Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAM**
**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 :** | DEISY JOHANA LOPEZ SARMIENTO | | **EDAD: 19 AÑOS** | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | | **DIRECCIÓN:** |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3144559204 | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** |
| **TIPO ASEGURAMIENTO :** | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | **EPS/EAPB** |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | |
| 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. MEDICINA GENERAL | 4. |
| 2.ODONTOLOGIA | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo DEISY JOHANA LOPEZ SARMIENTO Identificado ( a) con _C.C número 1069303061 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** | **GR** |
| **MEDICINA GENERAL** | **1/02/2026** | **H.S.A.G** | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Documento elaborado por: | | | |
| Apoyo técnico: | | | |
| Fecha Elaboración | | | |

**MARCA**
**SALUD**

**H.S.A.G.**

1069303061

**CORALES**

FAMISANAR

| | |
|---|---|
| SI | NOX |
| SI | X |

_ NO___ autorizo que mi información sea

**USUARIO CANALIZADO**

DEISY JOHANA LOPEZ SARMIENTO

HOGAR

**L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

**ALDO BUITRAGO SARA MANUELA**

