| | |
|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**<br>**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD** |

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | **13/05/2026** | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | **H.S.A.G.** | |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | EDILSEN GARZON ROJAS | | **EDAD: 36 AÑOS** | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1071142792 | |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | | | **DIRECCIÓN:** | **GUANDITA** | |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3213738230 | | | | **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. CONTROL PRENATAL | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo EDILSEN GARZON Identificado ( a) con C.C número 1071142792 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** | EDILSEN GARZON |
| **OCUPACIÓN** | HOGAR |
| **FIRMA** | EDILSEN GARZON |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| **SERVICIO** | **FECHA:** | **NOMBRE IPS:** | **NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO** |
|---|---|---|---|
| **CONTROL PRENATAL** | **20/05/2026** | **H.S.A.G** | **LIZETH TORRES** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |