Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUN
MODELO DE ATENCION PRIMARI

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALU

FECHA DE CANALIZACIÓN	**20/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ANA LEONOR GONZALEZ		**EDAD: 62 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3115199341			**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 GUATAVIT**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ODONTOLOGIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ANA LEONOR GONZALEZ Identificado (a) con T.Lnúmero 51767896 por medio de mi firma SI _X_ NO___ au
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**
ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IDINAMARCA
IA EN SALUD

ID

H.S.A.G.

51767896

CORALES

FAMISANAR

SI NOX

SI NOX

A

torizo que mi información sea compartida con otras

USUARIO CANALIZADO

ANA LEONOR GONZALEZ

HOGAR

E DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

JENNIFER ZULAY ARAVALO MUÑOZ

