SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EI

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**20/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	JAIME HUMBERTO SARMIENTO		**EDAD: 31 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3118516086			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADULTEZ		Canalización Equipo Básico	
equipos complementario	SI / NOX	Canalización servicios institucionales	SIX / NO	Canalización a servicios sociales
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ODONTOLOGIA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo JAIME HUMBERTO SARMIENTO Identificado (a) con _C.C número 1071145580 por medio de mi firma SI _X compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA			
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ		**FIRMA**
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**OCUPACIÓN**
FIRMA			**FIRMA**

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DE**
1. ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**AR**

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

AMARCA
N SALUD

H.S.A.G.

1071145580

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI	NOX

_ NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

JAIME HUMBERTO SARMIENTO

AGRICULTOR

L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

REVALO MUÑOZ JENNIFER ZULAY

