SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAM
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**9/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	GERARDO RAMOS DIAZ		**EDAD: 64 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3232024316			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADOLESENCIA		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. AUTIRIZACIONES	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo GERARDO RAMOS DIAZ Identificado (a) con _C.C número 19427983 por medio de mi firma SI _X_ NO___ autoriz 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. AUTORIZACIONES	**9/05/2026**	**H.S.A.G**	
2.			

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

MARCA
SALUD

H.S.A.G.

CC. 19427983

CORALES

FAMISANAR

SI	NO X
SI	X

zo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

GERARDO RAMOS DIAZ

HOGAR

L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

