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 :	EDGAR ALFONSO MARTINEZ ALMANZA		**EDAD: 57 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3212755174			**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. MEDICINA GENERAL	4.
2.ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIEN

AUTORIZACIÓN

Yo EDGAR ALFONSO MARTINEZ ALMANZA Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 3192054 por medio de información sea 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 DE**
ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**AF**
MEDICINA GENERAL	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**PEF**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

AMARCA
N SALUD

H.S.A.G.

3192054

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI X	

NTO

mi firma SI _X_ NO___ autorizo que mi

USUARIO CANALIZADO

EDGAR ALFONSO MARTINEZ ALMANZA

AGRICULTOR

L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

REVALO MUÑOZ JENNIFER ZULAY

REZ BETANCOUR LUIS FRANCISCO

