MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA

Al contestar, cite este número

Radicado N°2026346015475356: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMTOL

Lugar y fecha: TOLEMAIDA, Octubre 13 del 2026

Intervienen: **MY WILMER MANUEL RICO ALBARRACIN**
ORDENADOR DEL GASTO
SS MIGUEL ANTONIO ARIAS CADENA
SUPERVISOR CONTRATO 198-DMTOL-2026

Asunto : ACTA DEL RECIBO A SATISFACCIÓN POR EL CONTRATO DE CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES SUSCRITOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATÉLITES, DURANTE LA VIGENCIA 2026.

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO Nº	198-DMTOL-2026
FECHA DE CONTRATO	21 de Julio del 2026
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES SUSCRITOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATÉLITES, DURANTE LA VIGENCIA 2026.
CONTRATISTA	AUDIOSALUD INTEGRAL S.A.S
SUPERVISOR	SS MIGUEL ANTONIO ARIAS CADENA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$35.000.000,00
VALOR CANCELAR	$1.109.000,00
FECHA DE ENTREGA:	**05 de Octubre del 2026**
FACTURA	181450
PLAZO DE EJECUCION	15 de Noviembre del 2026
FECHA DE INICIACION:	21 de Julio del 2026

En Tolemaida el 13 de Octubre del 2026 el señor SS MIGUEL ANTONIO ARIAS CADENA- como supervisor del contrato efectuó el correspondiente recibo a satisfacción del servicio, objeto del Contrato Nº 198-DMTOL-2026 descrito en la cláusula primera del mismo que se cumplió con los requerimientos exigidos dentro de las normas y especificaciones del contrato, de igual forma dentro del plazo contractual establecido.

INFORME No.5 Octubre 13 del 2026			$ 1.109.000,00	
INFORME No.6 Octubre 13 del 2026			$ 1.109.000,00	
INFORME No.7 Octubre 13 del 2026			$ 1.109.000,00	
TOTAL	$ 35.000.000,00	$ -	$ 7.763.000,00	$ 27.237.000,00
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	22%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO		22%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS		22%

7: PAGOS EFECTUADOS

CONCEPTO DE PAGO Y FECHA:		VALOR PAGADO EN EL MES:	

CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES SUSCRITOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATÉLITES, DURANTE LA VIGENCIA 2026.

7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO	DEBE	HABER
V/R. CONTRATO	$ 35.000.000,00	$ -
PRIMERA ADICION	$ -	$ -
REDUCCION PRESUPUESTO	$ -	$ -
VALOR FACTURADO	$ -	$ 7.763.000,00
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA	$ -	$ -
VALOR SALDO CONTRATO	$ -	$ 27.237.000,00
SUMAS IGUALES	$ 35.000.000,00	$ 35.000.000,00

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA	ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
1	ACTA A SATISFACCION No.1 Octubre 13 del 2026	2026346015465726	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
2	ACTA A SATISFACCION No.2 Octubre 13 del 2026	2026346015468196	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
3	ACTA A SATISFACCION No.3 Octubre 13 del 2026	2026346015469186	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
4	ACTA A SATISFACCION No.4 Octubre 13 del 2026	2026346015470296	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
5	ACTA A SATISFACCION No.5 Octubre 13 del 2026	2026346015471296	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
6	ACTA A SATISFACCION No.6 Octubre 13 del 2026	2026346015474746	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
7	ACTA A SATISFACCION No.7 Octubre 13 del 2026	2026346015475356	13/10/2026	SI	$ 1.109.000,00
					$ 7.763.000,00

PORCENTAJE EJECUCIÓN FÍSICA % 22%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL **CONTRATO No. 198-DMTOL-2026** SE RECIBIO LA SIGUIENTE **FACTURA** No. 181450 DE LA EMPRESA AUDIOSALUD INTEGRAL S.A.S NIT 900202290-1 CESAR JEOVANY MONTAÑO GOMEZ CC 79.647.552 REVISADAS POR EL SUPERVISOR SS MIGUEL ANTONIO ARIAS CADENA DEL CONTRATO EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE

1 FACTURA No. 181450

EJECUCIÓN FINANCIERA **22%** **EJECUCION FISICA** **22%**

11. ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS APORTADOS POR EL CONTRATISTA, FACTURA, CERTIFICACION BANCARIA, CEDULA REPRESENTANTE LEGAL, PLANILLA PAGO DE PARAFISCALES, CERTIFICACION DEL CONTADOR

SS MIGUEL ANTONIO ARIAS CADENA

AudioSalud Integral
vida para sus oídos

NIT 900202290

Dirección: CL 63 21 48 - BOGOTA (COLOMBIA)

Teléfono: 3173671372 - 3146081714

Email: facturacionelectronica@audiosaludintegral.com

Resolución DIAN No. 18764099637469 del 2025-10-03 RANGO 170001 A 200000 VIGENCIA DE 24 MESES MODALIDAD ELECTRÓNICA

(Esta factura de venta es un titulo valor Ley 1231 de Julio 17 de 2008. El pago no oportuno de esta factura causara intereses de mora por mes a la tasa máxima vigente.)

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO. - 181450

FECHA Y HORA DE LA FACTURA 2026-10-05 14:37:36

FECHA DE VENCIMIENTO: 2026-12-04

DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE: DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

DOCUMENTO: NIT 901540973-6 **SUCURSAL:** BOGOTA

NUM.CONTRATO:198-DMTOL-2026 **TELEFONO:** 6084784901

DIRECCION: KILOMETRO 3 VIA MELGAR - GIRARDOT

CORREO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: YEISON LEVI GUARIN ORTIZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1116271829

CANTIDAD	DESCRIPCION	No. AUTORIZACIÓN	VLR. UNITARIO	CPGOS/C.MODERADORA	VLR. TOTAL
1.00	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] COD. 954107	AUT-2026-08-3194877	1,109,000.00	0.00	109,000.00

CONCEPTO: AUDIFONO RETROAURICULAR (BTE) TECNOLOGÍA BÁSICA/ HANSATON WAVE 13 SP BEIGE SERIE OD 2527X1DC5

CODIGO QR

Emitido Por

AudioSalud Integral vida para sus oídos NIT: 900.202.290-1

SUBTOTAL:	1,109,000.00
IVA:	0.00
CPGOS/ C. MODERADORA:	0.00
RTE. FTE.:	0.00
RTE. ICA:	0.00
SALDO PENDIENTE DE PAGO:	1,109,000.00
GRAN TOTAL:	1,109,000.00

Cufe: 857061ee1366f8534c9ac3e6b125a9ed0880506a273f92806ef49526d6a90b11f131d34558b4e0fa7c98494c86a3fc3d

SON: Un Millón Ciento Nueve Mil Pesos M/CTE.

FORMA DE PAGO: CREDITO

QUIEN FACTURA: ANGIE ELIANA RICO LOZANO

81441

AudioSalud Integral vida para sus oídos	ACTA DE ENTREGA	Código: DC-AD-001 Versión: 0.3 Fecha: octubre de 2024 Pagina: 1 de 2

GENERALIDADES	
Ciudad y Fecha:	Girardot, Septiembre 25/26
Entidad que autoriza:	DISPENSARIO MÉDICO TOLEMAIDA

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo del paciente:	YEISON LEVI GUARIN ORTIZ
Tipo y No de Identificación:	1.116.271.829

DATOS DE LA ENTREGA	
Elemento:	AUDIFONO
Remision:	139
Orden de suministro:	25098

OIDO	DERECHO	IZQUIERDO
MARCA	HANSATON	N/A
REFERENCIA	WAVE 13 SP BEIGE	N/A
CODIGO	050-6906-P1	N/A
SERIE	2527X1DC5	N/A
MODELO	BTE	N/A

Dando cumplimiento al requerimiento aprobado, AUDIOSALUD INTEGRAL SAS, Le informo que el dispositivo o accesorio médico que usted acaba de recibir es una ayuda auditiva, la cual tiene como objetivo mejorar la audibilidad de los sonidos para que así mismo estos sean claros para usted, por tanto le recordamos que simplemente es una ayuda la cual no remplaza una audición normal.

El objetivo de realizar una amplificación es mejorar las condiciones auditivo - comunicativas a un estado funcional de acuerdo a las características propias de su perdida, las habilidades cognitivas y el funcionamiento de los procesos neurológicos necesarios para el reconocimiento y comprensión de los sonidos escuchados, es decir el éxito en la adaptación de los audífonos está supeditado a los beneficios propios de la prótesis y el estado biopsicosocial de cada usuario.

Sin embargo tenga en cuenta que como toda prótesis, los audífonos requieren un proceso de adaptación, que se compone de controles periódicos a los cuales usted debe asistir. Adicionalmente, sus audífonos necesitan mantenimiento preventivo cada 6 meses, el cual será gratuita durante el tiempo de garantía.

Elaboro: Laura Peña	Reviso: William Cano	Aprobó: Cesar Montaño
Coordinación de Calidad	Dirección Administrativa	Gerencia General

AudioSalud Integral-al vida para sus oídos	ACTA DE ENTREGA	**Código:** DC-AD-001 **Versión:** 0.3 **Fecha:** octubre de 2024 **Pagina:** 2 de 2

Para llevar a cabo la siguiente adaptación se certifica que se realiza capacitación en:	
Postura de dispositivo(s)	(✓)
Cambio de batería y correcta postura de la misma	(✓)
Manejo, uso y cuidado del dispositivo	(✓)
Procedimiento de limpieza del dispositivo	(✓)
También se certifica la entrega de:	
Tarjeta de garantía por (2 Años)	(✓)
Dos controles durante el tiempo de garantia	
Garantía para moldes por un mes	(✓)
Manual de instrucciones en español	(✓)
Estuche duro para almacenamiento de dispositivo	(✓)
Estuche protector de viaje	(✓)
Caja protectora	(✓)
2 Blister Baterías referencia ( )	(✓)
Deshumificador	(✓)
Cepillos de limpieza	(✓)
Paños de limpieza	(✓)
La garantía:	
Cubre mal funcionamiento del audífono por defectos del circuito	
No cubre defectos por mal uso como: humedad, sulfato por almacenar el audifono con la la batería dentro, daños al audífono y carcasa por colocar la batería al revés, golpes, entre otros	
No cubre perdida o robo	
Cubre programacion para una adecuada adaptación del audífono	
Cubre dos mantenimientos preventivos por cada año de garantía	
Recibo a satisfacción:	
Nombre de paciente o acudiante:	Yeison levi Guarin ortiz
Tipo y No de Identificación	1.116.271829
Teléfono:	3167684009
Firma:	Yeison Guarin
Firma del audiolog@:	

Diana Sánchez Triana
AUDIOLOGA UDM
RP-4371 NAI

Elaboro: Laura Peña Coordinación de Calidad	**Reviso:** William Cano Dirección Administrativa	**Aprobó:** Cesar Montaño Gerencia General

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Autorizaciones
	Código:
	Proceso:
	Vigente a partir de: Página 1 de 2

Fecha generacion: 02/09/2026 08:47:14

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2026-08-3194877 **FECHA SOLICITUD:** 3/30/26, 11:27 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: YEISON LEVI GUARIN ORTIZ
MUNICIPIO: TULUA
ESM ADSCRIPCIÓN: DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1116271829
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
CODIGO ESM O 25488853698C
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / LILLYANA STELLA BARRERO ULLOA
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otorrinolaringologia (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H908	HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA	Impresión Diagnóstica
H931	TINNITUS	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIOSALUD INTEGRAL SAS
NÚMERO DE CONTRATO: 198-DMTOL-2026
DIRECCIÓN: TV 21 # 47-76
DEPARTAMENTO: BOGOTA, D. C.

CODIGO ESM O UPGD: 1100119125-01
TELÉFONO: 3163296858
MUNICIPIO: BOGOTA, D.C.

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-08-3194877	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	954801		Audiología - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE GENERA AUTORIZACIÓN DE AUDÍFONO CONVENCIONAL SEGÚN EL ÍTEM 9 PARA OÍDO DERECHO, USUARIO ADSCRITO AL ESM DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA - EJC, ESTADO DE AFILIACIÓN ACTIVO AL MOMENTO DE GENERAR CARGUE, PACIENTE ACTIVO EN EL MOMENTO DE GENERAR AUTORIZACIÓN, SUJETO A VERIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA POR AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS Y PROFESIONAL DE LA EMPRESA AUDIOSALUD INTEGRAL S.A.S. NIT 900202290-1 DE ACUERDO AL CONTRATO N.° 198-DMTOL-2026. AUTORIZACIÓN EN LÍNEA
OBSERVACIÓN SOLICITUD: S/S AUDIFONO DE OIDO DERECHO
ORDEN EMITIDA EL 09/04/2026

FECHA DE VENCIMIENTO: 30/08/2027

AUTORIZADA POR:

ANGIE CAROLINA ZAPATA CORREA
1106896809

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 30/08/2027

Fecha generación: 02/09/2026 08:47:14

AudioSalud Integral	Formato de consentimiento informado	Código: SGC-FR-008
		Versión: 06 Fecha: julio de 2026
	Sistema de Gestión de Calidad	Página: 1 de 1

Yo Yeison Levi Guarin identificado con R.C ___ TI ___ CC X CE ___ PA ___ No: 1116271829 de Tulua manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo a **AUDIOSALUD INTEGRAL SAS.** a que me sea realizado el procedimiento denominado.

Toma de impresión	X	**Curetaje**	
Impedanciometria		**Electrococleografía**	

De igual modo he sido informado que se puede llegar a presentar alguna complicación durante o posterior al procedimiento, las cuales se describen a continuación:

1. Reacción alérgica a los materiales usados
2. Edema (inflamación) o equimosis (morado)
3. Sensación de adormecimiento en algunos puntos
4. Dolor, durante o después del procedimiento
5. Fractura del material dentro del canal auditivo
6. Laceración del canal auditivo
7. Atascamiento de la impresión por alteraciones de ATM o piercing
8. Sensación de mareo durante o después del procedimiento

Además, indico que:

1. Se me han presentado otras alternativas distintas o la opción de recibir tratamiento, con las consecuencias que esto me ocasionaría.
2. Entiendo completamente que durante y después del procedimiento contemplado, pueden aparecer condiciones que obliguen a un tratamiento adicional o alternativo pertinente a éxito del mismo.
3. Apruebo cualquier modificación para un óptimo resultado y entiendo que estos procedimientos pueden tener un costo adicional
4. He dado un reporte real de mi estado de salud físico y mental, a su vez libero de toda responsabilidad al profesional de las complicaciones que puedan surgir.

Certifico que he entendido amplia y suficientemente los puntos mencionados con anterioridad.

En constancia se firman en Girardot **a los** 3 **días del mes de** Sept **del año** 2026

- Cuando el paciente sea incapaz de firmar y otra persona firma por él, llene lo siguiente: Declare porqué el paciente no es capaz de dar consentimiento personalmente.

Menor___ **Estado mental** ___ **Otro**___ **¿Cual ¿**_____

Relación del firmante con el paciente_____

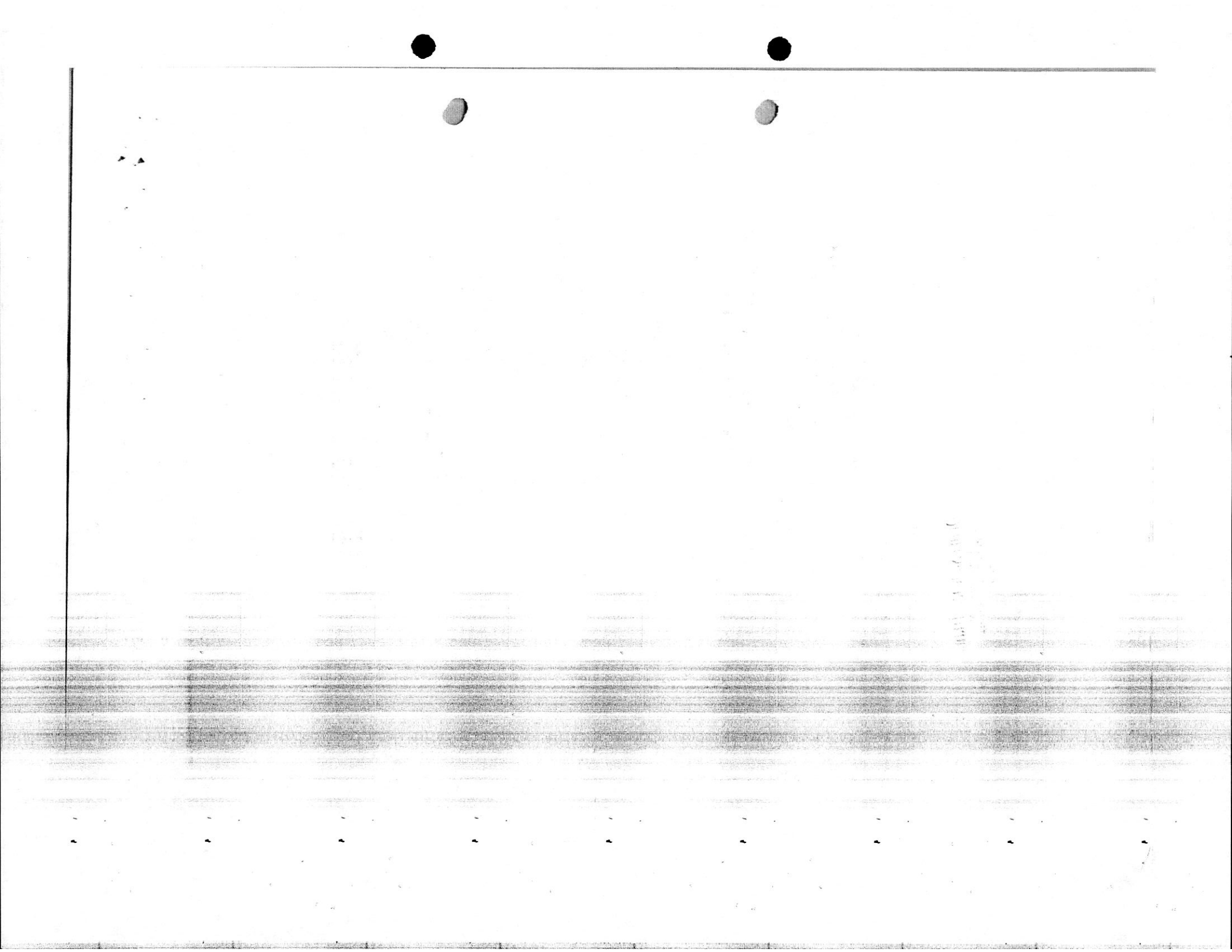
Si el paciente es un menor, nombre del padre o tutor_____

En caso de **NO** estar de acuerdo con el procedimiento firmo **DESISTIMIENTO INFORMADO:** _____

Nombre del usuario Yeison Levi Guarin O. **Nombre Profesional** Diana Sanchez Triana.

ID 1116271829 **Sello RM** 2.P4371

Diana Sánchez Triana
AUDIOLOGA UCM
FONOAUDIOLOGA U. NAL
RP4371



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	ORDEN DE PROCEDIMIENTOS	
	CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6.v1	
	PROCESO: Proceso de Gestión Tecnologica -PROGTEC	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2026-04-658382	FECHA DE PRESCRIPCIÓN:	09-04-2026 12:28:50	CIE 10	H908	H901	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA	DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA							
UNIDAD ORGANICA	DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA							
ARL	No registra	EPS	No registra	CAMA	No registra	FUERZA	EJC	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	Nº HISTORIA	AFILIACIÓN
SOLDADO PROFESIONAL	YEISON LEVI GUARIN ORTIZ	30	1116271829	Cotizante

CENTRO DE COSTOS	No registra

ORDEN MÉDICA

PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.

	PROCEDIMIENTO SOLICITADO	CÓDIGO	VALOR	CANTIDA
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	890382	No	1

PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA

NOMBRE MÉDICO

FIRMA MÉDICO

Fecha y hora de generacion: 09/04/2026 12:27:45

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2026-04-171872 **FECHA Y HORA DE** 4/9/26, 12:28 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: YEISON LEVI GUARIN ORTIZ
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: carrea 7a # 22-34 B/ las americas
CORREO ELECTRÓNICO: ORTIZLEVI098@GMAIL.COM
MUNICIPIO: TULUA
REGIONAL: CENTRO
GRADO: SLP
UNIDAD DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA
GRUPO DE SERVICIO: Consulta externa

FECHA DE NACIMIENTO: 02/04/1996
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1[illegible]27182[illegible]
CELULAR O TELÉFONO: 31537547
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
CÓDIGO ESM O UPGD: 254888506980
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Audiología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

SS/ AUDIFONO AL OIDO DERECHO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Nuevo	H908	HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA
Relacionado	H931	TINNITUS

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ANAMNESIS

PACIENTE CON HIPOACUSIA NS DERECHA POR EXPLOSION EN COMBATE Y ACUFENOS. SE EPXLICA SU PATOLOGIA IRREVESIBLE QUE POSIBLEMENTE REQUIERE AYUDA AUDITIVA. SS/ ALI, CONTROL POR OTORRINO CON RESULTADOS. SE FORMULA FLUNARIZINA AM Y GABAPENTINA PM

HALLAZGO

TRAE AUDIOMETRIA TONAL QUE REPORTA HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PTA 54 DB MENOS GAP DE 35 DB. OIDO IZQUIERDO NORMAL PTA 11 DB. LOGO DISCIRMINA 100 A 40 DB OI Y 60 DB OD. IMPEDANCIOMETRIA CURVAS IPO A BILATERALES. MEJORIA DE LOS TINNITUS CON LA MEDICACION

EXAMENES FISICOS

Examen otorrinolaringológico:PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL. AFEBRIL, HIDRATADO, CONCIENTE ORIENTADO, OTOSCOPIA: OIDO DERECHO: TIMPANO INTEGRO OPACO, CAE CON LEVE RESEQUEDAD DE LA PIEL: OIDO IZQUIERDO: TIMPANO INTEGRO OPACO, CAE CON LEVE RESEQUEDAD DE LA PIEL, NEUMATOSCOPIA NEGATIVA BILATERAL. ACUMETRIA CUCHICHEADA POSITIVA BILATERAL. RINOSCOPIA ANTERIOR: SEPTUM TORTUOSO INTEGRO CON DEFLEXION IZQUIERDA AREAS II A IV NO CONTACTANTE. CRESTA BASOMEDIAL DERECHA NO CONTACTANTE, CORNETES INFERIORES HIPERTROFICOS GRADO III, NO MASAS NI SECRECIONES. OROFARINGE: MUCOSA ORAL DE ASPECTO SANO, LENGUA NORMAL, FARINGE ERITEMATOSA Y GRANULOSA SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR, AMIGDALAS PALATINAS GRADO II CRIPTICAS. CUELLO NORMAL BILATERAL, NO MASAS NI ADENOMEGALIAS. NEUROLOGICO: PARES CRANEANOS: NORMALES III AL XII, I Y II NO VALORADOS. VESTIBULAR: PRUEBAS DE HALLPIKE NEGATIVAS, TANDEM NEGATIVO, ROMBERG NEGATIVO, NO ADIADOCOCINESIA, SHAKING NEGATIVO. MACIZO FACIAL: TERCIO SUPERIOR NORMAL, TERCIO MEDIO, NORMAL, ATM CON EXCURSION ADECUADA SIN CHASQUIDOS, TERCIO INFERIOR NORMAL. Abdomen:No evaluado. Cabeza y cráneo:No evaluado. Cuello:No evaluado. Examen genitourinario:No evaluado. Examen mental:No evaluado. Examen neurológico: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:BAJO MEDIDAS DE PROTECCION DE PERSONAL MEDICO CON EPP COMPLETO, PREVIA EXPLICACION AL PACIENTE Y AL FAMILIAR DE LOS RIESGOS DE LA REALIZACION DEL EXAMEN FISICO Y BAJO CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LOS MISMOS SE PROCEDE A OBSERVAR:
PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, CONCIENTE ORIENTADO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

Fecha y hora de generación: 09/04/2026 12:27:15

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.
DIAGNÓSTICOS
No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: LILLYANA STELLA BARRERO ULLOA
CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: Otorrinolaringologia (CE) - SSFM

TELÉFONO O CELULAR: (601) 3793814
SERVICIO SOLICITADO: Audiologia - SSFM



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

ULTIMA ATENCION
Código:
Proceso:
Viene a parte de:

DATOS BASICOS DEL PACIENTE

PACIENTE: YEISON LEVI GUARIN ORTIZ
TIPO DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía **DOCUMENTO:** 1116271829
FECHA DE NACIMIENTO: 02/04/1990 **EDAD:** 36 Años 7 Días
SEXO: Masculino **ETNIA:** Ninguna de las anteriores
FUERZA: EJC **GRADO:** SOLDADO PROFESIONAL
UNIDAD: PC ESCUELA DE SOLDADOS PROFESIONALES
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA **MUNICIPIO:** TULUA
DIRECCIÓN RESIDENCIA: carrea 7a # 22-34 B/ las americas

CONSULTA EXTERNA **FECHA** 09/04/2026 12:09
CODIGO DE CONSULTA:
890282 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
FINALIDAD DE LA CONSULTA:
Diagnóstico
CAUSA EXTERNA:
Enfermedad general
MOTIVO DE CONSULTA:
PACIENTE CON HIPOACUSIA NS DERECHA POR EXPLOSION EN COMBATE Y ACUFENOS, SE EPXLICA SU PATOLOGIA IRREVESIBLE QUE POSIBLEMENTE REQUIERE AYUDA AUDITIVA, SS/ A.I. CONTROL POR OTORRINO CON RESULTADOS. SE FORMULA FLUNARIZINA AM Y GABAPENTINA PM
ENFERMEDAD ACTUAL:
TRAE AUDIOMETRIA TONAL QUE REPORTA HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PTA 54 DB MENOS GAP DE 35 DB, OIDO IZQUIERDO NORMAL PTA 11 DB, LOGO DISCIRMINA 100 A 40 DB OI Y 60 DB OD, IMPEDANCIOMETRIA CURVAS IPO A BILATERALES. MEJORIA DE LOS TINNITUS CON LA MEDICACION.
ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
No registra
REMITIDO DE:
No registra
PROFESIONAL DE LA LILLYANA STELLA BARRERO ULLOA
NÚMERO DE REGISTRO: 51965483

EXAMEN FÍSICO

TÓRAX:	No evaluado
ABDOMEN:	No evaluado
PIEL Y FANERAS:	No evaluado
OÍDOS:	No evaluado
OROFARINGE:	No evaluado
OJOS:	No evaluado
NARIZ:	No evaluado
MAMAS:	No evaluado
EXTREMIDADES:	No evaluado
EXAMEN NEUROLÓGICO:	No evaluado
EXAMEN MENTAL:	No evaluado
EXAMEN GENITOURINARIO:	No evaluado
CUELLO:	No evaluado
CABEZA Y CRANEO:	No evaluado
CONDICIONES GENERALES:	BAJO MEDIDAS DE PROTECCION DE PERSONAL MEDICO CON EPP COMPLETO, PREVIA EXPLICACION AL PACIENTE Y AL FAMILIAR DE LOS RIESGOS DE LA REALIZACION DEL EXAMEN FISICO Y BAJO CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LOS MISMOS SE PROCEDE A OBSERVAR: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, CONCIENTE ORIENTADO
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, CONCIENTE ORIENTADO, OTOSCOPIA: OIDO DERECHO: TIMPANO INTEGRO OPACO, CAE CON LEVE RESEQUEDAD DE LA PIEL OIDO IZQUIERDO: TIMPANO INTEGRO OPACO, CAE CON LEVE RESEQUEDAD DE LA PIEL NEUMATOSCOPIA NEGATIVA BILATERAL ACUMETRIA CUCHICHEADA POSITIVA BILATERAL. RINOSCOPIA ANTERIOR: SEPTUM TORTUOSO INTEGRO CON DEFLEXION IZQUIERDA AREAS II A IV NO CONTACTANTE, CRESTA BASOMEDIAL DERECHA NO CONTACTANTE, CORNETES INFERIORES HIPERTROFICOS GRADO III, NO MASAS NI SECRECIONES. OROFARINGE: MUCOSA ORAL DE ASPECTO SANO, LENGUA NORMAL, FARINGE ERITEMATOSA Y GRANULOSA SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR, AMIGDALAS PALATINAS GRADO II CRIPTICAS, CUELLO NORMAL BILATERAL, NO MASAS NI ADENOMEGALIAS, NEUROLOGICO: PARES CRANEANOS NORMALES III AL XII, I Y II NO VALORADOS. VESTIBULAR: PRUEBAS DE HALLPIKE NEGATIVAS, TANDEM NEGATIVO, ROMBERG NEGATIVO, NO ADIADOCOCINESIA, SHAKING NEGATIVO. MACIZO FACIAL: TERCIO SUPERIOR NORMAL, TERCIO MEDIO: NORMAL, ATM CON EXCURSION ADECUADA SIN CHASQUIDOS, TERCIO INFERIOR: NORMAL
TACTO RECTAL:	No evaluado

REVISION POR SISTEMAS

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

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	110 mmHg
PRESIÓN ARTERIAL DIASTOLICA:	70 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	16 rpm
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
TEMPERATURA:	36.7 °C
PESO:	72 Kg
ESTATURA:	1.68 m

INDICE DE MASA CORPORAL: 25.51 Kg/m²
FILTRACIÓN GLOMERULAR: 0,00 ml/min/1.73 m²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

H908 HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA
TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
Confirmado Nuevo
ANALISIS:
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.
TRATAMIENTO:
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

- H931 TINNITUS

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO:
FLUNARIZINA (CLORHIDRATO) ORAL DOSIS: 1 CADA 24 HORAS, DURANTE 60, CANTIDAD: 60
RECOMENDACIONES:
TRASCRIBIR X 6 MESES.

MEDICAMENTO:
GABAPENTIN ORAL DOSIS: 1 CADA 24 HORAS, DURANTE 60, CANTIDAD: 60
RECOMENDACIONES:
TRASCRIBIR X 6 MESES

ÓRDENES PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO:
954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
SS/ AUDIFONO AL OIDO DERECHO
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra
PROCEDIMIENTO:
890382 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:
No registra
OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.
OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:
PACIEENTE CON TRAUMA OTICO POR ESQUIRLA EN ONDA EXPLOSIVA CON HIPOACUSIA MIXTA DERECHA PERMANENTE, REQUIERE AYUDA AUDITIVA DERECHA, CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, CUIDADOS DE OIDO PRINCIPALMENTE NO EXPOSICION A RUIDOS.- SE CONTINUA MEDICACION PARA ACUFNOS FLUNARIZINA GABAPENTINA HASTA COMPLETAR UN AÑO.
MOTIVO DE CANCELACIÓN:
No registra

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA
AUDIOLOGÍA

FECHA: 13-03-2026

NOMBRES Y APELLIDOS Yeison Levi Guarin Ortiz.
DOCUMENTO CC.1116271829 EDAD 29 años. OCUPACIÓN Soldado Profesional
FECHA DE CALIBRACIÓN Dic. 2025 EQUIPO ACAO by Interacoustics
MOTIVO DE CONSULTA "No escucho bien en oído derecho"

ANTECEDENTES:
PERSONALES Paciente que refiere disminución auditiva, tinnitus en oído derecho a raíz por esquirla en Combate, refiere timpanoplastia.
FAMILIARES Tía materna "Sordomudas"

OCUPACIONALES Exposición a ruidos fuertes sin protección auditiva.

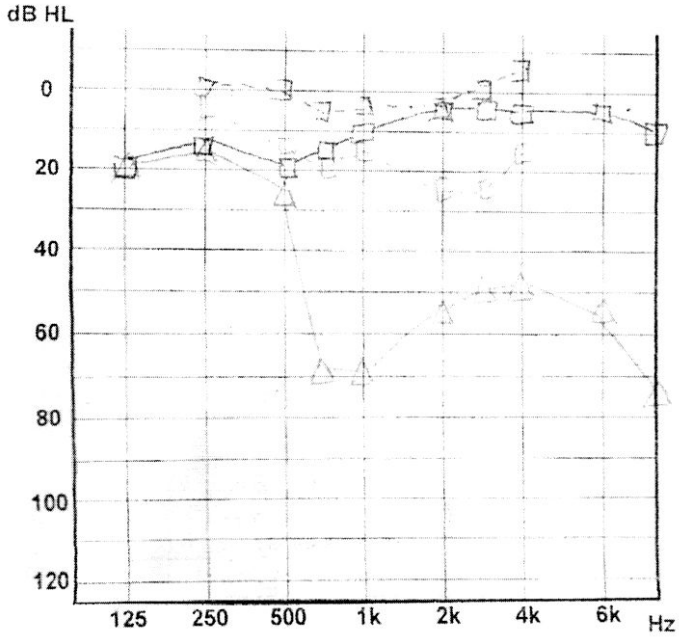
Yo. Yeison Levi Guarin O. identificado(a) con cedula Número 1116271829
Doy autorización a la Fonoaudióloga/Audióloga, a realizarme las pruebas adiológicas registradas en este documento de los cuales se me ha informado y he comprendido el propósito, los beneficios, las limitaciones y riesgos, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales consiento voluntariamente la práctica de estos.

Firma del Paciente Yeison Guarin

OTOSCOPIA: OÍDO DERECHO CAE integra MT integra con tejido cicatrizal

OÍDO IZQUIERDO CAE y MT integra.

PRIMERA AUDIOMETRÍA



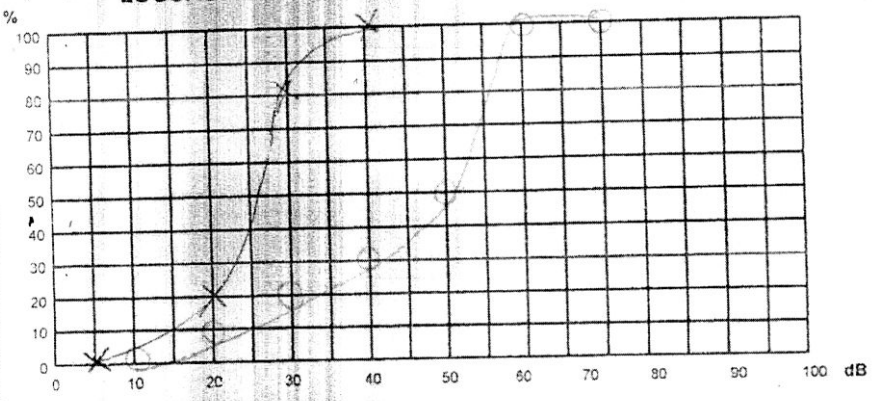
CONVENCIONES	OD	OI
Via Aérea (VA)	O	X
Via Osea (VO)	<	>
VA Enmascarada	△	□
VO Enmascarada	[	]
Ausencia de Umbral	↓	↓

PROMEDIO DE TONOS PUROS

5,1,2 (HZ) OD ___ OI ___

5,1,2,3 (HZ) OD 54 dB OI 11 dBHL

LOGOAUDIOMETRÍA



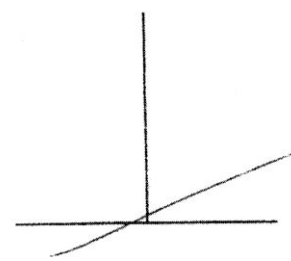
	OD	OI
SRT	dB	dB
SD	dB (%)	dB (%)
ROLLOVER	%	%
MCL		
UCL		

INMITANCIA ACÚSTICA

REFLEJO ESTAPEDIAL

	IPSILATERALES		
	500		
	1000		
	2000		
	4000		
ESTÍMULO OD	Hz		ESTÍMULO OI
	CONTRALATERALES		
	500		
	1000		
	2000		
	4000		

TIMPANOGRAMA



	OD	OI
RATE		
ECV		
PEAK		
PRESIÓN		
GRAD		
TIPO		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Audiometria: OD: Sensibilidad auditiva funcional periferica en frecuencias graves, presenta descensos de grado severo en frecuencias medias y de grado moderado en frecuencias agudas con caida severa en 8KHz.
OI: Sensibilidad auditiva periferica normal.
Logoaudiometria: OD: Umbral de voz en 10dBHL y umbral de maxima discriminación del lenguaje en 60 dBS (100%).
OI: Umbral de voz en 5 dBHL y umbral de maxima discriminación del lenguaje en 40 dBSL (100%).

RECOMENDACIONES:

Pautas de cuidado e higiene auditiva.
Consulta por ORL.
Chequeo auditivo anual.

Eliana M. Araujo D.
Fonoaudióloga
Universidad del Cauca
Reg. 1089908461

FIRMA Y SELLO

DMTOL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA
AUDIOLOGÍA

FECHA: 13-03-2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeison Levi Guarin Ortiz
DOCUMENTO: CC 1116271829 EDAD: 29 años OCUPACION: Soldado Profesional
FECHA DE CALIBRACION: Diciembre 2025 EQUIPO: AT235 by Interacoustics

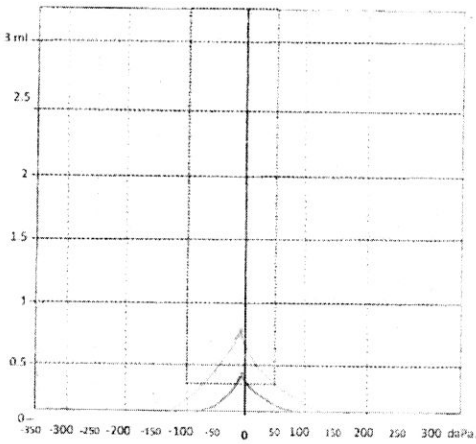
MOTIVO DE CONSULTA: "No escucha bien en oido derecho"

ANTCEDENTES: Paciente que refiere disminucion auditiva, tinnitus en oido derecho, refiere timpanoplastia.

Yo Yeison Levi Guarin Ortiz identificado(a) con CC 1116271829
Doy autorización a la fonoaudióloga, a realizarme las pruebas audiológicas registradas en este documento de los cuales se me ha informado y he comprendido el propósito, los beneficios, las limitaciones y riesgos, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales consiento voluntariamente la práctica de estos.

Firma del paciente Yeison Guarin

INMITANCIA ACÚSTICA
TIMPANOGRAMA



	OD	OI
ECV	1.49 ml	1.16 ml
PEAK	0.64 ml	0.46 ml
PRESIÓN	-4 daPa	-5 daPa
GRAD	87 daPa	185 daPa
TIPO	A	A

REFLEJOS ESTAPEDIALES

O.D	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz
CONTRA	95 dB	100 dB	90 dB	—
IPSI	NR	NR	NR	—
O.I	**500Hz**	**1000Hz**	**1000Hz**	**4000Hz**
CONTRA	90 dB	100 dB	100 dB	—
IPSI	95 dB	90 dB	90 dB	—

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: OD: ECV, Complianza, presion y gradiente dentro de parametros normales, Timpanograma tipo A
OI: ECV, Complianza, presion dentro de parametros normales con gradiente aumentado, Timpanograma tipo A

RECOMENDACIONES: Pautas de cuidado e higiene auditiva
Chiqueo auditivo anual.

Eliana M. Araujo D.
Fonoaudióloga
Universidad del Cauca
Reg. 1089908361

FIRMA Y SELLO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.271.829
GUARIN ORTIZ
APELLIDOS
YEISON LEVI
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1996
APARTADO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-JUL-2014 TULUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P 3110600 00601224 M 1116271829 20140718 0039220601A 1 42953738