CLINICA GENEZEN S.A.S.

Nit: 900438216-1

DIAGONAL 47 #15 SUR -31

ANTIOQUIA MEDELLIN

FIJO: 6044759680 CELULAR: .

EMAIL: 900438216@factureinbox.co

Fecha expedición: 16/08/2024 00:00

Fecha vencimiento: 16/08/2024



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: **FE35524**

CUFE: **d35c59df21d2ef9d96773d47e7ed5a6a4d61810e70acbe4a8848e208d8ae2185662014110f77bbeb2895847b0d5e3ac1**

Servicios Prestados a: RC-1070400253 GODOY CORDOBA SARA NICOLLE Edad: 6 Ingreso: 102017

Direccón: CRA 6 11 34 LA FONTANA Ciudad: Cimitarra Teléfono: 3204770064

F.Ingreso: 2024-07-11 F.Egreso: 2024-08-16 Dias Estancia: 0 Regimen: Otro Nivel: 0

Responsable del pago: DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN Nit: 901541037-1 Poliza:

Convenio: 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024

Dirección: CRA 77 C 51 136 Teléfono: 5174674

| Cups-Cum | Atc | Actividad | Fecha | Descripción | Cant. | Vlr. Unitario | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ***==> Consultas <==*** | | | |
| **Consultas** | | | | | | | |
| 890306 | | 39141 | 16/08/2024 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA - 37700 | 1 | $ 44.500,00 | $ 44.500,00 |
| ***Subtotal*** | | ***Consultas*** | | | *0* | | ***$ 44.500,00*** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FORMA DE PAGO** | | **Total General** | $ 44.500,00 |
| Contado | | **Total Copago / Cuota** | $ 0,00 |
| **MEDIO DE PAGO** | | **Total IVA** | $0 |
| Consignación bancaria | | **Total Neto** | $ 44.500,00 |

Son: CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS

ELABORADO POR: KARLA MILEIDY GARZON MOSQUERA

IMPRESO POR: KARLA MILEIDY GARZON MOSQUERA. 16/08/2024 00:00:00

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL SERVICIO O FIRMA DEL ACUDIENTE:

Sede Puerto Berrio: Carrera 7 # 48-03
- Somos Responsables de IVA
-No somos autorretenedores en renta
-No somos retenedores de ICA
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764052471923 del 27 de Julio 2023 Rango FE3001-FE5000 Vigencia 12 Meses
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764066428666 del 29 de Febrero 2024 Rango FE5001-FE133000 Vigencia 12 Meses
- Factura emitida electrónicamente

HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA Nit: 811016192. Proveedor Solución Software ERP GHIPS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE A.S.P.C 14 "CACIQUE PIPATÓN"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC 14

EJÉRCITO NACIONAL

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

| AUTORIZACIÓN N° | E-2701 | FECHA REMISION | 11/07/2024 | FECHA ENTREGA | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|---|---|

| CUPS | 890306 | SR (A) | GODOY CORDOBA SARA NICOLLE | | | DOC. | RC 1070400253 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EDAD | 6 | A | SEXO | F | TIPO USUARIO | AFILIADO | |
| UNIDAD | BASPC 14 | | PRESTADOR | | | CLÍNICA GENEZEN S.A.S | |
| DIRECCION | PTO BERRIO - ANTIOQUIA | | | | TELEFONO | 6044759680 | |
| ESPECIALIDAD REQUERIDA | | | | | | NUTRICION | |
| SOLICITA | | | | | | MEDICO GENERAL | |

| AUTORIZACIÓN DE ORDEN | | |
|---|---|---|
| CUPS | DESCRIPCIÓN | CANT. |
| 890306 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA | 1 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| VALOR | VALOR LETRAS | |

**NOTA:** La orden de autorización de servicios médicos presenta información relevante a verificar por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud, la omisión de esta será causada el no pago de los servicios prestados el prestador de servicio tendrá plazo para legalizar la presente autorización al ESM BASPC 14, con 120 días calendario a partir de la fecha de entrega.

**GODOY CORDOBA SARA NICOLLE**
Paciente

**PS. ALEGRIAS PRADA JOHN FREDDY**
Validador de derecho

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC N°14

**SR SANCHEZ JUAN CARLOS**
Subdirector ESM BASPC 14

**ST. CHAVEZ ORTIZ BRETHMEN DAVID**
Director ESM BASPC 14

OFICIAL DEL EJERCITO NACIONAL

**PATRIA HONOR LEALTAD**

Carrera 50 entre calles 4 y 5, Antiguo Hotel Magdalena
Puerto Berío- Antioquia
referencia.esm.baspc14@gmail.com - cel. 321 6511352

| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES<br>Dirección General de Sanidad Militar | SERVICIO DE APOYO | |
|---|---|---|
| | Código: | |
| | Proceso: | |
| | Vigente a partir de: | Página 1 de 1 |

Fecha y hora de generación: 11/07/2024 11:19:06

# SERVICIO DE APOYO

| DIA | MES | AÑO | CAMA | SERVICIO | FUERZA O EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 07 | 2024 | No registra | Urgencias | Ejército Nacional de Colombia |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | EDAD | GRADO O CARGO |
|---|---|---|---|---|
| GODOY | CORDOBA | SARA NICOLLE | 6 Años / 6 Meses / 3 Días | CABO PRIMERO |

| Nº HISTORIA CLÍNICA | CÓDIGO | VALOR |
|---|---|---|
| 1070400253 | 890206 | No registra |

| EXAMEN SOLICITADO: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | CÓDIGO DE |
|---|---|
| | |

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Z001 | CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO |

OBSERVACIONES: Se solicita valoracion por nutrición y dietética

**DATOS CLÍNICOS:**

Se solicita valoracion por nutrición y dietética

Julian David Tejada Villarreal
Cc. 1.015.472.698
Médico General

JULIAN DAVID TEJADA VILLARREAL
MÉDICO

Fecha y hora de generación: 05/07/2024 08:38:18

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**NÚMERO DE SOLICITUD** REF-2024-07-342030 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 7/5/24 8:37 AM

## DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** SARA NICOLLE GODOY CORDOBA
**TIPO DE DOCUMENTO:** RC
**DIRECCIÓN:** KR 92 74 66 SUR APARTAMENTO 204
**CORREO ELECTRÓNICO:** sacor9312@gmail.com
**MUNICIPIO:** BOGOTA, D.C.
**REGIONAL:** NORORIENTE
**GRADO:** CP
**ENTIDAD ADSCRITA:** DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE
**ÁMBITO:** Ambulatorio

**FECHA DE NACIMIENTO:** 08/01/2018
**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1070400253
**CELULAR O TELÉFONO:** 14657395
**DEPARTAMENTO:** BOGOTA, D. C.
**CÓDIGO ESM O UPGD:** 110018800280
**ESTADO:** Activo
**FUERZA:** EJC

3103166540

## SERVICIOS AUTORIZADOS

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN CUPS | ESPECIALIDAD | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| 890283 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | Pediatria - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |
| 890406 | INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | Nutricion y Dietetica (CE) - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |
| 902210 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |
| 907002 | COPROLOGICO | Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |
| 907106 | UROANALISIS | Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM | 1 |
| | **OBSERVACIÓN** | | |
| | NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA | | |

Dr. Adalberto Fonseca G.
Medico - E.E.M.M.
C.C. 7144981
R.M. 3821

904902 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM 1

## OBSERVACIÓN

NO DESEOS DE COMER Y TODO LO LEVA A LA BOCA

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| TIPO | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| Confirmado Nuevo | Z001 | CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO |

## INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

### ANAMNESIS

"NO COME "

### HALLAZGO

PCTE MENOR FEMENINA DE 6 AÑOS EN COMPAÑÍA DE PAPA INGRES AAL CONSLTORIO REFIERE DESDE HACE MESES CON PERDIDA DEL APETITO , TODO LO QUIERO TOMAR EN LA BOCA , COME DEMASIADO DULCE . VACUNAS AL DIA CON CARNET AL DIA PROXIMA VACUNAS PAPILOMA HUMANO .
ENOTA MEDICA
DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIEL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO AL USO ADECUADO SE UTILIZAN MEDIDAS DE PROTECCION ( GAFAS DE PROTECCION , GORRO DE PROTECCION , TRAJE ANTIFLUIDO DE PROTECCION , TAPABOCAS N 95 DE PROTECCION , POLAINAS DE PORTECCION )EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA PARA PREVENIR EN CALAMIDAD

### EXÁMENES FÍSICOS

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:ESTABLE

### PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

### TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PCTE MENOR FEMENINA DE 6 AÑOS EN COMPAÑÍA DE PAPA INGRES AAL CONSLTORIO REFIERE DESDE HACE MESES CON PERDIDA DEL APETITO , TODO LO QUIERO TOMAR EN LA BOCA , COME DEMASIADO DULCE . VACUNAS AL DIA CON CARNET AL DIA PROXIMA VACUNAS PAPILOMA HUMANO .ADEMNAS SOLICITA CITA CON PSICOLOGIA .
ENOTA MEDICA
DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIEL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO AL USO ADECUADO SE UTILIZAN MEDIDAS DE PROTECCION ( GAFAS DE PROTECCION , GORRO DE PROTECCION , TRAJE ANTIFLUIDO DE PROTECCION , TAPABOCAS N 95 DE PROTECCION , POLAINAS DE PORTECCION )EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA PARA PREVENIR EN CALAMIDAD

### DIAGNÓSTICOS

No Registra

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

**NOMBRE DEL QUE SOLICITA:** ADALBERTO FONSECA QUINTERO
**TELÉFONO O CELULAR:** 322 8667456
**SERVICIO SOLICITADO:** Pediatria - SSFM

**CARGO O ACTIVIDAD:** Asistencial
**SERVICIO QUE SOLICITA:** Medicina General - SSFM

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1070400253

Indicativo Serial 57525376

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 2 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA

*Datos del inscrito*

Primer Apellido: GODOY

Segundo Apellido: CORDOBA

Nombre(s): SARA NICOLLE

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes ENE Día 08

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POS

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 14501624-4

*Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, antes de proseguir por favor indíquenos los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CORDOBA TORRES MAILEN ZAYIRA

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1016062512 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

*Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, antes de proseguir por favor indíquenos los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: GODOY GODOY CHRISTIAN JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 1072664241 DE CHIA

Nacionalidad: COLOMBIANA

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: GODOY GODOY CHRISTIAN JAVIER

C.C. NO 1072664241 DE CHIA

Firma

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos: ********

Documento de Identificación (Clase y número): ********

Firma

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos: ********

Documento de Identificación (Clase y número): ********

Firma

*Fecha de inscripción*

Año 2018 Mes ENE Día 16

*Nombre y firma del funcionario que autoriza*

IGNACIO CRUZ ORTIZ

Nombre y firma

*Reconocimiento paterno*

Firma

*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*5752537 6*

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud

# CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



**SUBOFICIAL ACTIVO** **EJC**

**BENEFICIARIO**
GODOY CORDOBA SARA NICOLLE
RC 1070400253
Hijo(a)

**AFILIADO**
GODOY GODOY CHRISTIAN JAVIER
CC 1072664241

**DISCAPACIDAD** SIN DISCAPACIDAD
**G.S RH** A+ **VENCE** 08/01/2036

**Para consultar su estado de afiliación y realizar trámites de afiliación, ingrese a https://portal.saludsis.mil.co/**

- Este carné es personal e intransferible.
- Para acceder a la prestación de los servicios médicos que brinda el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, identifíquese con su documento de identidad.
- Reporte a la Dirección General de Sanidad Militar todos lo cambios en sus datos personales, como: dirección de residencia, teléfono, cambios de documento de identidad.
- Conozca sus deberes y derechos como afiliado en www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co
- La información de datos personales contenida en este documento se encuentra protegida a la luz de la Ley 1581 de 2012.
- Consulte las Políticas de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales en www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/entidad/politica-privacidad-condiciones-uso

CLÍNICA GENEZEN

**CLINICA GENEZEN**
**CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO**
**Nit:900438216**
**CodigoHabilitacion: 055791191902**

# ATENCIÓN GENERAL

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | SARA NICOLLE GODOY CORDOBA | **Identificación** | 1070400253 |
| **Fecha Nacimiento** | 20/01/2018 | **Tipo Identificación** | RC - Registro Civil |
| **Edad** | 6 Años | **Sexo biológico** | Femenino |
| **Teléfono Domicilio** | 3204770064 | **Teléfono Celular** | 3204770064 |
| **Servicio que Admite** | Ambulatoria Programada | **Entidad promotora de salud o entidad adaptada** | 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024 |
| **Nro de Atención** | 89608 | **Nro de Ingreso** | 102017 |

| | |
|---|---|
| **Fecha** | Ago 16 2024 10:26 |
| **Nivel educativo** | Basica Primaria |
| **Pertenencia étnica** | Otras etnias |
| **Grupo poblacional** | Población general |
| **Credo religioso** | Católica |
| **Autoriza participación de estudiantes** | No Aplica |
| **Motivo de la consulta** | CONTROL NUTRICIONAL |
| **Enfermedad actual** | CHEQUEO RUTINA DEL PEDIATRICO |
| **Revisión por sistemas** | Otros antecedentes: |

| Antecedentes personales | Antecedentes familiares |
|---|---|
| Ago 16 2024 : Patológicos : niega Quirúrgicos : niega Alérgicos : niega Traumáticos : niega Tóxicos : niega Perímetro cefálico : Ginecológicos : NingunoAgo 16 2024 : Patológicos : Ninguno Quirúrgicos : Ninguno Alérgicos : Ninguno Traumáticos : Ninguno Tóxicos : Ninguno Perímetro cefálico : Ginecológicos : Ninguno | SIN ANTECEDNETES FAMILIARES REPORTADOS |

| | |
|---|---|
| **Alérgicos** | No |
| **Consume medicamentos naturales** | No |

**Tratamiento actual**

SIN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

**Examen físico**

| | |
|---|---|
| **Signos vitales y otros** | PA:/ FC: FR: T°: Peso:22 Talla:119 Imc:15,5356260151119 |
| **Aspectos generales** | PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES |

| Examen físico | Notas | Examen físico | Notas |
|---|---|---|---|
| Cabeza y Cuello | No Evaluado | Osteomuscular | No Evaluado |
| Ojos | No Evaluado | Extremidades | No Evaluado |
| Otorrinolaringología | No Evaluado | Piel | No Evaluado |
| Cardiovascular | No Evaluado | Neurológico | No Evaluado |
| Pulmonar | No Evaluado | Tacto rectal | No Evaluado |
| Abdomen | No Evaluado | Tacto vaginal | No Evaluado |
| Genitourinario | No Evaluado | Examen Mental | No Evaluado |

| | |
|---|---|
| **Análisis** | PACIENTE FEMENINA DE 6 AÑOS Y 7 MESES, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ACOMPAÑANTE (MAMA), ACTUALMETE ESTA EN GRADO PRIMERO, VIVE CON LA ABUELA Y LA TIA, EN CIMITARRA SANTANDER, LA PACIENTE ASISTE POR PIRMERA VEZ CONTROL NUTRICIONAL, LA ACOMPAÑANTE REPORTA BUEN APETITO, PRESENTA UN CONSUMO DE 3 A 5 TIEMPOS DE ALIMENTACION (DESAYUNO, HUEVO, QUESO, PAN, SOPAS, CHOCOLATE O AGUA DE PANELA EN LECHE, MEDIA MAÑANA JUGOS NATURALES, AREPA CON QUESO Y JAMON, O SANDUCHE, ALMUERZO ARROZ, PROTEINAS VARIADAS O HUEVO, TUBERCULOS, SOPAS Y GRANOS, JUGOS NATURALES COMIDA LECHE), NO PRESENTA GUSTOS MARCADOS, RECHAZOS A LA ENSALADA, NO REPORTA INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMETARIAS, EL PACIENTE PRESENTO UN PESO EN CONSULTA DE 22 KILOS, TALLA 119 CENTIMETROS, PESO PARA AL EDAD 0.16, TALLA PARA LA EDAD 0.08 E INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD 0.12, ENCONTRANDOCE EN NORMALIDAD SEGÚN RESOLUCION 2465 DEL 2016, LA ACOMPAÑANTE REPORTA QUE EL PACIENTE TIENE BUEN COSUMO DE AGUA EXPLORACION FISICA NO SE OBSERVA PALIDEZ, EDEMA, LESIONES EN LA PIEL, SE REALIZA EDUCACION NUTRICIONAL SOBRE UNA ALIMENTACION ADECUADA Y SALUDABLE Y SE REALIZA ENFASIS EN INOCUEDAD ALIMENTARIA |
| **Dx principal** | Z001-Nuevo-Presuntivo |
| **Dx relacionado 1** | |
| **Dx relacionado 2** | |
| **Dx relacionado 3** | |
| **Conducta** | CONTROL NUTRICIONAL PACINETE PEDIATRICA EN NORMALIDAD, SE INICIA DIETA NORMAL PARA SU ESTADO CON ENFASIS EN ESTILOS DE VIDA Y ALIEMNTAION SALUDABLE, CONTROL EN 3 MESES |
| **Manejo** | Ambulatorio |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **¿Tiene indicación para trasplante?** | | **¿Cuenta con probable donante vivo?** | |
| **Nombre del donante** | | | |
| **Medico** | CC 1152216404 MARIO ANDRES HERRERA UPEGUI Reg.1152216404 - Especialidad. Nutricion | | |
| **Firma** | | | |