SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**25/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARIA DEL CARMEN VERDUGO	**EDAD: 54 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	46367448
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3205696865		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	FAMISAANAR
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. MEDICINA ADULTEZ	4.
2.VACUNACION	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO MARIA DEL CARMEN VERDUGO Identificado (a) con C.C número 46367448 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**	MARIA VERDUGO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	OFICIOS VARIOSS
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	MARIA VERDUGO

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
MEDICINA ADULTEZ	**25/05/2026**	**H.S.A.G**	**NATALIA AVELLANEDA**
VACUNACION	**25/05/2026**	**H.S.A.G**	**LIGIA TUNARROSA**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	