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	**25/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	NUBIA ESPERANZA SARMIENTO		**EDAD: 33 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071143326
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3202943174			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	FAMISANAR
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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 INFLUENZA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO NUBIA SARMIENTO Identificado (a) con C.C número 1071143326 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	NUBIA SARMIENTO
OCUPACIÓN	HOGAR
FIRMA	NUBIA SARMIENTO

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
VALORACION 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	