



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		Centro de Salud D
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Loisa Mariabel Acosta C.	EDAD: 2 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca	DIRECCIÓN:		San Isidro
TELÉFONO DE CONTACTO:	310 233 6328	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐	EPS/EAPB		NLEPS Quetame
VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐				
Grupos de riesgo según RIAS	Canalización Equipo Básico			☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	☐ SI ☐ NO	Canalización servicios institucionales	☐ SI ☐ NO	Canalización a servicios sociales ☐ SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento y Desarrollo Medico	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

--

AUTORIZACIÓN

Yo Mariana Luz Day Castro Rojas Identificado (a) con CC número 1007184032 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 Asodela 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	