Gobernación de Cundinamarca		**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAM** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN S**		
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD				
FECHA DE CANALIZACIÓN	**29/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	DILAN MATHIAS GARZON SARMIENTO		**EDAD: 2 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3209670434			**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.
2. PRIMERA INFANCIA- MEDICA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo DILAN MATHIAS GARZON SARMIENTO Identificado (a) con R.C número 1071145141 por medio de mi firma SI _X_ l
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	**29/03/2026**	**H.S.A.G**	**GIR**
2. PRIMERA INFACIA - MEDICA	**31/03/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

IARCA **SALUD**
H.S.A.G.
RC 1071145141
CORALES
FAMISANAR
SI X NO
SI NOX
NO___ autorizo que mi información sea
USUARIO CANALIZADO
DOMINIC MATHIAS RODRIGUEZ
HOGAR
L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
ALDO BUITRAGO SARA MANUELA
PAULA CHAVEZ

