Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDI** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**9/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	WILMER ALEXANDER FUENTES ORTIZ		**EDAD: 7 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	324974770			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL
	VINCULADO		SIN AFILIACIÓN	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	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. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	4.
2.ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIE

AUTORIZACIÓN

Yo WILMER ALEXANDER FUENTES ORTIZ Identificado (a) con _T.L de número 1069267999 por medio de mi firma SI _X_ 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:**	**NOMBR**
1.CRECIMIENTO Y DESARROLLO	**30/05/2026**	**H.S.A.G**	
2. ODONTOLOGIA	**30/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

NAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

TL. 1069267999

CORALES

3125916930

NUEVA EPS

SI	NO X
SI	NO X

ENTO

NO___ autorizo que mi información sea compartida con

USUARIO CANALIZADO

WILMER ALEXANDER FUENTES ORTIZ

ESTUDIANTE

RE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

