SECRETARÍA DE SALUD DE CUN
MODELO DE ATENCION PRIMARI

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALU

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA		**EDAD: 46 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3229589941			**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. ADULTES MEDICINA GENERAL	4.
2. CITOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA Identificado (a) con CC número 20652427 por medio de mi firma SI _X_ N
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:**	**NOMBR**
ADULTES MEDICINA GENERAL	**1/05/2026**	**H.S.A.G**	
CITOLOGIA	**1/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IDINAMARCA
IA EN SALUD

ID

H.S.A.G.

20652427

CORALES

FAMISANAR

SI X	NO
SI	NOX

A

NO___ autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

MARGARITA JIMENEZ BAUTISTA

HOGAR

E DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

SONIA BERNAL

