**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMAR**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SAL**

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | **1/05/2026** | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | DYLAN ADRIAN FUENTES ORTIZ | | **EDAD: 3 AÑOS** | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | | **DIRECCIÓN:** |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3204974770 | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO | | CONTRIBUTIVO X | ESPECIAL |
| | VINCULADO | | SIN AFILIACIÓN | **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. CRECIMIENTO Y DESARROLLO | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**MIGRANTE GESTANTE SIN ININCIAR CONTROLES SIN ASEGURANIENTO**

**AUTORIZACIÓN**

Yo DYLAN ADRIAN FUENTES ORTIZ Identificado ( a) con _R.C de número 1069269261 por medio de mi firma SI _X_ sea 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:** | **OMBRE DEL PRO** |
|---|---|---|---|
| **1. ODONTOLOGIA** | **31/05/2026** | **H.S.A.G** | |
| **2. CRECIMIENTRO Y DESARROLLO** | **31/05/2026** | **H.S.A.G** | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

.CA
.UD

**H.S.A.G.**

R.C 1069269261

**CORALES**

NUEVA EPS

| | |
|---|---|
| SI | NOX |
| SI | X |

_ NO___ autorizo que mi información

**USUARIO CANALIZADO**

DYLAN ADRIAN FUENTES ORTIZ

HOGAR

**OFESIONAL QUE PRESTO EL SERVIC**

**SONIA BERNAL**

**SONIA BERNAL**

