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 :	ITHAN SAMULE JIMENEZ		**EDAD: 6 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1025331459
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3503998033			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	NUEVA EPSS
Grupos de riesgo según RIAS	INFANCIA		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 INTEGRAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO ITHAN JIMENEZ Identificado (a) con T.I número 1025331459 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**	ITHAN JIMENEZ
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	ESTUDIANTE
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	ITHAN JIMENEZ

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	