SECRETARÍA DE SALUD DE CUND
MODELO DE ATENCION PRIMARIA

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**31/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	JUAN PABLO JIMENEZ DIAZ		**EDAD: 14 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	ADOLECENCIA		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. VACUNACION - VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURAI

AUTORIZACIÓN

Yo JUAN PABLO JIMENEZ DIAZ Identificado (a) con _T.C de extrajeria número 1072668956 por medio de mi firm 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
1. VACUNACION	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

INAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

TL 1072668956

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI X	

NIENTO

a SI _X_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

JUAN PABLO JIMENEZ DIAZ

ESTUDIANTE

DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

ADRINANA GONZALEZ

