

CLINICA MEDICAL  
RADIOLOGIA

**PACIENTE:** Cedula de Ciudadania 194656732 DAVID URIBE  
**EDAD:** 0 **GENERO:** Masculino  
**REGIMEN:** REGIMENES ESPECIALES  
**CONVENIO:** COMPENSAR 2025 PROPIAS  
**SERVICIO:** AMBULATORIO KENEDY  
**FECHA:** 2025-09-05 10:49:26.058748-05



RADIOLOGIA

Cups 467904    Nombre: ALARGAMIENTO INTESTINAL    Cantidad: 1    Observacion: 212

MEDICO ORDENA

Firmado Por: 1    1234    CLAUDIA PACHON ENFER    Registro Medico:21212  
Firmado Electronicamente