SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**20/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	YOBANI JESUS RODRIGUEZ SARMIENTO		**EDAD: 39 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3103354984			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN		
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. ODONTOLOGIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo YABANI JESUS RODRIGUEZ Identificado (a) con _T.L número 1032376582 por medio de mi firma SI _X_ NO__ 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 DE**
ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**GIR**

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

.MARCA
I SALUD

H.S.A.G.

1032376582

CORALES

NUEVA EPS

SI	NOX
SI	NOX

_ autorizo que mi información sea compartida

USUARIO CANALIZADO

YOBANI JESUS RODRIGUEZ

GANADO

L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

ALDO BUITRAGO SARA MANUELA

