Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUN
MODELO DE ATENCION PRIMARI

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALU

FECHA DE CANALIZACIÓN	**14/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ROSA HELENA SARMIENTO		**EDAD: 44 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3202496508			**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 GUATAVIT**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ADULTEZ - MEDICINA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ROSA HELENA SARMIENTO Identificado (a) con CC número 20652548 por medio de mi firma SI _X_ NO___ 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	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IDINAMARCA
IA EN SALUD

ID

H.S.A.G.

20652548

CORALES

NUEVA EPS

SI X	NO
SI	NOX

A

autorizo que mi información sea compartida con otras

USUARIO CANALIZADO

ROSA HELENA SARMIENTO

HOGAR

E DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

PAULA CHAVEZ

