| | |
|---|---|
| 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:** | 3217311356 | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL<br>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. GINECOLOGIA | 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** | | **USUARIO CANALIZADO** | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA | **FIRMA** | EDDILSEN GARZON |
| **CARGO** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | **OCUPACIÓN** | HOGAR |
| **FIRMA** | FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA | **FIRMA** | EDDILSEN GARZON |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| **SERVICIO** | **FECHA:** | **NOMBRE IPS:** | **NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO** |
|---|---|---|---|
| **GINECOLOGIA** | **22/05/2026** | **H.S.A.G** | **EDGARDO CEDIEL** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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