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:** 15/09/2026 **Plazo(dias):** 90

Nº FELE - 88891

17 | 6 | 2026

HORA: 6:25 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: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL RC: 1054573999

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

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

Fecha

D	M	A

Recibi CC y sello

CUFE: bfa46f436ca19fc05de787c3cc82fb391c42ef8453ad01e83674ca5252912132e3708fb55af2dac6d7687d7652444398

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 - 88891

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Solicitud	F Exámen	Tipo Exámen
59963	RC 1054573999	ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL	2026-04-1139911	15/04/2026	29/04/2026	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
SubTotal	**120,000**
Total a Pagar	**120,000**

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

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

RESOLUCION 2884/2023 ANEXO TECNICO 1.

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

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

FECHA:	15 DE ABRIL DE 2026
PACIENTE:	ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL
IDENTIFICACIÓN:	RC 1054573999
SERVICIO/PROCEDIMIENTO	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL (937001)
ENTIDAD:	FAC
NRO ORDEN SERVICIOS	58455
PROFESIONAL QUE PRESTA AL SERVICIO	DRA AURA MERINO

- Mamá Pa Mar 30386728
- NANA

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

F804

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:		ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL				PAGINA: 1 DE 1
TIPO IDENTIFICACION:		RC	NUMERO IDENTIFICACION	1054573999		ELABORO: C.V.P.
ENTIDAD ASEGURADORA :		FAC		CANTIDAD TERAPIAS: 10	ORDEN SERVICIOS Y AUTORIZACION NO:	58454 2026-04-1139911
FISICA	RESPIRATORIA	OCUPACIONAL	FONOAUDIOLGIA			
FORMATO CONTROL ASISTENCIA TERAPIAS					FECHA INICIO TERAPIAS	15/04/2026

NRO SESION	FECHA ATENCION	HORA INICIO	HORA TERMINA	FIRMA DEL USUARIO / RESPONSABLE	DOCUMENTO IDENTIDAD RESPONSABLE	PARENTESCO
1	15-04-26	4:30	5:00		C 30380720	
2	16-04-26	4:30	5:00		C 30380720	
3	22-04-26	4:30	5:00		C 30380720	
4	29-04-26	4:30	5:00		C 30380720	
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 C 30380720

CELULAR

PROFESIONAL QUE ATIENDE **FIRMA Y SELLO**

Aura Cristina Merino
Fonoaudióloga
C.C. 30.390.672

Fecha generación: 08/04/2026 16:01:12

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-04-1139911 **FECHA SOLICITUD:** 4/7/26, 3:51 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES
DOCUMENTO: 1054573999
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: CR
FUERZA: FAC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / NURYS JULIA ORTIZ ORTIZA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Pediatria - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	Impresión Diagnóstica
R468	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA APARIENCIA Y EL COMPORTAMIENTO	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-2026-04-1139911	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	937001		Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: Se autoriza JEFSA FAC a partir de la fecha 07/04/2026 de acuerdo a la verificación de orden médica. Se autoriza al ARMONY CINICA DE ESPECIALISTAS CONTRATO No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM117782-2025. Se direcciona a entidad solicitada según observación de la solicitud. Sujeto a verificación por el área de cuentas médicas.

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PREESCOLAR DE 4 AÑOS, 11 MESES DE EDAD, FRUTO DE GESTACI NO CONTROLADA, VIOLENCIA DURANTE GESTACION, PARTO VAGINAL A TERMINO, CON ANTECENTE FAMILIAR MADE CON DICAPACIDA COGNITIVA Y HERMANO CO RETRASO DEL LENGUAJE, CURSA CON DIFICULTAD EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, HIEPRACTIVIDAD Y ALTERACION SENSORIAL,REQUIERE DE TERAPIA DEL LENGUAJE , ARMONY CINICA DE ESPECIALISTAS CONTRATO No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM117782-2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 07/04/2027

- Magda R. M
- NaNa. 30.386718

Fecha y hora de generación: 25/03/2026 11:02:37

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2026-03-132804 **FECHA Y HORA DE** 3/18/26, 1:30 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANGEL GABRIEL ZAPATA MONTES
TIPO DE DOCUMENTO: RC
DIRECCIÓN: CL 6 5 61
CORREO ELECTRÓNICO: zjeannettecelene@yahoo.com.co
MUNICIPIO: LA DORADA
REGIONAL: CENTRO
GRADO: CR
ENTIDAD COMANDO AEREO DE COMBATE NO 01 - FAC
GRUPO DE SERVICIO: Consulta externa

FECHA DE NACIMIENTO: 23/04/2021
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1054573999
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: CALDAS
CÓDIGO ESM O UPGD: 255728511782
ESTADO: Activo
FUERZA: FAC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapia Ocupacional (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 04 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR PEDITRRIA POR TRASTONRO DEL HABLA Y SOSPECHA DE TEASE SOLICITA 10 SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL FAVOR AUTORIZAR PARA CONTRATO TERAPIA INTEGRAL CON CAPACIDADES DIVERSAS CONTRATO 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	Fonoaudiologia y/o Terapia del Lenguaje (ADCT) - SSFM	10

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 04 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR PEDITRRIA POR TRASTONRO DEL HABLA Y SOSPECHA DE TEASE SOLICITA 10 SESIONES DE TERAPIA FONOAUDIOLOGIA FAVOR AUTORIZAR PARA CONTRATO TERAPIA INTEGRAL CON CAPACIDADES DIVERSAS CONTRATO 006-00-MDN-CGFM-DIGSAFACJEFSA-CACOM1-ESM11782-2025

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

" ES PARA LAS TERAPIAS"

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 04 ANOS EN SEGUIMIENTO POR PEDITRRIA POR TRASTONRO DEL HABLA Y SOSPECHA DE TEA, HERMANO CON AUTISMO MADRE CONSULTA PARA CARGUE DE ORDENES MEDICAS INDICADAS POR PEDIATRA EXTRAINSTITUCIONAL ADICIONALMENTE PACIENTE VALORADO POR NEUROPEDIATRIA EL 26/09/2025 EXTRAINSTITUCIONAL DRA SANDRA PTRICIA MANCILLA ROSAS INDICA 40 SESIONES DE TERAPIA DEL LENGUAJE Y 40 SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL MOMETO MDRE DE MENOR QUE ASISTE CON MENOR REFIERE EN EL MOMENTO ASINTOMATICO

EXÁMENES FÍSICOS

Condiciones generales:PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CABEZA NORMOCEFALO CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, NO SE PALPAN ADENOPATIAS. OROFARINGE: MUCOSA ORAL HUMEDA, NO SE EVIDENCIA HIPERTROFIA AMIGDALINA. ORL: TABIQUE NASAL INTEGRO, FOSAS NASALES NORMALES. OIDOS: PABELLON AURICULAR ADECUADA IMPLANTANCIÓN, OTOSCOPIA CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SIN LESIONES, SE OBSERVA MEMBRANA TIMPANICA CONO LUMINOSO, GRIS PERLADA, INTEGRA. OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, REFLEJO PUPILAR NORMOREACTIVO A LA LUZ, REFLEJO DE ACOMODACIÓN ADECUADO,TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO TIRAJES, NO ESTERTORES PULMONARES ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS O MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE Y ADECUADO EN FRECUENCIA E INTENSIDAD. EXTREMIDADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS, LLENADO CAPILAR

EVOLUCIONES

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 5 AÑOS 1 M Nº 996

15 de Abril del 2026 4:30pm - AURA MERINO:

SE REALIZA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INICIANDO CON ACTIVIDADES DE CALENTAMIENTO MEDIANTE MASAJES EXTRA E INTRAORALES EN LABIOS, MEJILLAS Y LENGUA PARA FAVORECER TONO Y SENSIBILIDAD, SEGUIDO DE EJERCICIOS ACTIVOS DIRIGIDOS COMO PROTRUSIÓN Y RETRACCIÓN LABIAL, INFLADO DE MEJILLAS CON CONTROL DE AIRE Y MOVILIDAD LINGUAL EN DIFERENTES DIRECCIONES, APOYADO CON USO DE ESPEJO PARA FORTALECER LA CONCIENCIA CORPORAL; SE IMPLEMENTA APARATOLOGÍA MIOFUNCIONAL SEGÚN TOLERANCIA DEL PACIENTE, PROMOVIENDO SU USO ADECUADO A TRAVÉS DE INDICACIONES LÚDICAS, POSTERIORMENTE SE REFUERZA EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE NOMINACIÓN DE IMÁGENES FAMILIARES, IMITACIÓN DE PALABRAS BISÍLABAS Y PRODUCCIÓN DE SÍLABAS DIRECTAS, BRINDANDO MODELADO CONSTANTE Y REFUERZO POSITIVO ANTE CADA INTENTO COMUNICATIVO.

16 de Abril del 2026 4:30pm - AURA MERINO:

SE REALIZA INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA CON ÉNFASIS EN FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA OROFACIAL, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN PASIVA Y ACTIVA A TRAVÉS DE MASAJES FACIALES Y ORALES PARA MEJORAR TONICIDAD Y PROPIOCEPCIÓN, CONTINUANDO CON EJERCICIOS DE SOPLO CONTROLADO UTILIZANDO ELEMENTOS LÚDICOS (BOMBAS, SILBATOS) Y PRAXIAS BUCOFACIALES COMO SONRISAS SOSTENIDAS, BESOS PROLONGADOS Y ELEVACIÓN LINGUAL, FAVORECIENDO COORDINACIÓN Y PRECISIÓN; SE DA CONTINUIDAD AL USO DE APARATO MIOFUNCIONAL CON SUPERVISIÓN DIRECTA, PROMOVIENDO MAYOR TIEMPO DE TOLERANCIA, Y SE TRABAJA EL COMPONENTE DE LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE IMITACIÓN DE PALABRAS FUNCIONALES, ASOCIACIÓN IMAGEN-PALABRA Y EMISIÓN DE SÍLABAS EN SECUENCIA, REFORZANDO LA INTENCIÓN COMUNICATIVA MEDIANTE ESTRATEGIAS DE JUEGO DIRIGIDO.

22 de Abril del 2026 4:30pm - AURA MERINO:

SE DESARROLLA SESIÓN ORIENTADA A ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL, INICIANDO CON ACTIVACIÓN SENSORIAL MEDIANTE MASAJES INTRA Y EXTRAORALES PARA REGULACIÓN DEL TONO MUSCULAR, SEGUIDO DE EJERCICIOS ACTIVOS COMO RESISTENCIA LABIAL CON ELEMENTOS, CONTROL DE SALIDA DE AIRE Y MOVILIDAD LINGUAL GUIADA, UTILIZANDO APOYO VISUAL FRENTE AL ESPEJO PARA MEJORAR LA EJECUCIÓN; SE MANTIENE USO DE APARATOLOGÍA MIOFUNCIONAL SEGÚN TOLERANCIA, OBSERVÁNDOSE MEJOR ADAPTACIÓN, POSTERIORMENTE SE INTERVIENE EL LENGUAJE EXPRESIVO MEDIANTE REPETICIÓN DE PALABRAS BISÍLABAS, INTENTO DE PRODUCCIÓN DE FRASES CORTAS FUNCIONALES Y NOMINACIÓN DE OBJETOS DEL ENTORNO, FAVORECIENDO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y REFORZANDO LOGROS DE MANERA INMEDIATA.

29 de Abril del 2026 4:30pm - AURA MERINO:

ARMONY, CLINICA DE ESPECIALISTAS Y CIRUGIA SAS

NIT. 900520772-3

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

EVOLUCIONES

RC: 1054573999 Nombre del Paciente: ZAPATA MONTES ANGEL GABRIEL Edad: 5 AÑOS 1 M Nº 996

SE REALIZA SESION ENFOCADA EN OPTIMIZAR FUNCIONES OROFACIALES Y HABILIDADES EXPRESIVAS, INICIANDO CON ESTIMULACIÓN MIOFUNCIONAL MEDIANTE MASAJES FACIALES Y ORALES PARA MANTENER TONO Y SENSIBILIDAD ADECUADOS, CONTINUANDO CON EJERCICIOS DE SOPLO DIRIGIDO, PRAXIAS BUCOFACIALES COMPLEJAS COMO ALTERNANCIA DE MOVIMIENTOS LABIALES Y LINGUALES Y CONTROL DE FUERZA MUSCULAR, APOYADO CON RETROALIMENTACIÓN VISUAL; SE REFUERZA EL USO DE APARATO MIOFUNCIONAL CON MAYOR TIEMPO DE EMPLEO DURANTE LA SESIÓN, Y SE FORTALECE EL LENGUAJE EXPRESIVO A TRAVÉS DE ACTIVIDADES DE NOMINACIÓN, IMITACIÓN DE PALABRAS Y COMBINACIÓN DE SÍLABAS PARA FORMAR PALABRAS SIMPLES, INCENTIVANDO LA ESPONTANEIDAD COMUNICATIVA Y UTILIZANDO REFUERZO POSITIVO CONSTANTE.