Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUN** **MODELO DE ATENCION PRIMARI**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LAURA SOFIA MANTERA		**EDAD: 0 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3115854359			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	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. VACUNACION	4.
2.CRECIMIENTO Y DESARROLLO	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURAN

AUTORIZACIÓN

Yo LAURA SOFIA MANCERA Identificado (a) con _R.C número 1071145212 por medio de mi firma SI _X_ NO___ autorizo c 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:**	**NOM**
1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	**31/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

DINAMARCA
IA EN SALUD

H.S.A.G.

RC 1071145212

CORALES

NUEVA EPS

SI	NOX
SI X	NO

IIENTO

que mi información sea compartida con otras entidades en el

USUARIO CANALIZADO

LAURA SOFIA MANCERA

HOGAR

BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

