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:** 21/09/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 89173

23	6	2026

HORA: 3:18 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
10	[937001] - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL	30,000	300,000

APROBADA

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

Paciente: USUARIO: MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL TI: 1054571121

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

RECIBIDO USUARIO
ARMONY COMPROBANTE
NIt. 900 620 772-3
VERIFICAR FIRMA

Fecha

D	M	A

Recibi CC y sello

CUFE: 6ee728e28634584712dbab63d28c0ce942e7a0c53ac996f037444d9bbff4e5d4d478f1306cd10b04e76f072711c4f257

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 - 89173

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Solicitud	F Exámen	Tipo Exámen	
58857	TI 1054571121	MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL	2026-04-1307913	05/05/2026	27/05/2026	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 900.520.772-3					GESTION DE CALIDAD
					VERSION:2
					FECHA: 01/12/2020
NOMBRE DEL PACIENTE:	MIGUEL ANGEL MESTIZO				PAGINA: 1 DE 1
TIPO IDENTIFICACION:		NUMERO IDENTIFICACION	1054571121		ELADORO: G.VP.
ENTIDAD ASEGURADORA :			CANTIDAD TERAPIAS:	ORDEN SERVICIOS Y AUTORIZACION NO:	
FISICA / RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA			

FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS					FECHA INICIO TERAPIAS	
NRO SESION	FECHA ATENCION	HORA INICIO	HORA TERMINA	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE	PARENTESCO
1	05-05-26.	5:00	5:30		1054558100	mamá
2	06-05-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
3	8-05-26.	5:00	5:30		1054558100	mamá
4	12-05-26	5:00	5:30.		1054558100	mamá
5	13-05-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
6	19-05-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
7	20-5-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
8	22-5-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
9	26-5-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
10	27-5-26	5:00	5:30		1054558100	mamá
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 1054558100

CELULAR 3105379952.

PROFESIONAL QUE ATIENDE FIRMA Y SELLO

Fecha generación: 17/04/2026 16:52:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2026-04-1307913 FECHA SOLICITUD: 4/17/26, 11:12 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL ANGEL MESTIZO GUARNIZO
DOCUMENTO: 1054571121
MUNICIPIO: LA DORADA
DEPARTAMENTO: CALDAS
ESM ADSCRIPCIÓN: COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
CODIGO ESM O 255728511782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: SV
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / MARIA MENDEZ
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNOSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	Impresión Diagnóstica
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: ARMONY CLINICA DE ESTETICA Y CIRUGIA PLASTICA
CODIGO ESM O UPGD: 173800197201
NÚMERO DE CONTRATO: 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782 202
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-2026-04-1307913	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	72	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: Se autoriza JEFSA FAC a partir de la fecha 17/ABR/2026 de acuerdo a la verificación de orden médica. Servicio no ofertado en red interna. Sujeto a verificación por el área de cuentas médicas.
OBSERVACIÓN SOLICITUD: transcribe orden médica DR MENDEZ ALEXANDRA// PSIQUIATRA INFANTIL HOMIC DE FECHA 10-06-2025 QUIEN SOLICITA TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Observación: 3 VECES POR SEMANA, TERAPIAS INTEGRALES POR DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR 6 MESES, PACIENTE DE 8 AÑOS, SE SOLICITA ANULAR AUT-2025-10-3729433 Y AUTORIZAR en RED EXTERNA CONTRATADA EN LA REGIÓN ARMONY CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA S.A.S CONTRATO No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025TRANSCRIBE T1 RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CACOM1
FECHA DE VENCIMIENTO: 17/04/2027

AUTORIZADA POR:

LAURA CAMILA FRANCO VARGAS
1070985399

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence. 17/04/2027

EVOLUCIONES

TI: 1054571121 Nombre del Paciente: MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL Edad: 8 AÑOS 11 Nº 1003

5 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA EN LABIOS, MEJILLAS Y ZONA PERIORAL, FAVORECIENDO LA ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR Y LA MODULACIÓN SENSORIAL, TENIENDO EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, SE OBSERVA ADECUADA TOLERANCIA PROGRESIVA A LA ESTIMULACIÓN, POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL CON DISPOSITIVOS DE RESISTENCIA SUAVE, PROMOVIENDO CIERRE LABIAL ACTIVO MEDIANTE REPETICIONES CORTAS Y APOYO VISUAL E IMITACIÓN, A NIVEL LINGUAL SE IMPLEMENTA ESTIMULACIÓN INTRAORAL CONTROLADA PARA TRABAJAR PROTRUSIÓN Y ELEVACIÓN CON REFUERZOS POSITIVOS, SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO UTILIZANDO ELEMENTOS LÚDICOS PARA MANTENER LA ATENCIÓN, FINALIZANDO CON ENTRENAMIENTO DE RESPIRACIÓN NASAL MEDIANTE ACTIVIDADES GUIADAS Y ESTRUCTURADAS.



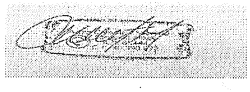
6 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE CONTINÚA CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL REGULADA MEDIANTE APARATOLOGÍA, PRIORIZANDO LA ORGANIZACIÓN SENSORIAL Y DISMINUCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD, SEGUIDO DE EJERCICIOS DE COORDINACIÓN OROFACIAL BÁSICA CON APOYO VISUAL Y MODELADO CONSTANTE, SE TRABAJAN MOVIMIENTOS LABIALES DE APERTURA Y CIERRE CON RESISTENCIA SUAVE, ASÍ COMO MOVIMIENTOS LINGUALES GUIADOS, OBSERVÁNDOSE NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO, SE INCORPORAN ACTIVIDADES DE SOPLO CONTROLADO MEDIANTE JUEGOS ESTRUCTURADOS PARA FAVORECER LA PARTICIPACIÓN, FINALIZANDO CON PRÁCTICA DE DEGLUCIÓN FUNCIONAL SUPERVISADA ASEGURANDO ADECUADA POSICIÓN LINGUAL.



8 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON RUTINA ESTRUCTURADA Y APOYO VISUAL PARA FACILITAR ANTICIPACIÓN, SEGUIDO DE ESTIMULACIÓN PROPIOCEPTIVA EN ZONA OROFACIAL, POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL MEDIANTE DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS CON REFUERZOS POSITIVOS INMEDIATOS, A NIVEL LINGUAL SE TRABAJAN MOVIMIENTOS DE LATERALIZACIÓN Y ELEVACIÓN CON APOYO TÁCTIL, SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO CON VARIACIÓN DE INTENSIDAD UTILIZANDO MATERIAL LÚDICO PARA MANTENER LA MOTIVACIÓN, FINALIZANDO CON ENTRENAMIENTO RESPIRATORIO NASAL EN ACTIVIDADES CORTAS Y REPETITIVAS.

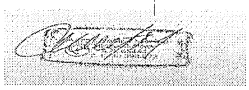


12 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

EVOLUCIONES

TI: 1054571121 Nombre del Paciente: MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL Edad: 8 AÑOS 11 Nº 1003

SE DESARROLLA SESIÓN ENFOCADA EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL Y MOTORA, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN VIBRATORIA CONTROLADA, POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN LABIAL Y LINGUAL CON APOYO DE APARATOLOGÍA Y MODELADO, SE TRABAJA SELLO LABIAL SOSTENIDO CON RESISTENCIA SUAVE, ASÍ COMO PROTRUSIÓN LINGUAL DIRIGIDA, SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO FUNCIONAL MEDIANTE JUEGOS ESTRUCTURADOS, FINALIZANDO CON PRÁCTICA DE DEGLUCIÓN FUNCIONAL SUPERVISADA Y RESPIRACIÓN NASAL.



13 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL ADAPTADA A LA RESPUESTA DEL PACIENTE, PRIORIZANDO ZONAS PERIORALES, SEGUIDO DE EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL CON APOYO DE DISPOSITIVOS Y REFUERZOS POSITIVOS, A NIVEL LINGUAL SE TRABAJAN MOVIMIENTOS DIRIGIDOS CON APOYO VISUAL Y TÁCTIL, OBSERVÁNDOSE MEJOR PARTICIPACIÓN, SE INCORPORAN ACTIVIDADES DE SOPLO CONTROLADO PARA FAVORECER COORDINACIÓN RESPIRATORIA, FINALIZANDO CON EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN NASAL EN RUTINA ESTRUCTURADA.



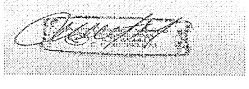
19 de mayo de 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE CONTINÚA CON RUTINA TERAPÉUTICA PREDECIBLE, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN PROPIOCEPTIVA, POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN OROFACIAL CON APOYO DE APARATOLOGÍA, ENFOCADOS EN MEJORAR DISOCIACIÓN DE MOVIMIENTOS, SE TRABAJA SELLO LABIAL Y PRESIÓN LINGUAL CON RESISTENCIA SUAVE, SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO MEDIANTE ELEMENTOS LÚDICOS, FINALIZANDO CON PRÁCTICA DE DEGLUCIÓN FUNCIONAL SUPERVISADA.



20 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE EJECUTA SESIÓN ENFOCADA EN EL FORTALECIMIENTO Y AUTOMATIZACIÓN, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN SENSORIAL, SEGUIDO DE EJERCICIOS REPETITIVOS DE LABIOS Y LENGUA CON APOYO VISUAL, SE OBSERVA MEJOR CONTROL EN LA EJECUCIÓN, SE INCORPORAN ACTIVIDADES DE SOPLO Y SUCCIÓN CONTROLADA PARA MEJORAR COORDINACIÓN, FINALIZANDO CON ENTRENAMIENTO RESPIRATORIO NASAL.

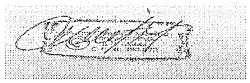


22 de mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

EVOLUCIONES

TI: 1054571121 Nombre del Paciente: MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL Edad: 8 AÑOS 11 Nº 1003

SE FINALIZA CICLO DE INTERVENCIÓN CON SESIÓN INTEGRAL, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN PROPIOCEPTIVA Y ORGANIZACIÓN SENSORIAL, POSTERIORMENTE SE REALIZAN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN OROFACIAL CON MAYOR AUTONOMÍA DEL PACIENTE, SE TRABAJA FORTALECIMIENTO LABIAL Y LINGUAL CON MENOR APOYO, SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO FUNCIONAL Y DEGLUCIÓN SUPERVISADA, FINALIZANDO CON RESPIRACIÓN NASAL EN DIFERENTES CONTEXTOS PARA FAVORECER GENERALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOGROS.



EVOLUCIONES

TI: 1054571121 Nombre del Paciente: MESTIZO GUARNIZO MIGUEL ANGEL Edad: 8 AÑOS 11 Nº 1090

26 de Mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

SE INICIA LA SESIÓN CON RUTINA ESTRUCTURADA Y APOYO VISUAL PARA FACILITAR LA ANTICIPACIÓN DE ACTIVIDADES Y MEJORAR LA REGULACIÓN CONDUCTUAL DEL PACIENTE DURANTE LA INTERVENCIÓN. POSTERIORMENTE SE REALIZA ESTIMULACIÓN PROPIOCEPTIVA EN ZONA OROFACIAL MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA Y TÁCTIL EN LABIOS, MEJILLAS Y REGIÓN PERIORAL, FAVORECIENDO LA ACTIVACIÓN MUSCULAR Y LA CONCIENCIA CORPORAL. SE CONTINÚA CON EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL MEDIANTE DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS DE RESISTENCIA MEDIA, PROMOVIENDO EL CIERRE LABIAL SOSTENIDO, LA ESTABILIDAD PERIORAL Y EL CONTROL DEL TONO MUSCULAR, REFORZANDO POSITIVAMENTE CADA LOGRO. A NIVEL LINGUAL SE TRABAJAN MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO TÁCTIL Y GUÍA VISUAL, BUSCANDO MEJORAR LA PRECISIÓN, COORDINACIÓN Y CONTROL MOTOR FUNCIONAL. SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO CON VARIACIÓN DE INTENSIDAD UTILIZANDO MATERIAL LÚDICO TERAPÉUTICO, FAVORECIENDO LA COORDINACIÓN FONO-RESPIRATORIA Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE.



27 de Mayo del 2026 5:00pm - AURA MERINO:

E REALIZA ESTIMULACIÓN PROPIOCEPTIVA . OROFACIAL MEDIANTE APARATOLOGÍA VIBRATORIA EN LABIOS, MEJILLAS Y MENTÓN, PROMOVIENDO ACTIVACIÓN NEUROMUSCULAR Y MEJORA DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL. SE CONTINÚA CON EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO LABIAL MEDIANTE DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS DE RESISTENCIA MEDIA-ALTA, REFORZANDO EL CIERRE LABIAL SOSTENIDO, LA ESTABILIDAD PERIORAL Y EL CONTROL DEL TONO MUSCULAR, CON REFUERZO POSITIVO INMEDIATO PARA MANTENER LA MOTIVACIÓN. A NIVEL LINGUAL SE EJECUTAN EJERCICIOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIZACIÓN CON APOYO TÁCTIL Y VISUAL, FAVORECIENDO LA COORDINACIÓN MOTORA, LA PRECISIÓN Y EL CONTROL DE LA MOVILIDAD LINGUAL. SE INCORPORAN EJERCICIOS DE SOPLO CON VARIACIÓN DE INTENSIDAD UTILIZANDO MATERIAL LÚDICO TERAPÉUTICO, PROMOVIENDO LA COORDINACIÓN RESPIRATORIA Y EL MANTENIMIENTO DEL INTERÉS DURANTE LA SESIÓN

