Gobernación de Cundinamarca	**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 :	CLARA BELTRAN RODRIGUEZ		**EDAD: 61 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	20644483
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**GUANDITA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3224649881			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	NUEVA EPS
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. VACUNA INFLUENZA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

YO CLARA BELTRAN Identificado (a) con T.I número 20644483 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**	CLARA BELTRAN
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	FANNY ESPERANZA PEÑA VELANDIA	**FIRMA**	CLARA BELTRAN

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	