Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAM
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARIA FERMANDA SARMIENTO DIAZ		**EDAD: 17 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3209670434			**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. ADOLECENCIA - MEDICINA GENERAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo MARIA FERNANDA SARMIENTO DIAZ Identificado (a) con _T.C número 1071143005 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**
ADOLECENCIA - MEDICINA GENERAL	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

MARCA **SALUD**
H.S.A.G.
TL 1071143005
CORALES
FAMISANAR
SI X NO
SI X
_ NO___ autorizo que mi información sea
USUARIO CANALIZADO
MARIA FERNANDA SARMIENTO DIAZ
LECHERIA
L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
PAULA CHAVEZ

