SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LUZ AMPARO DIAZ VENAVIDEZ		**EDAD: 56 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3115052123			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN		
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. ADULTEZ - MEDICINA GENERAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIEN

AUTORIZACIÓN

Yo LUZ AMPARO DIAZ VENAVIDEZ Identificado (a) con _C.C de extrajeria número 20652312 por medio de mi firm
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:**	**NOMBRE DE**
ADULTEZ - MEDICINA GENERAL	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

AMARCA
N SALUD

H.S.A.G.

20652312

CORALES

FAMISANAR

SI X	NO
SI X	

NTO

ıa SI _X_ NO___ autorizo que mi información

USUARIO CANALIZADO

LUZ AMPARO DIAZ VENAVIDEZ

HOGAR, ORDEÑO

L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

PAULA CHAVEZ

