Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDI** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA I**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	EYLEN ALEJANDRA VAZQUEZ		**EDAD: 12 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3503165766			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]		
riesgo según RIAS	ADOLECENCIA		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. VACUNACION	4.
2.ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIE

AUTORIZACIÓN

Yo EYLEN ALEJANDRA VAZQUEZ Identificado (a) con _T.L número 1075802764 por medio de mi firma SI _X_ NO_ 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**
1. VACUNACION	**31/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

NAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

TL. 1075802764

CORALES

NUEVA EPS

SI	NOX
SI	NO X

ENTO

___ autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

EYLEN ALEJANDRA VAZQUEZ

ESTUDIANTE

DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

