAORALES, EJERCICIOS DE SOPLO CONTROLADO Y PRAXIAS BUCOFACIALES SIMPLES FRENTE AL ESPEJO, REFORZANDO LA CONCIENCIA CORPORAL; SE INTRODUCE EL USO DE APARATO MIOFUNCIONAL SEGÚN TOLERANCIA, EXPLICANDO SU FUNCIÓN DE FORMA LÚDICA, Y SE TRABAJA EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE LA NOMINACIÓN DE OBJETOS CONCRETOS, IMITACIÓN DE PALABRAS BISÍLABAS FUNCIONALES Y EMISIÓN DE VOCALES Y SÍLABAS DIRECTAS, REFORZANDO POSITIVAMENTE CADA INTENTO COMUNICATIVO.



3 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

SE DA CONTINUIDAD AL TRABAJO MIOFUNCIONAL OROFACIAL CON EJERCICIOS ACTIVOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL Y LINGUAL, UTILIZANDO RESISTENCIAS SUAVES Y JUEGOS DE SOPLO CON DIFERENTES INTENSIDADES, INCORPORANDO EL USO DEL APARATO MIOFUNCIONAL DURANTE PARTE DE LA SESIÓN PARA FAVORECER LA CORRECTA POSTURA LINGUAL; SE ESTIMULA LA COORDINACIÓN RESPIRACIÓN-FONACIÓN A TRAVÉS DE EMISIONES VOCÁLICAS PROLONGADAS Y JUEGOS SONOROS, Y SE ABORDA EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE LA AMPLIACIÓN DE VOCABULARIO BÁSICO (ANIMALES, ALIMENTOS Y OBJETOS DEL ENTORNO), PROMOVIENDO LA IMITACIÓN VERBAL, LA PRODUCCIÓN ESPONTÁNEA DE PALABRAS Y EL USO DE ESTRUCTURAS SIMPLES COMO SUSTANTIVO + VERBO, APOYÁNDOSE EN MATERIAL VISUAL Y REFUERZO VERBAL CONSTANTE.



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

DURANTE LA SESIÓN SE REALIZAN EJERCICIOS MIOFUNCIONALES ENFOCADOS EN MOVILIDAD LINGUAL (ELEVACIÓN, LATERALIZACIÓN Y PROTRUSIÓN) Y CIERRE LABIAL SOSTENIDO, COMBINADOS CON ACTIVIDADES DE SOPLO DIRIGIDAS Y CONTROL DE FLUJO AÉREO, MANTENIENDO EL USO PROGRESIVO DEL APARATO MIOFUNCIONAL; SE TRABAJA LA DISCRIMINACIÓN AUDITIVA Y LA PRODUCCIÓN DE SONIDOS DEL HABLA MEDIANTE JUEGOS DE ONOMATOPEYAS Y REPETICIÓN DE SÍLABAS TRABADAS SIMPLES, ESTIMULANDO EL LENGUAJE EXPRESIVO A TRAVÉS DE LA FORMULACIÓN DE FRASES CORTAS DE DOS A TRES ELEMENTOS, UTILIZANDO RUTINAS DIARIAS Y SECUENCIAS LÓGICAS APOYADAS CON IMÁGENES.



10 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

EVOLUCIONES

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 4 AÑOS 9 M Nº 815

SE REFUERZA LA TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL MEDIANTE EJERCICIOS DE TONICIDAD Y COORDINACIÓN DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS, INTEGRANDO MOVIMIENTOS LINGUALES MÁS COMPLEJOS Y PRAXIAS SECUENCIALES, CON SUPERVISIÓN DEL CORRECTO USO DEL APARATO MIOFUNCIONAL; SE ESTIMULA LA ARTICULACIÓN INICIAL DE FONEMAS BILABIALES Y ALVEOLARES EN SÍLABAS Y PALABRAS, Y SE POTENCIA EL LENGUAJE EXPRESIVO A TRAVÉS DE JUEGOS SIMBÓLICOS GUIADOS, FOMENTANDO LA DENOMINACIÓN, LA DESCRIPCIÓN SIMPLE Y LA RESPUESTA VERBAL A PREGUNTAS CERRADAS, MANTENIENDO UN AMBIENTE MOTIVADOR Y ESTRUCTURADO.



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

LA SESIÓN SE ORIENTA AL FORTALECIMIENTO MUSCULAR OROFACIAL MEDIANTE EJERCICIOS MIOFUNCIONALES ACTIVOS CON APOYO DE MATERIAL SENSORIAL, PROMOVIENDO ESTABILIDAD MANDIBULAR Y POSTURA LINGUAL ADECUADA CON EL USO DEL APARATO; SE TRABAJAN EMISIONES CONTROLADAS DE SONIDOS Y PALABRAS FUNCIONALES, FAVORECIENDO LA INTELIGIBILIDAD, Y SE ESTIMULA EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE LA PRODUCCIÓN DE FRASES SIMPLES EN CONTEXTO, AMPLIANDO VOCABULARIO Y PROMOVIENDO LA INICIATIVA COMUNICATIVA A TRAVÉS DE JUEGOS DE ROLES, REFORZANDO LA ESTRUCTURACIÓN SINTÁCTICA BÁSICA.



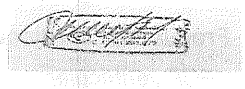
15 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

SE CONTINÚA CON EL PROGRAMA MIOFUNCIONAL OROFACIAL ENFATIZANDO COORDINACIÓN, PRECISIÓN Y RESISTENCIA DE LABIOS Y LENGUA, INTEGRANDO SECUENCIAS MOTORAS MÁS LARGAS Y EJERCICIOS DE SOPLO CON VARIACIÓN DE RITMO E INTENSIDAD, UTILIZANDO EL APARATO MIOFUNCIONAL SEGÚN PROTOCOLO; SE ABORDA EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE LA REPETICIÓN Y EVOCACIÓN DE PALABRAS Y FRASES CORTAS, PROMOVIENDO LA NARRACIÓN SIMPLE DE ACCIONES COTIDIANAS Y EL USO DE VERBOS EN PRESENTE, APOYÁNDOSE EN MATERIAL VISUAL Y MODELADO VERBAL CONSTANTE.



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

DURANTE LA SESIÓN SE REFUERZA LA AUTOMATIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS MIOFUNCIONALES, PROMOVIENDO MAYOR AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA EJECUCIÓN, MANTENIENDO EL USO DEL APARATO MIOFUNCIONAL PARA FAVORECER LA CORRECTA FUNCIÓN OROFACIAL; SE TRABAJA LA ARTICULACIÓN DE FONEMAS EN POSICIÓN INICIAL Y MEDIAL DE PALABRA, Y SE ESTIMULA EL LENGUAJE EXPRESIVO A TRAVÉS DE LA FORMULACIÓN DE FRASES MÁS ELABORADAS, INCORPORANDO ADJETIVOS Y CONECTORES SIMPLES, UTILIZANDO CUENTOS CORTOS Y SECUENCIAS ILUSTRADAS COMO APOYO.



EVOLUCIONES

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 4 AÑOS 9 M Nº 815

22 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

SE REALIZA ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL ENFOCADA EN LA INTEGRACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS OROFACIALES CON LA PRODUCCIÓN DEL HABLA, REFORZANDO EL CONTROL LINGUAL Y LABIAL MEDIANTE EJERCICIOS FUNCIONALES Y EL USO DEL APARATO MIOFUNCIONAL; SE PROMUEVE LA PRODUCCIÓN ESPONTÁNEA DE PALABRAS Y FRASES DURANTE ACTIVIDADES LÚDICAS DIRIGIDAS, ESTIMULANDO LA RESPUESTA VERBAL A PREGUNTAS ABIERTAS Y LA AMPLIACIÓN DEL VOCABULARIO TEMÁTICO, REFORZANDO LA INTENCIÓN COMUNICATIVA Y LA CONFIANZA DEL PACIENTE.



26 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

LA SESIÓN SE CENTRA EN CONSOLIDAR LOS PATRONES MIOFUNCIONALES ADQUIRIDOS, REALIZANDO EJERCICIOS DE COORDINACIÓN FINA Y RESISTENCIA MUSCULAR, SUPERVISANDO EL USO ADECUADO DEL APARATO MIOFUNCIONAL; SE TRABAJA LA ARTICULACIÓN EN FRASES Y EL AUMENTO DE LA LONGITUD DEL ENUNCIADO, PROMOVIENDO LA EXPRESIÓN VERBAL DE EXPERIENCIAS PERSONALES SIMPLES, SECUENCIAS TEMPORALES Y RELACIONES CAUSA-EFECTO, UTILIZANDO REFUERZOS POSITIVOS Y MODELADO CONSTANTE PARA FAVORECER EL LENGUAJE EXPRESIVO FUNCIONAL.



29 de Diciembre del 2025 4:30pm - AURA MERINO:

SE DESARROLLA LA SESIÓN REFORZANDO LA TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL MEDIANTE EJERCICIOS ACTIVOS Y FUNCIONALES ORIENTADOS A LA NORMALIZACIÓN DEL TONO Y LA MOVILIDAD DE LABIOS, LENGUA Y MEJILLAS, INTEGRANDO MASAJES INTRAORALES, PRAXIAS BUCOFACIALES SECUENCIADAS Y EJERCICIOS DE SOPLO CON CONTROL RESPIRATORIO, UTILIZANDO EL APARATO MIOFUNCIONAL PARA FAVORECER LA CORRECTA POSTURA LINGUAL Y ESTABILIDAD OROFACIAL; SE TRABAJA LA COORDINACIÓN RESPIRACIÓN-FONACIÓN-ARTICULACIÓN A TRAVÉS DE EMISIONES VOCÁLICAS Y SÍLABAS DIRIGIDAS



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

CONCEPTO DE AUDITORIA	1
IPS y/o RECLAMANTE	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S
FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO	10/12/2025
FECHA DE RECEPCION FACTURA y/o SOLICITUD REEMBOLSO	28/01/2026

FECHA	11/02/2026
NIT	900520772-3

FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR A PAGAR	CODIGO GLOSA	DESCRIPCION GLOSA	OBSERVACIONES PRIMERA REVISION
FELE85310	28/01/2026	AYLIN ARIANNA ARCILA PALACIO	1058205202	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85311	28/01/2026	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO	1072752900	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85312	28/01/2026	JUAN JOSE DIAZ ORTIZ	1058200821	$ 90.000	$ 0	$ 90.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85313	28/01/2026	DERECK STEBAN LONDOÑO GRANADOS	1031544693	$ 90.000	$ 0	$ 90.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85314	28/01/2026	AYLAN JACOBO SANCHEZ LOZANO	1054574520	$ 90.000	$ 0	$ 90.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85315	28/01/2026	JOSE LEONARDO MAYORGA GARCIA	1069773681	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85316	28/01/2026	MARIA LUCIANA MAHECHA GIRALDO	1072752900	$ 81.000	$ 0	$ 81.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85317	28/01/2026	THIAGO GOMEZ SASTOQUE	1054572704	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85318	28/01/2026	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	1201473277	$ 27.000	$ 0	$ 27.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85319	28/01/2026	RYAN JERONIMO LOPEZ HERNANDEZ	1107989354	$ 81.000	$ 0	$ 81.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85320	28/01/2026	JAVIER ALEJANDRO ORJUELA PARRA	1201473277	$ 30.000	$ 0	$ 30.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
FELE85322	28/01/2026	ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES	1054573999	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	N/A	N/A	SE DA CONCEPTO FAVORABLE PARA PAGO POR PARTE DE AUDITORIA
				$ 1.239.000	$ 0	$ 1.239.000			

TOTAL FACTURA	$ 1.239.000
VALOR GLOSA	$ 0
VALOR A PAGAR	$ 1.239.000

IC

CENTRO DE COSTOS	DESCRIPCION	VALOR POR SERVICIOS
SF622CSR02	CSR Urgencias	
SF622CSR03	CSR Consulta externa	
SF622CSR04	CSR Consulta especializada	
SF622CSR05	CSR Salud Oral	
SF622CSR06	CSR Quirófanos	
SF622CSR07	CSR Promoción y prevención	
SF622CSR09	CSR Hospitalización	
SF622CSR10	CSR Salas de parto	
SF622CSR11	CSR Laboratorio Clínico	
SF622CSR12	CSR Imagenología	
SF622CSR13	CSR Rehabilitación y terapias	$ 1.239.000
SF622CSR14	CSR Farmacia ambulatoria	
SF622CSR15	CSR Transporte asistencial	
SF622CSR16	CSR Apoyo terapéutico - Unidad renal	
SF622CSR17	CSR Apoyo terapéutico - Terapias oncológ	
SF622CSR18	CSR Otras Act Extram Aten domicil-Alojam	
SF622CSR19	CSR Otros servicios Trasplantes-VIH	
VALOR TOTAL ATENCIÓN		$ 1.239.000

AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD

JEFSA FAC

NOMBRE: NATALY GALLEGO HURTADO

CARGO:AUDITOR EN SALUD
CORREO: NATALYGHENFERMERA@GMAIL.COM

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

DEBE A:

ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S.

NIT 900.520.7723

SERVICIOS PRESTADOS EN DICIEMBRE DE 2025

CUENTA DE COBRO NRO 0038

CANT	N° Factura	NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACION	AUTORIZACION	CUPS	CANT TERAPIA	VALORUNITARIO	Vr. Total
1	FELE-85310	ARCILA PALACIO AYLIN ARIANA	1058205202	2025-07-2466242	937001	4	30.000	120.000
2	FELE-85311	MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA	1072752900	2025-07-2304094	937001	5	30.000	150.000
3	FELE-85312	DIAZ ORTIZ JUAN JOSE	1058200821	2025-08-3096716	937001	3	30.000	90.000
4	FELE-85313	LONDOÑO GRANADOS DERECK STEBAN	1031544693	2025-07-2637220	937001	3	30.000	90.000
5	FELE-85314	SANCHEZ LOZANO AYLAN JACOBO	1054574520	2025-08-3019564	937001	3	30.000	90.000
6	FELE-85315	MAYORGA GARCIA JOSE LEONARDO	1069773681	2025-11-4067521	937001	4	30.000	120.000
7	FELE-85316	MAHECHA GIRALDO MARIA LUCIANA	1072752900	2025-06-2203160	931001	3	27.000	81.000
8	FELE-85317	GOMEZ SIASTOQUE THIAGO	1054572704	2025-08-2785388	937001	2	30.000	60.000
9	FELE-85318	ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO	1201473277	2025-11-4155774	931001	1	27.000	27.000
10	FELE-85319	LOPEZ HERNANDEZ RYAN JERONIMO	1107989354	2025-10-3815322	931001	3	27.000	81.000
11	FELE-85320	ORJUELA PARRA JAVIER ALEJANDRO	1201473277	2025-11-4155775	937001	1	30.000	30.000
12	FELE85322	ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL	1054573999	2025-1529159	937001	10	30.000	300.000

TOTAL 1.239.000

COORDINADORA ADMINISTRATIVA
CELULAR 3226239010
CORREO ELECTRONICO CLINICAARMONY@GMAIL.COM

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHdmurrea	Diana Milena Urrea Canon
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1
Fecha y Hora Sistema:	13/02/2026 12:00:00 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR

Número:	1426	**Fecha Registro:**	2026-02-13	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-103 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1		
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	1625	**Nro. Cdp:**	925
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	1.239.000,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	1.239.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00

TERCERO

Identificación:	900520772	**Razón Social:**	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS

Número:	0038	**Tipo**	CUENTA DE COBRO	**Fecha:**	2026-02-13

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS

CODIGO	DESCRIPCION
11	CUENTA DE COBRO

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

DIANA MILENA URREA CAÑON

Firmado digitalmente por DIANA MILENA URREA CAÑON
Fecha: 2026.02.13 15:31:49 -05'00'

T2 URREA CAÑON DIANA MILENA

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal
Comprobante

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

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

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

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

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

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

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

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

Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

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

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

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

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

Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

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

Ordenador del gasto	ESM CACOM 1
Código objeto contractual	ESM 010

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

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

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

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

Elaboró

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

Vo.Bo.

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

Aprobó

CR. ZAQUE ALFONSO DANIEL RICARDO
Ordenador del Gasto CACOM 1

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

SUBUNIDAD	CACOM 1
FECHA:	6-ene-25

DEPENDENCIA ORDENADORA DEL GASTO	SELECCIONE

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

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

VALOR TOTAL	30.000.000,00

OTRAS MONEDAS	SELECCIONE
TRM	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

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

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

RECURSO	MES	VALOR
	TOTAL	

TERCERO ORIGINAL

RAZÓN SOCIAL		No. IDENTIFICACIÓN	

INFORMACIÓN BANCARIA (TERCERO BENEFICIARIO)

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

CERTIFICACIÓN:

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

OBSERVACIONES

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

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

ST. VASQUEZ MOLINA LUISA FERNANDA
Comandante Escuadrilla de Contratos ESM11782

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal
Comprobante

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

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

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

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

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

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

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

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

Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

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

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

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

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

Coronel DANIEL RICARDO ZAQUE ALFONSO
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

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

Ordenador del gasto	ESM CACOM 1
Código objeto contractual	ESM 010

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

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

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

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

Elaboró

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

Vo.Bo.

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

Aprobó

CR. ZAQUE ALFONSO DANIEL RICARDO
Ordenador del Gasto CACOM 1

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

SUBUNIDAD	CACOM 1
FECHA:	6-ene-25

DEPENDENCIA ORDENADORA DEL GASTO	SELECCIONE

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

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

VALOR TOTAL	30.000.000,00

OTRAS MONEDAS	SELECCIONE
TRM	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

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

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

RECURSO	MES	VALOR
	TOTAL	

TERCERO ORIGINAL

RAZÓN SOCIAL		No. IDENTIFICACIÓN	

INFORMACIÓN BANCARIA (TERCERO BENEFICIARIO)

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

CERTIFICACIÓN:

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

OBSERVACIONES

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

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

ST. VASQUEZ MOLINA LUISA FERNANDA
Comandante Escuadrilla de Contratos ESM11782

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

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

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

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

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

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

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

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

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

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

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

PLAN DE PAGOS

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



CT.RUTH OMAIRA MORENO NOVA

JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO

C.C.1014185858

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

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

CLAUSULA PRIMERA - Actividades específicas del Contrato

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

CLAUSULA SEGUNDA - Valor del contrato y apropiación presupuestal

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

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

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

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

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

3.1 Lugar de ejecución

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

3.2. Plazo de ejecución

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

3.2 Forma de pago:

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

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

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

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

Hacienda y Crédito Público.

CLAUSULA CUARTA - Antisoborno y anticorrupción

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

CLAUSULA QUINTA - Coberturas de riesgos -Garantías

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

Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal

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

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

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

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

CLAUSULA SEXTA - Declaraciones del contratista

El Contratista hace las siguientes declaraciones:

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

CLAUSULA SEPTIMA - Obligaciones particulares del Contratista

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

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

CLAUSULA OCTAVA - Obligaciones Generales de la Entidad Estatal contratante

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

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

CLAUSULA NOVENA – Responsabilidad

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

CLAUSULA DECIMA - Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato

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

CLAUSULA DECIMA PRIMERA - Caducidad

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

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

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA – Multas

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

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

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

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

CLAUSULA DECIMA TERCERA - Cláusula Penal

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

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

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

CLAUSULA DECIMA CUARTA - Independencia del Contratista

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

CLAUSULA DECIMA QUINTA - Cesión

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

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

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

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

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

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

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

Requisitos para la cesión del contrato o de derechos económicos:

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

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

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

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

CLAUSULA DECIMA SEXTA - Indemnidad

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

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

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA - Caso Fortuito y Fuerza Mayor

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

CLAUSULA DECIMA OCTAVA - Solución de Controversias

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

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

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

CLAUSULA DECIMA NOVENA - Requisitos de Perfeccionamiento y Ejecución

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

CLAUSULA VIGESIMA - Notificaciones

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

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA - Supervisión

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

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

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

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA - Anexos del Contrato

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

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

Entre los suscritos: El Señor Coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTÍNEZ , identificado con CC No 94.533.020 expedida en Cali (Valle), mayor de edad, domiciliado en Puerto Salgar Cundinamarca Comando Aéreo de Combate No. 1, quien actúa en calidad de Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor del Comando Aéreo de Combate No. 1, cargo para el cual fue nombrado mediante artículo 1 de la Resolución No. 363 del 05 de junio de 2025, debidamente facultado mediante la Resolución Ministerial No. 4223 del 23 de junio de 2022 y por las que la modifiquen, adicionen o complementen, para adelantar procesos de contratación en cuantía de 0 a 1.000 S.M.L.M.V, quien representa al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR– FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA DE SALUD FUERZA AEROESPACIAL - COMANDO AÉREO DE COMBATE N. 1- ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 11782, NIT 901.542.613-9, por una parte; y por la otra y por la otra, el Señor RODRIGO ORTIZ MONSALVE, C.C. No. 10.165.145 expedida en La Dorada Caldas, quien actúa en representación legal de ***ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3****, domicilio principal cl 8 nro.10-10 condominio villa del palmar, teléfonos 3113483628 / 3226226532 / 3226239010, correo electrónico <u>clinicaarmony@gmail.com</u>, quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el PRIMER MODIFICATORIO al contrato cuyo objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA , teniendo en cuenta las siguientes cláusulas:*

<u>Clausula Primera</u>.- ADICIÓN PRESUPUESTAL

Adicionar la suma de quince millones de pesos m/cte ($ 15´000.000,00) para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud objeto del contrato principal y mantener la atención terapéutica sin interrupciones para la población beneficiaria en el período del 01 de enero al 31 de julio de 2026, conforme los recursos aprobados según autorización de vigencias futuras SIIF No. 35325 del 21 de agosto de 2025.

<u>Clausula Segunda</u>.- Modifíquese la cláusula segunda del contrato principal-VALOR DEL CONTRATO Y APROPIACIÓN PRESUPUESTAL

Una vez sumados los recursos al valor del contrato principal, su nuevo valor es:

***2.1 Valor del Contrato**:*
CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 45´000.000,00) para ser ejecutados en modalidad bolsa de servicios, cada servicio será cuantificado conforme a los precios unitarios presentados en su oferta, los cuales se mantendrán para el período de la vigencia 2026 (01-enero al 31-julio-2026) (DOCUMENTO DISPUESTO EN EL CONTRATO ELECTRONICO)

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

2.2 Apropiación presupuestal:

Imputación presupuestal Concepto Rubro SERVICIOS DE SALUD HUMANA- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIAS INTEGRALES		
VIGENCIA 2025 CDP No. 925 del 07- -enero-2025		
Rubro	**Recurso**	**Valor comprometido**
02-02-02-009-003-01	16	$ 30´000.000,00
VIGENCIA 2026		
Autorización de Vigencias Futuras SIIF No. 35325 del 21 de agosto de 2025.		
02-02-02-009-003-01	16	$ 15´000.000,00
	TOTAL	**$ 45´000.000,00**

<u>Clausula Tercera</u>.- Modifíquese parcialmente la cláusula tercera del contrato principal- PLAZO DE EJECUCION y FORMA DE PAGO.

Dando alcance a los recursos sumados y que los mismos causan ampliación a la fecha de ejecución como a la forma de pago, al contrato inicial, éstos quedan de la siguiente manera:

3.2. Plazo de ejecución

Desde el perfeccionamiento del modificatorio **hasta el 31 de julio del 2026 y/o hasta agotar presupuesto oficial**, lo que primero ocurra, teniendo cortes en las siguientes fechas:

<u>Vigencia 2025</u>: 30 de noviembre de 2025 (según facturación) 31 de diciembre de 2025 (hasta por el valor restante del contrato)

<u>Vigencia 2026</u>: 31-enero-2026, 28-febrero-2026, 31-marzo-2026, 30-abril-2026, 31-mayo-2026, 30-junio-2026 , (según facturación) 31-julio-2026 (hasta por el valor restante del contrato)

3.3. Forma de pago:

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

No	***Fecha de corte***	***MES PAC***	***VALOR***
1	*31 DE MARZO DE 2025*	*MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
2	*30 DE ABRIL DE 2025*	*JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*

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

3	*31 DE MAYO DE 2025*	*JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
4	*30 DE JUNIO DE 2025*	*AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
5	*31 DE JULIO DE 2025*	*SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
6	*31 DE AGOSTO DE 2025*	*OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
7	*30 DE SEPTIEMBRE DE 2025*	*NOVEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
8	*31 DE OCTUBRE DE 2025*	*DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
9	*30 DE NOVIEMBRE DE 2025*	*DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
10	*31 DE DICIEMBRE DE 2025*	*DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026*	*HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO*
2026			
1	*31 DE ENERO 2026*	*PAC MARZO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
2	*28 DE FEBRERO 2026*	*PAC ABRIL 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
3	*31 DE MARZO 2026*	*PAC MAYO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
4	*30 DE ABRIL 2026*	*PAC JUNIO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
5	*31 DE MAYO 2026*	*PAC JULIO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
6	*30 DE JUNIO 2026*	*PAC AGOSTO 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN*
7	*31 DE JULIO 2026*	*PAC SEPTIEMBRE 2026 ó dentro delos 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios*	*SEGÚN FACTURACIÓN, HASTA POR EL VALOR RESTANTE DEL CONTRATO*

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

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

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

Clausula Cuarta.-Modifíquese la clausula quinta del contrato principal-GARANTÍAS

Dando alcance a los términos de la modificación en adición de recursos, extensión al plazo de ejecución, EL CONTRATISTA está obligado a ajustar los valores y vigencias de los amparos de las garantías aportadas en el contrato inicial.

A. Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal

Clase de amparo	%	Valor Asegurado	Vigencia	
			Desde	Hasta
Cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato estatal	20	$ 9´000.000,00	14-marzo-2025	30-noviembre-2026
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales	5	$ 2´250.000,00	14-marzo-2025	31-julio-2029

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

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

Clausula Quinta.- ***Requisitos de perfeccionamiento y de ejecución***

Para el perfeccionamiento del primer modificatorio al contrato inicial, se requiere de la firma del mismo por las partes y para la ejecución se requiere la expedición del Registro Presupuestal de Compromiso para Vigencias Futuras, así como el ajuste en los valores y vigencias de las garantías por parte de ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S, NIT 900520772-3 *y aprobación de las mismas por EL MINISTERIO .*

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

<u>Clausula Sexta.-</u> ***Documentos***

Forman parte integrante del presente contrato modificatorio los siguientes documentos que se encuentran publicados en el expediente electrónico del SECOP II y hacen parte integral: Autorización vigencia futuras -DOC082125 / CPA No. 001 del 23-sept-2025. Recursos VF 2026 $ 15´000.000,00 / Información del supervisor al Contratista No FAC-S-2025-046608-CE del 19 de diciembre de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117 / Respuesta de aceptación del Contratista 22-diciembre-2025 / Solicitud de la supervisora al Ordenador con No FAC-S-2025-245888-CI del 19 de diciembre de 2025 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117 / Estudios previos.

<u>Clausula Séptima.-</u> ***Vigencia de las demás estipulaciones***

Continúan vigentes las demás cláusulas del contrato electrónico de prestación de servicios No. 006- MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, firmado el 14 de marzo de 2025, que no sean contrarias al presente documento. Las demás cláusulas del anexo del contrato, siguen vigentes

Para constancia, se firma electrónicamente en plataforma del SECOP II

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

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

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

Las terapias que se requiere contratar son:

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

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

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

Debe Cumplir con:

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

REQUISITOS RECURSO HUMANO

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

PARAMETROS TECNICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

NINGUNA

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



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



ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA
SUPERVISOR

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152938412

(415)7707212489984(8020) 000014115293841 2

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico clinicaarmony@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ MONSALVE RODRIGO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152938412

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

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141152938412

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

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

Representación

1

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

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

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

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152938412

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

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

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

1

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

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

119. Razón social

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

2

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

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

119. Razón social

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

3

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

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

119. Razón social

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

4

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

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

119. Razón social

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

5

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141152938412

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

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

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

1

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

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

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

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

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Bank
Certificate

Miercoles, 28 de enero de 2026

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite iformar que ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y C identificado(a) con CC 900520772, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	39289834854	2012/10/30	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO superintendencia financiera de colombia BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Cuentas bancarias de tercero

Usuario Solicitante:	MHdmurrea	Diana Milena Urrea Canon
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante	15-01-11-103	ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1
Fecha y Hora Sistema:	2026-02-13-3:25 p. m.	

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

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

Jefatura o Unidad:	**CACOM-1**
Nombre del Supervisor de Contrato	**ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA**
Ordenador del Gasto	**CACOM-1**
No. Contrato	**No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025**
Objeto del contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO PRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y USUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, SEGÚN FICHA TÉCNICA**
Valor inicial del contrato	**$ 30.000.000,00**
Adición	**$ 15.000.000,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 45.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	**$ 30.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2025**					**$ 30.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 15.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 45.000.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCION	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	VALOR TOTAL PARA PAGO	SALDOS
1	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 171.000,00	$ 171.000,00	$ 44.829.000,00
2	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 2.072.995,00	$ 2.072.995,00	$ 42.756.005,00
3	SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 498.000,00	$ 498.000,00	$ 42.258.005,00
4	SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 5.145.000,00	$ 5.145.000,00	$ 37.113.005,00
5	NOVIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 5.403.000,00	$ 5.403.000,00	$ 31.710.005,00
6	DICIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 4.920.000,00	$ 4.920.000,00	$ 26.790.005,00
7	DICIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 3.075.000,00	$ 3.075.000,00	$ 23.715.005,00
8	DICIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 2.403.000,00	$ 2.403.000,00	$ 21.312.005,00
9	FEBRERO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-003-01-16	N/A	PRESTACIÓNDESERVICIOSDESALUD,TERAPIASINTEGRALES	$ 1.239.000,00	$ 1.239.000,00	$ 20.073.005,00
TOTALES							**$ 24.926.995,00**	**$ 24.926.995,00**	**$ 20.073.005,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	Karina Bonet
POSTFIRMA	ST BONET CABARCAS YERLIS KARINA
FECHA	13/02/2026

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

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

Código de Seguridad: LsKkO5Gtkgc0HrDAOL29CQ==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

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

OBJETO DE CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

1. RIESGOS AMPAROS

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

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

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

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

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

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

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

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

seguros mundial® tu compañía siempre

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

2. EXCLUSIONES

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

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

3. SUMA ASEGURADA

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

4. VIGENCIA

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

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. COMPENSACIÓN

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

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

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

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

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

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

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

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

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

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

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

10. SUBROGACIÓN

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

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

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

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

12. NATURALEZA DEL SEGURO

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

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

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

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

15. COASEGURO

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

16. PRESCRIPCIÓN

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

17. DOMICILIO

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

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

seguros mundial® tu compañía siempre

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

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

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

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

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	36191503

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

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

EFECTIVO $

Datos del Cliente

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

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

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

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	36191503

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

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

EFECTIVO $

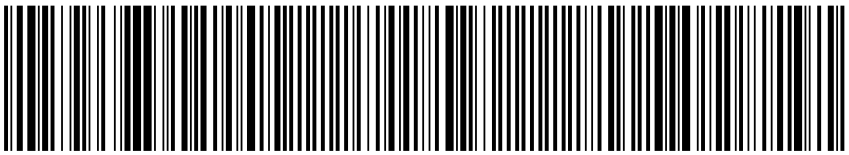
Datos del Cliente

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

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1



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

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2



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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

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

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

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

OPCIÓN 2

BANCOS

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

CORRESPONSALES

puntored Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

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

Código de Seguridad: 2EbPywAgCspx10H0U0Q9zg==

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

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

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

OBJETO DE CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

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

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

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

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

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

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

Código de Seguridad: LriUp7UundOscXjodewdEw==

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

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

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

OBJETO DE CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

Rodrigo Ortiz Monsalve
Representante Legal.
nit 900.520.772-3
TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

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

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

1. RIESGOS AMPAROS

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

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

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

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

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

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

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

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

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

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

seguros mundial® tu compañía siempre

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

2. EXCLUSIONES

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

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

3. SUMA ASEGURADA

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

4. VIGENCIA

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

seguros mundial® tu compañía siempre

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. COMPENSACIÓN

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

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARA EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

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

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

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

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

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

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

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

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

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

10. SUBROGACIÓN

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

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

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

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

12. NATURALEZA DEL SEGURO

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

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

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

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

15. COASEGURO

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

16. PRESCRIPCIÓN

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

17. DOMICILIO

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

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

seguros mundial® tu compañía siempre

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

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

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

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

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025		**Fecha Límite de Pago**	17/04/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	30.000,00
Póliza No.	BY–100051090		**IVA**	5.700,00
Periodo Facturado	14/03/2025	23/12/2028	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

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

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

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

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	36191503

Fecha de Facturación	18/03/2025		**Fecha Límite de Pago**	17/04/2025
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	30.000,00
Póliza No.	BY–100051090		**IVA**	5.700,00
Periodo Facturado	14/03/2025	23/12/2028	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	35.700,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

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

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000036191503(3900)000000035700(96)20250417

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

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

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

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

OPCIÓN 2

BANCOS

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

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El SUSCRITO GERENTE RODRIGO ORTIZ MONSALVE Y EL CONTADOR DE ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3

CERTIFICAMOS:

Nosotros, **RODRIGO ORTIZ MONSALVE,** identificado con cedula de ciudadanía numero 10.165.145 **Y GONZALO MARTINEZ QUIROGA** identificado con cedula de ciudadanía numero 10.173.074, con tarjeta profesional nro **TP74442-T** Contador Público de **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S** NIT 900.520.772-3 Certifico:

Que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la institución ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y ley 100 de 1993. **Por tanto ARMONY no esta obligada a pagar ICBF, SENA; acogiéndonos a la Ley 1607 de 2012.**

Dada en La Dorada, Caldas a los Veinti ocho dias (28) del mes de enero (01) de dos mil veintiseis (2026)

RODRIGO ORTIZ MONSALVE
Representante Legal

GONZALO MARTINEZ QUIROGA
C.C. 10.173.074
TP 74442-T

Bancolombia

CE 1281

Comprobante en línea

28 Ene 2026 16:18:25

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 15706328

Comercio
ASOPAGOS

Referencia 1
10.10.11.80

Fecha
28 Ene 2026 16:18:25

Referencia 2
NIT

Número de factura
35846521

Referencia 3
900520772

Descripción del pago
Pago de seguridad Social Integrado

Valor del Pago
$3.912.000

Número de comprobante
TR1617456328

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 6600**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900520772	3	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	B	03	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CLL 8 10 10		8370046			FINANCIERACLINICAARMONY@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2026-01	35846521	E	2026-01-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.912.000	19.200	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
7	35846521	2026-01-20	Pagada							

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

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				7	2.355.800	0	11.600	0	2.367.400
PORVENIR	230301	800224808	8	2	704.000	0	3.500	0	707.500
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	5	1.651.800	0	8.100	0	1.659.900
EPS(Administradoras: 2)				7	589.000	0	2.900	0	591.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	532.000	0	2.600	0	534.600
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	57.000	0	300	0	57.300
ARP(Administradoras: 1)				7	359.000	0	1.800	0	360.800
POSITIVA	14-23	860011153	6	7	359.000	0	1.800	0	360.800
CCF(Administradoras: 1)				7	589.000	0	2.900	0	591.900
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	7	589.000	0	2.900	0	591.900
Gran Total					3.892.800	0	19.200	0	3.912.000

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900520772	3	ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS	B	03	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CLL 8 10 10		8370046			FINANCIERACLINICAARMONY@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2026-01	35846521	E	2026-01-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.912.000	19.200	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
7	35846521	2026-01-20	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total		
1	CC 24714672	CERQUERA BAQUERO YISETH MARITZA	1.500.000	F															0				30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.500.000	240.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.500.000	60.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.500.000	60.000	1.500.000	36.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	396.600	S	2862101
2	CC 30344001	OCAMPO GIRALDO ALBA LUCIA	1.423.500	F															0				30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.423.500	57.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.423.500	57.000	1.423.500	34.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	376.500	S	3861001
3	CC 30349733	MENDEZ NOELIA	1.800.000	F															0				30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001
4	CC 30387950	VANEGAS POVEDA CLAUDIA	3.800.000	F															0				30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	3.800.000	608.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.800.000	152.000	CCF DE CALDAS-CCF11	3.800.000	152.000	3.800.000	92.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.004.600	S	3861001
5	CC 31426422	VELEZ FLOREZ MADELEN	2.600.000	F															0				30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.600.000	416.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.600.000	104.000	CCF DE CALDAS-CCF11	2.600.000	104.000	2.600.000	63.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	687.400	S	3861001
6	CC 1054565565	RODRIGUEZ AYALA YESENIA	1.800.000	F															0				30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001
7	CC 1073327350	CASTAÑEDA RAMOS ANGIE KATERINE	1.800.000	F															0				30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.800.000	288.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.800.000	72.000	CCF DE CALDAS-CCF11	1.800.000	72.000	1.800.000	43.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	475.900	S	3861001

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Certificación de cumplimiento del SGSST para proveedores DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-92
	Vigente	Marzo de 2023

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo Rodrigo Ortiz Monsalve identificado con cedula de ciudadanía No 10.165.145 de La Dorada; en calidad de Representante Legal de la empresa **ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S** , con NIT 900.520.772-3; certifico que actualmente nuestra organización se encuentra en la adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a la normatividad establecida por el Ministerio del Trabajo en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, "Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo" y en la Resolución No. 0312 de 2019, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo".

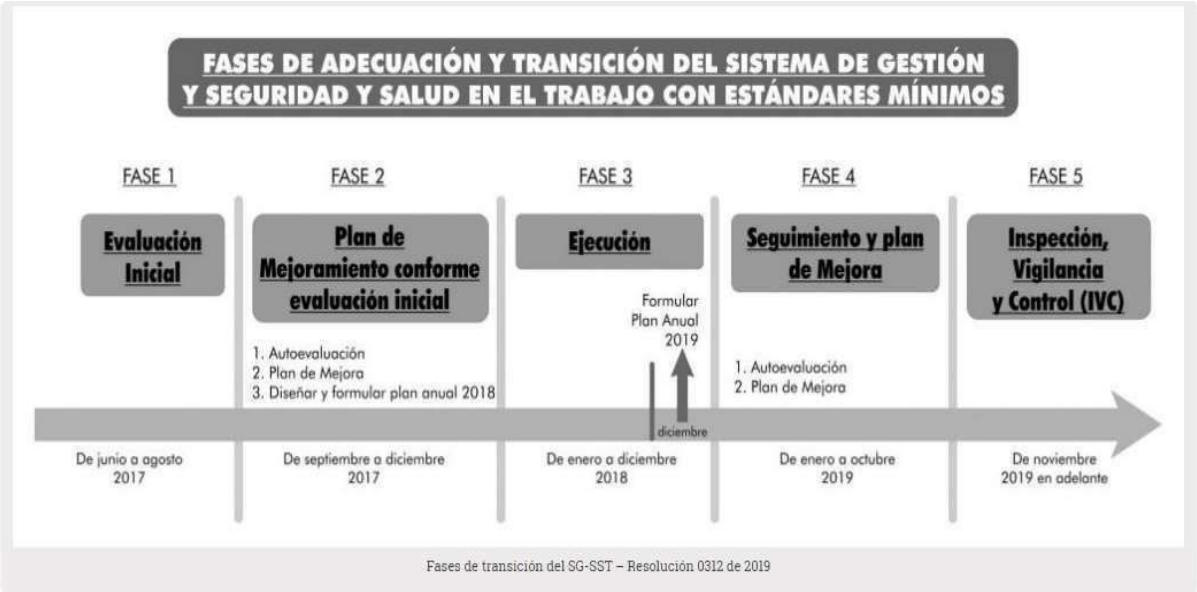
Nuestra empresa cumple con la asignación del responsable para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con los requisitos establecidos en la Resolución 0312 de 2019:

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE EMPRESA POR NÚMERO DE TRABAJADORES			
Marque con una X de acuerdo con el número de trabajadores (independientemente de su forma de contratación o vinculación) y de acuerdo a la clasificación del riesgo en la columna CLASIFICACIÓN (X)			
NÚMERO DE TRABAJADORES	**CLASIFICACIÓN DEL RIESGO**	**REQUISITOS RESPONSABLE SG-SST**	**CLASIFICACIÓN (X)**
Diez (10) o menos trabajadores	I, II ó III	▪ Podrá ser realizado por un técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o en alguna de sus áreas o por un tecnólogo en SST, profesional en SST y profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia vigente en SST. ▪ Acreditar mínimo un (1) año de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo. ▪ Acredite la aprobación del curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Acredite la aprobación del curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años. **NOTA**: Las personas que solo cuentan con el curso virtual de cincuenta (50) horas y veinte (20) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo, están facultadas para administrar y ejecutar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo en las empresas de diez (10) o menos trabajadores clasificados en riesgo I, II ó III, pero no pueden diseñar dicho sistema, en concordancia con lo señalado en la Resolución 4927 de 2016 del Ministerio del Trabajo.	
Once (11) a cincuenta (50) trabajadores	I, II ó III	▪ Podrá ser realizado por un tecnólogo en SST o en alguna de sus áreas. ▪ Debe contar con licencia vigente en SST. ▪ Acreditar mínimo dos (2) años de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Deben contar con el curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años.	**X**

Cincuenta (50) o menos trabajadores	IV ó V	▪ Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia en SST vigente ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST	
Más de cincuenta (50) trabajadores	I, II, III, IV ó V	▪ Podrá ser realizado por un profesional en SST o profesional con posgrado en SST. ▪ Debe contar con licencia en SST vigente ▪ Debe contar con el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas en SST. ▪ Deben contar con el curso de actualización de la capacitación virtual de veinte (20) horas en SST, el cual se debe realizar cada tres (3) años	

NOTA: Anexe a esta certificación los soportes documentales del responsable de SG-SST en su organización.

Así mismo certifico que a la fecha nos encontramos en la fase de *Seguimiento y plan de mejora*, conforme a lo establecido en la Resolución 0312 de 2019, en su Artículo 25:



Fases de transición del SG-SST – Resolución 0312 de 2019

La Dirección General de Sanidad Militar dentro de sus políticas establece un cumplimiento en la Evaluación de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo, igual o superior al 60% (Moderadamente Aceptable), de acuerdo con los criterios de valoración de la Resolución 0312 de 2019, Articulo 28.

RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Art. 28	
CRITERIO	**VALORACIÓN**
Puntaje obtenido menor al 60%	CRITICO
Puntaje obtenido entre el 60% y el 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE
Puntaje obtenido mayor o igual al 85%	ACEPTABLE

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Certificación de cumplimiento del SGSST para proveedores DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-92
	Vigente	Marzo de 2023

Doy fe que a la fecha hemos evaluado y calificado los ítems - Tabla de Valores de los Estándares Mínimos contenidos en el Artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019 de acuerdo con el número de trabajadores de nuestra organización, con un porcentaje de cumplimiento del **100** %.

Teniendo en cuenta lo anterior en caso de requerirse estaremos dispuestos a recibir visita de verificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del contratante.

La presente se firma a los 28

dias del mes de enero 2026



RODRIGO ORTIZ MONSALVE
C.C. 10.165.145

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en este documento se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia se configura como falsedad en documento público.

FAC-S-2026-032101-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2026-032101-CI del 13 de febrero de 2026 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-ESM5117

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

Asunto: SOLICITUD AUTORIZACION PARA PAGO CORTE DICIEMBRE, CONTRATO No.006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

Respetuosamente me permito solicitar al señor Coronel Segundo Comandante y Ordenador del Gasto del Comando Aéreo de Combate No. 1, tenga a bien autorizar el noveno pago parcial correspondiente a el contrato No. 006-00- MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025, cuyo objeto es: " PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESALUD,TERAPIAINTEGRAL INTRAMURAL Y/O EXTRAMURAL PARA ELTRATAMIENTOTERAPÉUTICOPRESCRITO DENTRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑASYADOLESCENTES CONDISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LASFUERZASMILITARES YUSUARIOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, ASIGNADOSALESTABLECIMIENTODE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATENo.1,SEGÚN FICHATÉCNICA ".

Lo anterior, debido a que con fecha 11/02/2026, se emitió concepto inicial para pago por parte del área de auditoría de cuentas médicas.

Cordialmente,

Subteniente YERLIS KARINA BONET CABARCAS
Especialista Ruta Atención Integral En Salud

Anexo: Número de folios (si los hay)
MY. GOMEZ / ESM5117; CT. CASTEBLANCO / DECOP; AA14. PAEZ / DECOP; ST. VASQUEZ / CONTRA; T3. BELTRAN / CONTRA

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



La Dorada, 28 de enero de 2026

Señores
Comando Aéreo de Combate Nro. 1
Establecimiento de Sanidad -ESM
Puerto Salgar, Cundinamarca.

Asunto: Radicación cuenta de cobro Nro. 0038 ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S NIT 900.520.772-3.

Me permito remitir la radicación de la cuenta nro 0038 mediante contrato No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025.

VALOR TOTAL ($1.239.000)
SON : UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PMIL PESOS MCTE
CANTIDAD FACTURAS ENVIADAS 12
SE ANEXA:
CERTIFICACION BANCARIA
CERTIFICACION PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL
PLANILLA DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL
CUENTA COBRO NRO 038
RIPS

CLAUDIA VANEGAS POVEDA
COORDINADORA ADMINISTRATIVA
Correo: clinicaarmony@gmail.com
Calle 8 nro 10-10 B/ villa del palmar
Celular 3226239010