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	**22/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ANGELA YISETH BAEZ	**EDAD : 15 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1014740265
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3133319155		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	ADOLESCENCIA	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	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO ANGELA BAEZ Identificado (a) con T.I. número 1014740265 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**	ANGELA BAEZ
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	ESTUDIANTE
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	ANGELA BAEZ

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	