SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDIN
MODELO DE ATENCION PRIMARIA E

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**7/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	JESUS EVELIO RAMOS DIAZ		**EDAD: 49 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3138594021			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / 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. ODONTOLOGIA	4.
2.ADULTEZ - MEDICINA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANI

AUTORIZACIÓN

Yo JESUS EVELIO RAMOS DIAZ Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 305693 por medio de mi firma SI _X_ I
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**
ODONTOLOGIA	**10/03/2026**	**H.S.A.G**	
ADULTEZ	**10/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IAMARCA
:N SALUD

H.S.A.G.

3056393

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI X	

ENTO

NO___ autorizo que mi información sea compartida

USUARIO CANALIZADO

JESUS EVELIO RAMOS DIAZ

AGRICULTOR

E DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

MARIA VICTORIA BERNAL CORTES

LUIS FRANCISCO PEREZ BETANCOURT

