SECRETARÍA DE SALUD DE CUND
MODELO DE ATENCION PRIMARIA

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**19/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ANATOLIO RODRIGUEZ		**EDAD: 65 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3125083931			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	VEJEZ		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. SISBEN	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURAI

AUTORIZACIÓN

Yo ANATOLIO RODRIGUEZ Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 80564435 por medio de mi firma SI _X compartida con 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:**	**NOMBRE**
1. SISBEN	**19/02/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

INAMARCA
A EN SALUD

H.S.A.G.

80564435

CORALES

NUEVA EPS

SI	NOX
SI X	

NIENTO

X_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

ANATOLIO RODRIGUEZ

OFICIOS VARIOS

DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

