Gobernación de Cundinamarca		**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAM** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN S**		
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD				
FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	CINDY CECILIA RAMOZ GAMA		**EDAD: 16 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3228535297			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADOLECENCIA		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. AUTORIZACIONES	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo CINDY CECILIA RAMOS GAMA Identificado (a) con TL. número 1023165391 por medio de mi firma SI _X_ NO___ a
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**
1. ODONTOLOGIA	**2/05/2026**	**H.S.A.G**	
2. AUTORIZACIONES	**2/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

IARCA **SALUD**
H.S.A.G.
TL. 1023165391
CORALES
FAMISANAR
SI X NO
SI NOX
utorizo que mi información sea compartida
USUARIO CANALIZADO
CINDY CECILIA RAMOS GAMA
HOGAR
L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
SONIA BERNAL
SONIA BERNAL

