



Gobernación  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                      |                                                         |                                         |                                                                    |                                   |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                | 09/09/2024                                              | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA           |                                                                    | Ese Centro de Salud Fosca         |                                                         |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:         | Luis Steven Pardo Castro                                | EDAD:                                   | 16 años                                                            | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | Ti 1032318798                                           |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA:             | Fosca                                                   | DIRECCIÓN:                              |                                                                    |                                   | VEIEDA San Isidro                                       |
| TELÉFONO DE CONTACTO:                | 3115190649                                              | TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:       |                                                                    |                                   |                                                         |
| TIPO ASEGURAMIENTO:                  | SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/>          | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>   | ESPECIAL <input type="checkbox"/>                                  | EPS/EAPB                          |                                                         |
|                                      | VINCULADO <input type="checkbox"/>                      | SIN AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> |                                                                    |                                   |                                                         |
| Grupos de riesgo según RIAS          |                                                         |                                         |                                                                    | Canalización Equipo Básico        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Canalización equipos complementarios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización servicios institucionales  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización a servicios sociales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| IPS DE ATENCIÓN:                     |                                                         |                                         |                                                                    |                                   |                                                         |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

|                     |    |
|---------------------|----|
| 1. Medicina General | 4. |
| 2.                  | 5. |
| 3.                  | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El paciente refiere que presenta demaciado dolor de cabeza y lo llevo particular, pero desean realizarle exámenes mas avanzados.

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Mary Castro Clavijo identificado (a) con CC número 39932189 por medio de mi firma SI ☒ 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                   | Karla Lineth Aguado Cruz | FIRMA              |  |
| CARGO                    | Auxiliar de enfermería   | OCUPACIÓN          |  |
| FIRMA                    |                          | FIRMA              |  |

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

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



Gobernación  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                      |                             |                                     |                                        |                          |                                  |                             |                                   |                             |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                | 09/09/2024                  |                                     | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA          |                          |                                  |                             |                                   |                             |                             |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:         | Didiel Feiney Pardo Castro  |                                     | EDAD:                                  | 14 años                  | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | TI: 1072319291              |                                   |                             |                             |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA:             | San Isidro                  |                                     | DIRECCIÓN:                             |                          | San Isidro                       |                             |                                   |                             |                             |
| TELÉFONO DE CONTACTO:                | 3115190649                  |                                     | TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:      |                          |                                  |                             |                                   |                             |                             |
| TIPO ASEGURAMIENTO:                  | SUBSIDIADO                  | <input checked="" type="checkbox"/> | CONTRIBUTIVO                           | <input type="checkbox"/> | ESPECIAL                         | <input type="checkbox"/>    | EPS/EAPB                          |                             |                             |
|                                      | VINCULADO                   | <input type="checkbox"/>            | SIN AFILIACIÓN                         | <input type="checkbox"/> |                                  |                             |                                   |                             |                             |
| Grupos de riesgo según RIAS          |                             |                                     | Canalización Equipo Básico             |                          | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO |                                   |                             |                             |
| Canalización equipos complementarios | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO         | Canalización servicios institucionales |                          | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO | Canalización a servicios sociales | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

IPS DE ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General

4.

2.

5.

3.

6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Loz MEIY Castro Clavijo Identificado (a) con CC número 39732189 por medio de mi  
firma SI ☐ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| NOMBRE | Karla Lineth Aguado Guz |
| CARGO  | Aux Enfermería          |
| FIRMA  |                         |

USUARIO CANALIZADO

|           |  |
|-----------|--|
| FIRMA     |  |
| OCUPACIÓN |  |
| FIRMA     |  |

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración



Gobernación  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                      |                                                         |                                         |                                                         |                                   |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                | 09/SEP/24                                               | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA           |                                                         | ese Centro de Salud fosca         |                                                         |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:         | Pablo Virgilio Clavijo C.                               | EDAD:                                   | 10 años                                                 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | ti. 1092319972                                          |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA:             | San Isidro Fosca                                        |                                         |                                                         | DIRECCIÓN:                        | San Isidro                                              |
| TELÉFONO DE CONTACTO:                | 3222947003                                              |                                         |                                                         | TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: |                                                         |
| TIPO ASEGURAMIENTO:                  | SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/>          | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>   | ESPECIAL <input type="checkbox"/>                       | EPS/EAPB                          | Famisanari                                              |
|                                      | VINCULADO <input type="checkbox"/>                      | SIN AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> |                                                         |                                   |                                                         |
| Grupos de riesgo según RIAS          |                                                         |                                         |                                                         |                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Canalización equipos complementarios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización servicios institucionales  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización a servicios sociales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| IPS DE ATENCIÓN:                     |                                                         |                                         |                                                         |                                   |                                                         |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

- |                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. Crecimiento y Desarrollo | 4. |
| 2. Odontología              | 5. |
| 3.                          | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

No tienen controles al día.

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Clavijo Rojas Identificado (a) con CC número 20851903 por medio de mi firma SI ☒ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| NOMBRE | Karla Lineth Agudelo Cruz |
| CARGO  | Auxiliar de Enfermería    |
| FIRMA  |                           |

USUARIO CANALIZADO

|           |  |
|-----------|--|
| FIRMA     |  |
| OCUPACIÓN |  |
| FIRMA     |  |

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

Documento elaborado por:

soy técnico:

Fecha Elaboración



Gobernación de  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                      |                                                         |                                         |                                                         |                                   |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                | 09/sep/2024                                             | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA           |                                                         | Ese Centro de Salud Fosca         |                                                         |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO          | Fanny Cristina Clavijo                                  | EDAD:                                   | 9 años                                                  | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | ti. 1072720168                                          |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA:             | Fosca                                                   | DIRECCIÓN:                              |                                                         | San Isidro                        |                                                         |
| TELÉFONO DE CONTACTO:                | 3222947003                                              | TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:       |                                                         |                                   |                                                         |
| TIPO ASEGURAMIENTO:                  | SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/>          | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>   | ESPECIAL <input type="checkbox"/>                       | EPS/EAPB                          | famisanav                                               |
|                                      | VINCULADO <input type="checkbox"/>                      | SIN AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> |                                                         |                                   |                                                         |
| Grupos de riesgo según RIAS          |                                                         |                                         |                                                         |                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Canalización equipos complementarios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización servicios institucionales  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Canalización a servicios sociales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| IPS DE ATENCIÓN:                     |                                                         |                                         |                                                         |                                   |                                                         |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. Crecimiento y Desarrollo | 4. |
| 2. Odontología              | 5. |
| 3.                          | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

No Estan al día en controles.

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Clavijo Rojas Identificado (a) con CC número 20851903 por medio de mi firma SI ☐ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA

|        |                            |           |  |
|--------|----------------------------|-----------|--|
| NOMBRE | Karla Ingrid Ascarolo Cruz | FIRMA     |  |
| CARGO  | Asesor de Enfermería       | OCUPACIÓN |  |
| FIRMA  |                            | FIRMA     |  |

USUARIO CANALIZADO

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración



Gobernación  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                      |                                                                                                                              |                                        |                                                         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                | 09/09/24                                                                                                                     | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA          | ESE Centro de Salud FOSCO                               |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO          | Britney Dariana Clavijo                                                                                                      | EDAD                                   | 5 años                                                  |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA              | Vereda San Isidro Fosco                                                                                                      | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN        | RC. 1072720746                                          |
| TELÉFONO DE CONTACTO                 | 3112765753                                                                                                                   | DIRECCIÓN                              | Vereda San Isidro                                       |
| TIPO ASEGURAMIENTO                   | SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/><br>CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/><br>VINCLADO <input type="checkbox"/> | ESPECIAL <input type="checkbox"/>      | EPS/EAPB                                                |
| Grupos de riesgo según RIAS          |                                                                                                                              | Canalización Equipo Básico             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Canalización equipos complementarios | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                      | Canalización servicios institucionales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Canalización a servicios sociales    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                      |                                        |                                                         |
| IPS DE ATENCIÓN:                     |                                                                                                                              |                                        |                                                         |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. Crecimiento y Desarrollo | 4. |
| 2. Odontología              | 5. |
| 3.                          | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca Haibel Castro identificado (a) con CC número 1003661744 por medio de mi firma SI ☒ 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 | Karla Lineth Aguado C107 | FIRMA     |  |
| CARGO  | Auxiliar de enfermería   | OCUPACIÓN |  |
| FIRMA  | Kelly                    | FIRMA     |  |

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración



Gobernación de  
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

|                                                         |                                                |                                                         |                                   |                                                         |                |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| FECHA DE CANALIZACIÓN                                   | 09/09/24                                       | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA                           |                                   | ESE Centro de Salud Fosca                               |                |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:                            | Blanca Maibel Castro                           | EDAD:                                                   | 23 años                           | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                        | CC. 1003661744 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA:                                | San Isidro                                     | DIRECCIÓN:                                              |                                   | San Isidro                                              |                |
| TELÉFONO DE CONTACTO:                                   | 3112765753                                     | TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:                       |                                   |                                                         |                |
| TIPO ASEGURAMIENTO:                                     | SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/> | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>                   | ESPECIAL <input type="checkbox"/> | EPS/EAPB                                                | N/ EPS         |
| VINCLADO <input type="checkbox"/>                       |                                                | SIN AFILIACIÓN <input type="checkbox"/>                 |                                   |                                                         |                |
| Grupos de riesgo según RIAS                             |                                                | Canalización Equipo Básico                              |                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                |
| Canalización equipos complementarios                    |                                                | Canalización servicios institucionales                  |                                   | Canalización a servicios sociales                       |                |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                |
| IPS DE ATENCIÓN:                                        |                                                |                                                         |                                   |                                                         |                |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontología

4.

2.

5.

3.

6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca Maibel Castro identificado (a) con CC número 1003661744 por medio de mi firma SI ☒ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| NOMBRE | Karla Gneith Aguado Cruz |
| CARGO  | Aux Enfermera            |
| FIRMA  |                          |

USUARIO CANALIZADO

FIRMA

OCUPACIÓN

FIRMA

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|----------|--------|-------------|-----------------------------------------------|
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |
|          |        |             |                                               |

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración