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 :	ADRIANA YOHANA SARMIENTO	**EDAD: 34 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071143083
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	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 PYP	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO ADRIANA SARMIENTO Identificado (a) con C.C número 1071143083 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**	ADRIANA SARMIENTO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	ADRIANA SARMIENTO

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**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	