Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDI** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA		**EDAD: 46 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3229589941			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADULTES		Canalización Equipo Básico	
equipos complementario	SI NOX	Canalización servicios institucionales	SIX NO	Canalización a servicios sociales
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. MEDICINA GENERAL	4.
2.ODONTOLOGIA	5.
3.CITOLOGIA	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIE

AUTORIZACIÓN

Yo MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 20652427 por medio de mi firma SI _X_ otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA			
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ		**FIRMA**
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**OCUPACIÓN**
FIRMA			**FIRMA**

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBR**
MEDICINA GENERAL	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	
CITOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

NAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

20652427

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI X	

ENTO

_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA

OFICIOS VARIOS

RE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

OIBOGON ROJAS MARIANA

