Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDI** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MOISES SARMIENTO RAMOS		**EDAD: 51 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3115052123			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADULTEZ		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. ADULTEZ- MEDICINA GENERAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIE

AUTORIZACIÓN

Yo MOISES SARMIENTO RAMOS Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 3059115 por medio de mi firma SI _X_ NO 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:**	**NOMBR**
ADULTEZ- MEDICINA GENERAL	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

NAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

CC 3059115

CORALES

3209670434

FAMISANAR

SI X	NO
SI X	

ENTO

___ autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

MOISES SARMIENTO RAMOS

AGRICULTOR

RE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

PAULA CHAVEZ

