Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**20/02/2026**			E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	SONIA LILIANA CASTAÑEDA PEÑUELA		**EDAD: 29 AÑOS**		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA				**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3118516086				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO		ESPECIAL	**EPS/EAPB**
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
riesgo según RIAS	ADULTES		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. ODONTOLOGIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo SONIA LILIANA CASTAÑEDA PEÑUELA Identificado (a) con TL número 1071143952 por medio de mi firma SI _X_ compartida 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**
ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**JE**

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

AMARCA
I SALUD

H.S.A.G.

1071143952

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI	NOX

NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

SONIA LILIANA CASTAÑEDA PEÑUELA

HOGAR

EL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

ENNIFER ZULAY AREVALO MUÑOZ

