SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/03/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LE IDY JOHANNA SARMIENTO SARMIENTO	**EDAD: 13 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TL 1071143637
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**CORALES**
TELEFONO DE CONTACTO:	3203113957		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	ADOLECENCIA	Canalización Equipo Básico		SI X NO
Canalización equipos complementarios	SI NOX	Canalización servicios institucionales	SIX NO	Canalización a servicios sociales: SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. MEDICINA GENERAL- ADOLECENCIA	4.
2. ODONLOTOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo LEIDY JOANNA SARMIENTO SARMIENTO Identificado (a) con T.C número 1071143637 por medio de mi firma SI _X_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ	**FIRMA**	LEIDY JOHANNA SARMIENTO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	ESTUDIANTE
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
MEDICINA GENERAL	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	**PAULA CHAVEZ**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	