



**HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA E.S.E DE LERIDA TOLIMA**  
**NIT. 890.70.823-5**



**FORMATO DE TRAMITES**

Version: 01

Código: FO - GF - SA - 01

Fecha: 03/04/2025

Página: 1 de 1

**INFORMACION DEL USUARIO**

**Nombre:**

**Apellidos**

**Tipo de identificación:**

- ☐ Cedula de ciudadanía  
☐ Tarjeta de identidad  
☐ Registro civil  
☐ Permiso especial de permanencia

**Numero de identificación:**

**Fecha de nacimiento:**

**Teléfono fijo y/o celular:**

**Correo electrónico:**

**Municipio de residencia:**

**EPS:**

**Regimen**

Subsidiado

☐

Contributivo

☐

**Tramite solicitado:**

- ☐ Atención inicial de urgencias  
☐ Asignación de cita para la prestación de servicios en salud  
☐ Historia clínica  
☐ Terapia  
☐ Radiología e imágenes diagnosticas  
☐ Certificado de defunción por muerte natural  
☐ Certificado de paz y salvo

**Acepto la política de tratamiento de datos personales en Colombia (Ley 1581 de 2012):**

Si

☐

No

☐

Calle 2 No.13A – 25 Barrio Adra Ofassa  
ventanillaunica@hospitalreinalerida.gov.co  
www.hospitalreinalerida.gov.co