P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

438379952-31347679

Servicio Occidental de Salud

Número Autorización **438379952** Fecha 16/07/2025 Hora 7:34 AM

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 314 519 4733
NEW BIOLOGY CAMBULOS	NI 900464195	3	760011015502	ind número

Dirección Prestador	Departamento	Municipio
CARRERA 42 # 7-69 EDIF MEDICAL CENTER PISO 2	VALLE DEL CAUCA	CALI

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo	Número Documento Identificación	Teléfono
MEJIA	BARBOSA	AIDE	BIBIANA	CC	25290594	3016904761

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 4 34 68	CAUCA	POPAYAN	1981/01/15		alimia7.camb@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	AIDE BIBIANA MEJIA BARBOSA	
Nexo Familiar	**Medico Solicitante**	**Oficina**
COTIZANTE	ORTEGA LOPEZ MONICA KATHERINE	
Diagnóstico	**FECHA DE UTILIZACION**	**No de Solicitud**
G402	Desde 2025/07/16 Hasta 2025/10/14	2025-01-00459187

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/06/26		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
883101	2	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	NA

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Semanas de afiliacion del paciente a la solicitud de la autorización 805

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Recaudo del	☐ Cuota moderadora	0.0	0	0.0
	☐ Copago	0.0	0.0%	
	☐ Cuota de recuperación	0	0	
	☐ Otro	0	0	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	Teléfono ind número extensión	Teléfono Celular	Cargo o Actividad

Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686 Notificación 0 No. Acta

Observaciones

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Aida Bibiana Mejia B

Firma Usuario

25290594

Nro. Identificación

SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA

1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez

3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio

null 7:34 AM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

438379961-31347679

Servicio Occidental de Salud

Número Autorización **438379961** Fecha 16/07/2025 Hora 7.34 AM

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 314 519 4733
NEW BIOLOGY CAMBULOS	NI 900464195	3	760011015502	ind número

Dirección Prestador	Departamento	Municipio
CARRERA 42 # 7-69 EDIF MEDICAL CENTER PISO 2	VALLE DEL CAUCA	CALI

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo Número Documento Identificación		Teléfono
MEJIA	BARBOSA	AIDE	BIBIANA	CC 25290594		3016904761
Dirección Residencial Habitual		**Departamento**	**Municipio**	**Fecha Nacimiento**	**Teléfono Celular**	**Correo Electrónico**
CL 4 34 68		CAUCA	POPAYAN	1981/01/15		alimia7.camb@gmail.com
Plan		**Nombre del Trabajador**		**NIT**	**Empresa**	
POS		AIDE BIBIANA MEJIA BARBOSA				
Nexo Familiar		**Medico Solicitante**		**Oficina**		
COTIZANTE		ORTEGA LOPEZ MONICA KATHERINE				
Diagnóstico		**FECHA DE UTILIZACION**		**No de Solicitud**		
G402		**Desde** 2025/07/16	**Hasta** 2025/10/14	2025-01-00459187		

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/06/26		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
883905	1	ESPECTROSCOPIA	NA

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Semanas de afiliacion del paciente a la solicitud de la autorización 805

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Recaudo del	☐ Cuota moderadora	0.0	0	0.0
	☐ Copago	0.0	0.0%	
	☐ Cuota de recuperación	0	0	
	☐ Otro	0	0	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	Teléfono ind número extensión	Teléfono Celular	Cargo o Actividad

Linea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686 **Notificación** 0 **No. Acta**

Observaciones

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Firma Usuario

25290594
Nro. Identificación

SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA

1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez

3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio

null 7:34 AM

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 27/08/2025 **Afiliado :** AIDE BIBIANA MEJIA BARBOSA
Identificación: 25290594 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: VIVA 1A IPS POPAYAN
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
438379952	SI		4683055
438379961	SI		4683056

Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoria médica
Documento de control entre la IPS y la EPS

27/08/2025 08:32:21 UD951301361

Clínica San Rafael de Popayán
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: MEJIA BARBOSA, AIDE VIVIANA, Identificado(a) con CC-25290594			
Edad y Género: 44 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE		**Nombre de la Entidad:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA OCTAVO PISO	**Habitación:**	**Identificador Único:** 47345-1

Diagnóstico: G402: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS

IMAGENOLOGIA Y AYUDAS DX

Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
26/06/2025 09:28	883905 - ESPECTROSCOPIA		1	CEREBRAL / CEREBRAL

26 JUN 2025

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: MONICA ANDREA ORTEGA SANCHEZ, NEUROLOGIA - Registro: 1018410875, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1018410875

Firmado Electrónicamente

Clínica San Rafael de Popayán
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: MEJIA BARBOSA, AIDE VIVIANA, Identificado(a) con CC-25290594			
Edad y Género: 44 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE		**Nombre de la Entidad:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA OCTAVO PISO	**Habitación:**	**Identificador Único:** 47345-1

Diagnóstico: G402: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS

IMAGENOLOGIA Y AYUDAS DX

Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
26/06/2025 09:46	883101- RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		2	S Y C / S Y C

26 JUN 2025

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: MONICA ANDREA ORTEGA SANCHEZ, NEUROLOGIA - Registro: 1018410875, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1018410875
Firmado Electrónicamente

VIVA 1A IPS

RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO

25072804740

Sede: POPAYAN
Orden No. 25072804740
Paciente: AIDE BIBANA MEJIA BARBOSA
Identificación: CC 25290594
Entidad: SOS

Fecha Ingreso: 28-07-2025 08:19 a. m.
Fecha impresión: 04/08/2025
Médico: CLINICA SAN RAFAEL LTDA
Edad / Sexo: 44 Años 6 Meses 13 Dias / F

Examen	Resultado	Unidades	Valores De Referencia
QUIMICA			
CREATININA EN SUERO. ORINA U OTROS	0.68	mg/dL	0.51 a 0.95
Método: Colorimétrico Enzimático			

Fecha Recepción: 28-jul.-2025 08:19 a. m.

Validado: 29-07-2025 04:00 a. m.

BACTERIOLOGO - VIVA 1A - LCP
1072706000

DIEGO FELIPE GARCIA RIAÑO

"La interpretación de este y todo el examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"
"Cuidamos la salud de tu familia como si fuera la nuestra"

LABORATORIO VEJARANO

11059561

LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS. NIT: 900435146-9
Sede Procesamiento: Carrera 5A # 10N-09. Popayán
Sede ingreso: Calle 5 No. 10-50 Barrio Centro Popayán
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

Nombre	: AIDE BIBIANA MEJIA BARBOSA	**Referencia**	: 11059561
Documento	: 25290594	**Edad/Sexo**	: 44 / F
Remite	: NA	**Fecha de Nacimiento**	: 15/01/1981
Empresa	: PROMO VECINO-10% DESCUENTO VOLANTES	**Fecha de Ingreso**	: 2025-08-25 07:48:02
Dirección	: CALLE 4A 34-68 LA SPOMBRILLA	**Fecha Toma**	: 2025-08-25 07:48:02
Telefono	: 8307533	**Fecha Impresión**	: 2025-08-25 11:40:52.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA

INMUNOQUIMICA

CREATININA

Resultado: **0.72** mg/dL

Poblacion pediátrica:
0 - 14 días: 0.42 -1.05 mg/dL
15 días - < 1 año: 0.31 - 0.53 mg/dL
1 - < 4 años: 0.39 - 0.55 mg/dL
4 - < 7 años: 0.44 - 0.65 mg/dL
7 - < 12 años: 0.52 - 0.69 mg/dL
12 - < 15 años: 0.57 - 0.80 mg/dL
15 - < 17 años (niños): 0.65 -1.04 mg/dL
15 - < 17 años (niñas): 0.59 -0.86 mg/dL
17 - < 19 años (niños): 0.69 -1.10 mg/dL
17 - < 19 años (niñas): 0.60 -0.88 mg/dL

Adultos
18 - < 41 años mujeres: 0.5 - 1.0 mg/dL
18 - < 41 años hombres: 0.6 - 1.2 mg/dL
41 - < 61 años mujeres: 0.5 - 1.1 mg/dL
41 - < 61 años hombres: 0.6 - 1.3 mg/dL
> 61 años mujeres: 0.5 - 1.2 mg/dL
> 61 años hombres: 0.7 - 1.3 mg/dL

Técnica: Enzimática

Fecha/Hora Validación: 25/08/2025 11:40:17 a. m.
Tipo de Muestra: Suero

Este examen fue procesado en sede con alcance acreditado

VIVIANA NUÑEZ DIAZ
BACTERIÓLOGA T.P: 1317

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 11059561

URL : https://bit.ly/45LoVMY

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **439865009** Fecha 08/08/2025 Hora 7:29 AM

439865009-31347679

Servicio Occidental de Salud

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 8353810
CLINICA SAN RAFAEL DE POPAYÁN SAS	NI 901552405	6	190010948801	ind número

Dirección Prestador	Departamento	Municipio
CL 18 AN 5 20 BARRIO LA ESTANCIA	CAUCA	POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo	Número Documento Identificación	Teléfono
MEJIA	BARBOSA	AIDE	BIBIANA	CC	25290594	3016904761

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 4 34 68	CAUCA	POPAYAN	1981/01/15		aimia7.camb@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	AIDE BIBIANA MEJIA BARBOSA	860503617	SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	monica andrea ortega sanchez	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
G402	Desde 2025/08/08 Hasta 2025/11/06	2025-01-00573739

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/08		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA

VALOR TOTAL $ TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
890374	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	NA

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Semanas de afiliacion del paciente a la solicitud de la autorización 805 **Reclamo de tiquete, bono o vale de pago**

	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Recaudo del	☐ Cuota moderadora	0.0	0	0.0
	☐ Copago	0.0	0.0%	
	☐ Cuota de recuperación	0	0	
	☐ Otro	0	0	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	Teléfono ind número extensión	Teléfono Celular	Cargo o Actividad

Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686 **Notificación** 0 **No. Acta**

Observaciones

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Firma Usuario

Nro. Identificación

SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA

1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez

3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio

null 7:29 AM

Evita desplazamientos, registro, consulta y descarga autorizaciones médicas a través de whatsapp **318 508 32 62 opc 11** y también desde la oficina virtual.

¡Canales digitales, soluciones al alcance de tu mano!

Sede Nacional: Carrera 56 #11a-88
Línea Nacional: 01 8000 938 777
PBX: (602) 489 86 86

Visita nuestras páginas web
www.sos.com.co
www.pac-sos.com.co

SÍGUENOS

Clínica San Rafael de Popayán
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 25290594**	
Paciente: **AIDE VIVIANA MEJIA BARBOSA**	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **15/01/1981**	
Edad y género: **44 Años, Femenino**	
Identificador único: **47345**	Financiador: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.**

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 26/06/2025 09:00 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA OCTAVO PISO - Servicio: OTRAS CONSULTAS DE ESPECILIDAD

Consulta médica - NEUROLOGIA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Primera vez
Finalidad: Otra
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

¿Ha presentado tos y/o expectoración por más de 15 días?: No

ANAMNESIS
Motivo de consulta: "CITA DE PIRMERA VEZ!
Enfermedad actual: OCUPACION; HOGAR
ASISTE CON; ROSA BARBOSA (MADRE)
CEL: 3016904761

DIESTRO/ZURDO: ZURDA

MOTIVO DE CONSULTA: EPILEPSIA

ENFERMEDAD ACTUAL PACEINTE CON CON ANTENCEDENTE DE OLIGODENDROGLIMA FRONTO PARIETAL IZQUIERDO DE BAJO GRADO KI10%RECIDIVANTE, HISTORIA DE RESECCION PARCIAL (27/01/2021) MAS RADIOTERPIA, SEGUNDA RECIDIVA (DICIEMBRE DEL 2012) SOMETIDA A RADIOCIRUGIA, RNM CEREBRAL DE 16/01/2025 RECIDIVA PERMANTE DE LESION NEOPLASIA FRONTO PARIETO TEMPORAL OCCIPIAL IZQUIERDA CON SOSPECHA DE IMPLANTE EN CUERPO CALLOSO, RECIBIO 18 CICLOS CON BEVACIZUMAB Y 132 CON TEMOZOLAMIDA ENTRE SEPTIEMBTE DEL 2014 HASTA 8 DE MARZO DEL 2017,Y ACUDE A CONTROL.
ANTECEDENTE DE EPILEPSIA DESDE LOS 4 AÑOS
SEMIOLOGIA DE CRISIS: INICIAN MOVIMIENTOS CLONICOS DE HEMICUERPO DERECHO SIN PERDIDA DE CONCIENCIA
FRECUENCIA DE CRISIS: BAJA, ULTIMA CRISIS EN EL AÑO 2018.
TRATAMIENTO ACTUAL
LEVETIRACETAM KEPPRA 1000 MG VO CADA 8 HORAS
PREVIOS: NO HA RECIBIDO.

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: OLIGODENDROGLIMA FRONTO PARIETAL IZQUIERDO DE BAJO GRADO KI10%RECIDIVANTE DX 2011
FARMACOLOGICOS: LEVETIRACEMTAN 1000 MG VO CADA 8 HORAS
QUIRURGICOS: HISTORIA DE RESECCION PARCIAL (27/01/20211)
ALERGICOS: NO REFEIRE
TOXICOLOGICOS: NO REFIERE
FAMILIARES: ABUELA MATERNA HIPERTENSA

ALERTA, LENGUAJE ESCASO, PARES SIN ALTERACION. HEMIPARESIA DERECHA ESPASTICA, HIPERREFLEXIA IPSILATERAL, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL, SENSIBILIDAD NORMAL, TAXIA CONSERVADA, NO SIGNOS MENINGEOS.

PARACLINCIOS;
ELECTROENCEFALOMA COMPUTARIZADO 30/01/2025 NORMAL
RNM CEREBRAL 01/11/2023 _ (REPORTE NO APORTA CD) CAMBIOS POT QUIRGICOS FRONTALES Y PARIETALES IZQUIERDOS CON LESION HETEROGENEA FROTOPARIETAL IZQUIERDA QUE SUGIERE LESION RESIDUAL ESTABLE CON RESPETOS AL ESTUDIO DEL 2022
RNM CEREBRAL DEL 31/06/2024 : AREA MALACICA SUNCORTICAL PARIETAL POSTERIOR IZQUERDA

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 110/20, Presión arterial media(mmhg): 50
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 72 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - G402 - EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS, Fecha de diagnóstico: 26/06/2025, Edad al diagnóstico: 44 Años.

Firmado electrónicamente

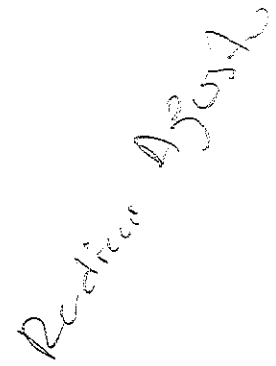
Clínica San Rafael de Popayán
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: MEJIA BARBOSA, AIDE VIVIANA, Identificado(a) con CC-25290594			
Edad y Género: 44 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE		**Nombre de la Entidad:**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA OCTAVO PISO	**Habitación:**	**Identificador Único:** 47345-1

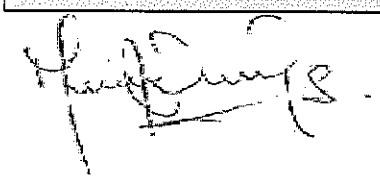
Diagnóstico: G402: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS

CITAS DE CONTROL

Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Justificación / Observaciones
26/06/2025 09:35	890374 - CONSULTA CONTROL DE NEUROLOGIA, En: 3 Meses	Causa: Condición clínica del paciente	CONTROL /CONTROL



MEDICO QUE ORDENA



Firmado Por: MONICA ANDREA ORTEGA SANCHEZ, NEUROLOGIA - Registro: 1018410875, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1018410875
Firmado Electrónicamente