SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMAR
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SAL

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	NOHORA DIAZ ROMERO		**EDAD: 37 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3144226708			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**
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. PSICOLOGIA - MANEJO DEL DUELO	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIENTO

AUTORIZACIÓN

Yo NOHORA DIAZ ROMERO Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 1074415633 por medio de mi firma SI _ 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:**	**OMBRE DEL PR**
1. PSICOLOGIA	**31/03/2026**	**ARTICULACION CENTRO DE ESCUCHA**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CA
UD

H.S.A.G.

CC 1074415633

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI X	

_X_ NO___ autorizo que mi

USUARIO CANALIZADO

NOHORA DIAZ ROMERO

HOGAR

OFESIONAL QUE PRESTO EL SERVIC

AMANDA VELANDIA

