Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDI** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA I**			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD				
FECHA DE CANALIZACIÓN	**19/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	RODOLFO RAMOS GARZON		**EDAD: 44 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3142309647			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN X		
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. SISBEN			4.	
2.			5.	
3.			6.	
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN				
MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIE				
AUTORIZACIÓN				
Yo RODOLFO RAMOS GARZON Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 80564435 por medio de mi firma SI _ 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**
SISBEN	**19/02/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

NAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

80564435

CORALES

SI	NOX
SI X	

ENTO

X_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

RODOLFO RAMOS GARZON

AGRICULTOR

DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

