SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**07/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ROSA JIMENEZ GARZON	**EDAD: 84 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	20652445
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3122926738		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**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.MEDICINA VEJEZ	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ROSA JIMENEZ Identificado (a) con C.C número 20652445 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**	ROSA JIMENEZ
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY PEÑA	**FIRMA**	ROSA JIMENEZ

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
MEDICINA VEJEZ	**12/05/2026**	**H.S.A.G**	**FRANCISCO PEREZ**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	