SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**21/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	JEISSON DAVID SANABRIA	**EDAD: 4 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1057736863
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3202774162		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	NUEVA EPS
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. VALORACION INTEGRAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo JEISSON DAVID SANABRIA Identificado (a) con R.G 1057736863 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**	JEISSON DAVID SANABRIA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	INFANCIA
FIRMA	FANNY PEÑA	**FIRMA**	LAURA (MADRE)

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	