SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**21/05/2026**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**H.S.A.G.**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARIA DEL CARMEN PEÑA	**EDAD: 69 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	20651137
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3102447128		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	VEJEZ	Canalización Equipo Básico		SI / NOX
Canalización equipos complementarios	SI / NOX	Canalización servicios institucionales	SIX / NO	Canalización a servicios sociales: SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. VACUNACION INFLUENZA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO MARIA DEL CARMEN PEÑA Identificado (a) con C.C número 20651137 por medio de mi firma SI _X_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	MARIA DEL CARMEN PEÑA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	MARIA DEL CARMEN PEÑA

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
VACUNACION	**25/05/2026**	**H.S.A.G**	**LIGIA TUNARROSA**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	