SECRETARÍA DE SALUD DE CUND
MODELO DE ATENCION PRIMARIA

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	SARA XIMENA PEÑUELA LUQUE		**EDAD: 5 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	32020255576			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]		
riesgo según RIAS	PRIMERA INFANCIA		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. ODONTOLOGICO	4.
2.CRECIMIENTO Y DESARROLLO	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURAI

AUTORIZACIÓN

Yo SARA XIMENA PEÑUELA LUQUE Identificado (a) con _R.C número 1077094445 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**
1. ODONTOLOGIA	**31/05/2026**	**H.S.A.G**	
2. CRECIMIENTO Y DASARROLLO	**31/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

INAMARCA
A EN SALUD

H.S.A.G.

RC. 1077094445

CORALES

NUEVA EPS

SI	NOX
SI	X

NIENTO

_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

SARA XIMENA PEÑUELA LUQUE

HOGAR

DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

SONIA BERNAL

