Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD
MODELO DE ATENCION P

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/04/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	YARIANNY ROSMARY CASTILLO OLLARVES		**EDAD: 21 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3115854359			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
	VINCULADO		SIN AFILIACIÓN X		
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 GUA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARI

1. SISBEN	4.
2.CONTROLES PRENATALES	5.
3.ECOGRAFIA	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZAC

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN A

AUTORIZACIÓN

Yo YARIANNY ROSMARY CASTILLO OLLARVES Identificado (a) con _C.V de extrajeria número 31488873 por m 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-EFICIE

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	
SISBEN	**27/01/2026**	**H.S.A.G**	
CONTROLES PRENATALES	**6/04/2026**	**H.S.A.G**	
ECOGRAFIA	**16/04/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

DE CUNDINAMARCA
PRIMARIA EN SALUD

DE SALUD

H.S.A.G.

C.V 31488873

CORALES

SECRETARIA DE SALUD GUASCA

SI X	NO
SI X	

ATAVITA

O

IÓN

SEGURANIENTO

nedio de mi firma SI _X_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

YARIANNNY ROSMARY CASTOLLO OLLARVES

HOGAR - CEBOLLERA

NTES

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

