SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDIN
MODELO DE ATENCION PRIMARIA E

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**20/02/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	SARA YULIANA SARMIENTO CASTAÑEDA		**EDAD: 2 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3118516086			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	PRIMERA INFANCIA		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.
	5.
	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo SARA YULIANA SARMIENTO Identificado (a) con R.C número 1071145061 por medio de mi firma SI _X_ NO 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**
ODONTOLOGIA	**23/02/2026**	**H.S.A.G**	**A**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

1071145061

CORALES

FAMISANAR

SI	NOX
SI	NOX

O___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

SARA YULIANA SARMIENTO

HOGAR

EL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

REVALO MUÑOZ JENNIFER ZULAY

