SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDIN
MODELO DE ATENCION PRIMARIA E

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LUIS ELVERT SARMIENTO RODRIGUEZ		**EDAD: 61 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3229109457			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	VEJEZ		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. VEJEZ - MEDICINA	4.
2. AUTORIZACION	5.
	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo LUIS ELVERT SARMIENTO Identificado (a) con C.C número 3058890 por medio de mi firma SI _X_ NO___ a 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 DE**
VEJEZ - MEDICINA	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

3058890

CORALES

FAMISANAR

SI X	NO
SI	NOX

autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

LUIS ELVERT SARMIENTORODRIGUEZ

HOGAR

EL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

PAULA CHAVEZ

