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	**13/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ANTONELLA RICO MONTES		**EDAD: 2 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1069307638
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3209758152			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	FAMISANAR
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	PRIMERA 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. PEDIATRIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ANTONELLA RICO Identificado (a) con R.G número 1069307638 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**	ANTONELLA RICO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY PEÑA	**FIRMA**	GISELL MONTES (MADRE

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
PEDIATRIA	**16/05/2026**	**H.S.A.G**	**CATERINE ERAZO**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	