Gobernación de Cundinamarca			**SECRETARÍA DE S** **MODELO DE ATEN**	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERV				
FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENC	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	CARMEN AVELDAÑO FUENTES		**EDAD: 66 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIREC**
TELEFONO DE CONTACTO:	312591630			**TELEFONO DI ALTERN**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL	**EPS/E**
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN		
riesgo según RIAS	VEJEZ		Canalización Equipo Básico	
equipos complementario	SI NOX	Canalización servicios institucionales	SIX NO	Canalización a s
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DI**			
SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL US				
1. VEJEZ - MEDICINA			4.	
2.ODONTOLOGIA			5.	
3.			6.	
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANA				
MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES S				
AUTORIZACIÓN				
Yo CARMEN AVELDAÑO Identificado (a) con _C.C número 51619066 por medio de mi firma SI _X_ NO___ a proceso de la presente canalización.				

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EF

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**
VEJEZ - MEDICINA	**10/03/2026**	**H.S.A.G**
ODOMTOLOGIA	**10/03/2026**	**H.S.A.G**

Documento elaborado por:		
Apoyo técnico:		
Fecha Elaboración		

SALUD DE CUNDINAMARCA	
NCION PRIMARIA EN SALUD	
ICIOS DE SALUD	
CIA	**H.S.A.G.**
E IDENTIFICACIÓN:	51619066
CIÓN:	**CORALES**
E CONTACTO NATIVO:	
EAPB	FAMISANAR
	SI NOX
ervicios sociales	SI NO X
E GUATAVITA	
SUARIO	
LIZACIÓN	
SIN ASEGURANIENTO	
autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	CARMEN AVELDAÑO FUENTES
OCUPACIÓN	HOGAR
FIRMA	
FICIENTES	
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO	
SONIA BERNAL	
SONIA BERNAL	