SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	RODOLFO RAMOS GARZON	**EDAD: 44 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 80564435
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**CORALES**
TELEFONO DE CONTACTO:	3142309647		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	ADULTES	Canalización Equipo Básico		SI X NO
Canalización equipos complementarios	SI NOX	Canalización servicios institucionales: SIX NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ADULTES MEDICINA GENERAL	4.
2. ODONLOTOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo RODOLFO RAMOS GARZON Identificado (a) con C.C número 80564435 por medio de mi firma SI _X_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ	**FIRMA**	RODOLFO RAMOS GARZON
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	AGRICULTOR
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
ODONTOLOGIA	**/05/2026**	**H.S.A.G**	**SONIA BERNAL**
AUTIRIZACIONES	/05/2026	**H.S.A.G**	**SONIA BERNAL**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	