SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**22/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	LAURA SOFIA ARIAS	**EDAD: 19 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1050606229
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3202774162		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	JUVENTUD	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. PLANIFICACION FAMILIAR CONCEJERIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO LAURA SOFIA ARIAS Identificado (a) con T.I número 1050606229 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		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	LAURA ARIAS
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	LAURA ARIAS

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
PLANIFICACIONFAMILIAR	**25/05/2026**	**H.S.A.G**	**MILENA MUNAR**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	