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 :	SAUL JIMENEZ	**EDAD: 64 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	3058719
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3214469438		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB** FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	VEJEZ	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. VALORACION MEDICINA PYP	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO SAUL JIMENEZ Identificado (a) con C.C número 3058719 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**	SAUL JIMENEZ
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	AGRICULTURA
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	SAUL JIMENEZ

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	