Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**19/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LUZ MIRIAM PEDRAZA BONILLA		**EDAD: 50 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	20652376
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3107619537			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	NUEVA EPS
Grupos de riesgo según RIAS	ADULTEZ		Canalización Equipo Básico		SI NOX
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.ODONTOLOGIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo LUZ MIRIAM PEDRAZA Identificado (a) con C.C número 20652376 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	
NOMBRE	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	MIRIAM PEDRAZA
OCUPACIÓN	HOGAR
FIRMA	MIRIAM PEDRAZA

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
ODONTOLOGIA	**22/05/2026**	**H.S.A.G**	**JENIFER AREVALO**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	