FN 19/9/2000

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Sergio Hernesto Pardo Garay		EDAD: 24 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007184634
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3186071612			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [x]	CONTRIBUTIVO [x]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Fortiscar.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	[x] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza paciente con antecedentes de cifras tensionales altas, Glucometrias altas

AUTORIZACIÓN

Yo Yesdy Sugey Acosta Rey Identificado (a) con CC número 1000688938 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	
NOMBRE	Miriam Garzón
CARGO	GEBL-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yesdy Acosta Rey
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Yesdy Acosta Rey.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

05/02/1960

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	01/10/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Jaime Humberto Pardo	EDAD: 64 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3022741
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3229447321			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Antigeno Prostatico	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuario para Valoración por Medicina general y orden de examen de antigeno prostatico

AUTORIZACIÓN

Yo Yaqueline Garay Alejo Identificado (a) con cc número 20546126 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	Miriam Garzón	FIRMA	Yaqueline Garay Alejo
CARGO	GEROL-APS	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	

Powered by CamScanner

FN 8/8/2003

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fusca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Yesdy Sugey Acosta Rey.	EDAD: 21a años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1000 688938
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	314 33 44008			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar.
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:	Hospital San Rafael de Cagueza				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Citologia.	5.
3. Control Planificacion Fertilidad	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se Canaliza usuario para los siguientes servicios Mencionados ya que no ha tenido controles

AUTORIZACIÓN

Yo Yesdy Acosta Rey Identificado (a) con ___ número 1000688938 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	
NOMBRE	Miryam Canzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yesdy Acosta Rey
OCUPACIÓN	hogar.
FIRMA	Yesdy Acosta Rey

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMÁRCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Dahian Gabriela Benitez Rey	EDAD: 20 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1000 728 646
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3158760318
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Centro Medico Calabazo Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cambio de IPS	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza Visita donde se encuentra usuario

AUTORIZACIÓN

Yo Dahian Gabriela Benitez Rey Identificado (a) con CC número 1000 728 646 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	
NOMBRE	Hiram Garzon
CARGO	GEBI - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Oficios varios
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FN: 15/12/1954

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Rosa Elvia Castro Rozo	EDAD: 69 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 35516460
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	318 607 16 12			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4. Vacunación
2. Ordenes Optometria	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria para control de medicina general renovacion de ordenes para optometria, odontologia, Vacunación de Influenza

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Elvia Castro Rozo Identificado (a) con CC número 35516460 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	
NOMBRE	Miriam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Rosa Elvia Castro R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FN: 23-07/05

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Yaniher Felipe Perez	EDAD: 17 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1072 718 777
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	320 320 2314			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
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:	Ese centro de salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuario para consulta con medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Adelina Forero Avella Identificado (a) con CC número 23583.106. 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	
NOMBRE	Miyam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FN: 14-4-1985

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Ana Delina Forero Avella	EDAD: 39 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 23 583 106
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA @inchita
TELEFONO DE CONTACTO:	310 320 2319			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SK / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Ese Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza Paciente Para el servicio de citologia

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Adelina Forero Avella Identificado (a) con CC número 23'583.106 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	Miryam Baizón	FIRMA	
CARGO	GEBI-APS	OCUPACIÓN	Hogar.
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	

Powered by CamScanner

FN. 12-06-15

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Michel Guadalupe Perez	EDAD: 9 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1076201726
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3632023819			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Fertilizancar.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	[X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontologia	4.
2. Pediatria	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuario para control con Odontologia y consulta con Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Adelina Forero Avella Identificado (a) con CC número 23'583.106 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	
NOMBRE	Miyam Garzón
CARGO	EEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

29/08/1947

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Eoe centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Rosa Ines Quevedo de Castro		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20 439 712
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	321 976 1824			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
	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:	EOE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control HTA Diabetica	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza Paciente Para cita con Medico Para Control Cronico

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Ines Quevedo de Castro Identificado (a) con cc número 20 439 712 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	Miryam Gaitán	FIRMA	Rosa Ines Que
CARGO	Geol APS	OCUPACIÓN	Hogar.
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	

Powered by CamScanner

27102/66

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	01/10/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			E.S.E Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Ana Graciela Castro Garzon	EDAD:	58 años.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546 298
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3219418266			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ^ / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanar
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:	ESE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Vacunacion	5.
3. Citologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria donde requiere consulta con medicina general, Vacunacion de Influenza y citologia para control

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Graciela Castro Garzon Identificado (a) con CC número 20546 298 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	
NOMBRE	Mirem Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

23/7/2014

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Brayan Stiven Barbosa Barbosa	EDAD: 10 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1073171962
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchitas
TELEFONO DE CONTACTO:	321 314 3992			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Odontologia	5.
3. Vacunación	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza paciente para Medicina general, Odontologia, vacuna de UPH se le explica a la Madre la importancia de ir a las citas.

AUTORIZACIÓN

Yo Neira Marlen Barbosa Castro Identificado (a) con CC número 20547 279 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	Hiyan Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBL-APS	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA		FIRMA	Neira Marlen Barbosa

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

22/03/2013

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Edecentro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	William Barbosa Barbosa	EDAD: 11 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1074134872
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3213143992			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [x]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	OK NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4. Psicologia
2. Odontologia	5.
3. Vacunacion	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza Paciente donde requiere Controles, Con Medicina general Para ordenes. Con Pediatra, Psicologia y terapias de Miembro Superior derecho, Tambien se le explica a la Madre que debe Regar control con odontogra y Vacunacion UPH

AUTORIZACIÓN

Yo Meira Marlen Barbosa Castro Identificado (a) con CC número 20597279 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	Miryam Garzon	FIRMA	
CARGO	Gestor - APS	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA		FIRMA	Meira Marlen Barbosa

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Colombia mayor

24-06 1949

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Lilia Ema Castro de Barbosa	EDAD: 73 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20 439 632
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	321 814 3992			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [x] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [x] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Centro de Salud				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Vacunación.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria sin seguimiento de medicina general y con vacunas de Influenza

AUTORIZACIÓN

Yo Lilia Ema Castro de Barbosa Identificado (a) con CC número 20 439 632 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	Miryam Barrios
CARGO	GEBI - PPJ
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Lilia E. Castro

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

16/11/1984

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	01/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Neira Marlen Barbosa	EDAD: 38 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20547279
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	UDA Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	321 314 3492			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [x] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	[x] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Centro de Salud Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza Canalización de usuaria sin control de citologia mayor a 2 años

AUTORIZACIÓN

Yo Neira Marlen Barbosa Castro Identificado (a) con CC número 20547279 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	Miriam Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI - APS	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FIRMA	Marlen Barbosa C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	2- Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Sara Juliana Moreno	EDAD:	8 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023024738
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3249889408
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Lorena Valencia Betancourt Identificado (a) con CC número 1022992683. 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	Miryam Gaitán
CARGO	Bebi - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Lorena Valencia.
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	

Powered by CamScanner

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	2- Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luz Erminda Perez	EDAD:	53.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546717
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3209892173			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X. / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar-
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X. / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general.	4.
2. Citologia	5.
3. odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Luz erminda perez Identificado (a) con ___ número 20546777 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	
NOMBRE	Miyam Gaizón
CARGO	GEBI - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Luz Erminda Perez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	2 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luz Marina Castro		EDAD: 56	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546449
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3156817467
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [Y]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [Y] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Marina Castro Identificado (a) con ___ número 20546449 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	Miriam Garzón	FIRMA	Marina.
CARGO	GEBI - APS	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	

Powered by CamScanner

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	2. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Jose Leonardo Castro Castro	EDAD:	21	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003661968
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:	3102125843.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3102125843.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	
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 X NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Sisben.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo X Jose Leonardo Castro Castro Identificado (a) con CC número 1003661968 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	Miryam Garzón	FIRMA	Leonardo Castro
CARGO	GEBI - APS	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA		FIRMA	

SÉRVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	2- Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jaime Castro	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3023263
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3196468550
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
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:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General "Antigeno"	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo María del Carmen Gutierrez Identificado (a) con ___ número 40127180 73 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	Miriam Garzon	FIRMA	María Gutiérrez
CARGO	GERO1 - APS	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	

Powered by CamScanner

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	1. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Maria del Carmen Gutierrez		EDAD: 38	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718073
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3196468550
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
	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:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo x Maria del carmen Gutierrez Alejo Identificado (a) con ___ número x 1072718073 ___ 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBL-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	x Maria Gutierrez
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	

Powered by CamScanner

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	2 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Ricardo Jadino G.		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11 413731
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3169723184
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Miriam Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI - APS	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	

Powered by CamScanner

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	2 - Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Sandra Hernandez.	EDAD: 36		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718773
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3506979076
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Citologia	5.
3. odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Hiyam Baizón	FIRMA	
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	3-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gerardo Castro		EDAD: 62.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	176.974
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3209892173
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI X NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo: Gerardo Castro Morales Identificado (a) con ___ número : 176974 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	Miyam Garzón
CARGO	Gestor -APS
FIRMA	MPL.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Gerardo Castro
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	

Powered by CamScanner

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	3-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Ricardo Alexis Castro	EDAD:	25	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072720571
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3209892173.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
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:	Fosca.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ricardo Alexis Castro Identificado (a) con ___ número 1072720571 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	Miryam Garzon
CARGO	GEBL-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO,	
FIRMA	Alexis Castro
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	

Powered by CamScanner

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	3 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luz Marina Garay		EDAD: 43.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20851988
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3237052932
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
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:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Citología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo -Lusmarinaref Identificado (a) con ___ número 20851988 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	Miryam Garzón	FIRMA	+Lusmarinaref
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	3-10-2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Luz Cristina Agudelo	EDAD: 51		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546770
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3172440659
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Citologia.	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Muler de 51 años sin adherencia a servicios de salud.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Hiram Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Luz Agudelo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	3. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Laura Daniela Rey		EDAD: 6.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072720649
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3237052932.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X.	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X. NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mediana General	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Lasmarinarl Identificado (a) con ___ número 20851988 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	Huyam Garzón
CARGO	GEBT-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Lasmarinarer

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	3 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Paola Daismar Hernandez	EDAD: 24		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	29989589
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3238639478			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [X]			
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 [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza familia Inmigrante Venezolana con recidencia en el Pais hace seis años y en el municipio de fosca una semana vereda Quinchita, galpon las palmas.

AUTORIZACIÓN

Yo Paola Daismer Hernandez Identificado (a) con ___ número _____ 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	Miram Garzón	FIRMA	
CARGO	GEPI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	3 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gael Santiago Perez H.		EDAD: 2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:	3238639478			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
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 [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor de dos años sin aseguramiento, sin esquema completo de vacunas.

AUTORIZACIÓN

Yo Paola Palomar Hernandez Identificado (a) con ___ número _____ 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	Miyam Garzón
CARGO	GEBL - APS
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	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	3- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luis Anyer Daniel Perez	EDAD:	4 a.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3238639478			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]			EPS/EAPB	
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Paola Daismor Hernandez Identificado (a) con ___ número _____ 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	Miyam Gaitán
CARGO	GEBI - APS
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	

Powered by CamScanner

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	3-Octubre 2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gatniel Sebastian Hernandez	**EDAD:** 6 a.		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			**DIRECCIÓN:**	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3238639478			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	
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 [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Paola Daiamar Hernandez Identificado (a) con ___ número _____ 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	Miryam Garzon
CARGO	GEBI-APS
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	

Powered by CamScanner

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	3-10 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Rosa Elvia Rey	EDAD: 22.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003661900
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3169723184
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mediana General	4.
2. Cambio centro atención	5.
3. Citologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora Rosa manifiesta tener centro atención en Ubaque, solicita se le colabore con translado de centro de atención pera Fosca

AUTORIZACIÓN

Yo: Rosa elvia Rey Identificado (a) con ___ número: 1003661900. 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	Miyam Garzon
CARGO	Gebi - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Rosa Elvia R.R.
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	

Powered by CamScanner

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	5 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yenny Riveros Pacheco		EDAD: 42	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718754
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3212319935
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Citologia	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yenny Riveros Identificado (a) con ___ número 1072718754 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	
CARGO	
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	

Powered by CamScanner

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	5-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luis Miguel Perez	EDAD:	2 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072720928
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3212319935
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] / SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general CYD.	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yenny Jazmin Riveros Barbosa Identificado (a) con ___ número 1072 718 754 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	Yenny Jasmin Riveros Barbosa
CARGO	Miryam Garzón
FIRMA	GEBr-APS

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Yenny Riveros B

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	5 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luz Mila Barbosa	EDAD: 80		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20545820
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3212319935.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Mila Barbosa Identificado (a) con ____ número 20545820 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	Miryam Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI-APS	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Yenny Riveros B

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	5-Octubre 2024.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Ana Sofia Riveros	EDAD:	69.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41770806
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:	3106546132			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3106546132
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Sofia Riveros Gomez identificado (a) con ___ número 41.770.806 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	Miriam Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI - APS	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	

Powered by CamScanner

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	5. Octubre 2024.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yaneth Riveros B.	EDAD: 45		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20547017
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3228049055
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yaneth Constanza Riveros Identificado (a) con ___ número 20 1540 090 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	Hiyan Garzón
CARGO	EEBI-APS
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	

Powered by CamScanner

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	5. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Iris Vicky Riveros	EDAD:	45.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20547081
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3108127124
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] / SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Citologia	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Iris Biqui Riveros Guevara Identificado (a) con ___ número 20547081 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	Hiram Garzón	FIRMA	Biqui Riveros
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	5-Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Damian Camilo Fierro	EDAD: 13.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719485
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3146394359
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
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:	Fosca.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general.	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Beatriz Rey Tejeiro Identificado (a) con ___ número 20546902 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Ana Beatriz Rey.
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	

Powered by CamScanner

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	5- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Ana Beatriz Rey	EDAD: 48		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20545902
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3146394359
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico .		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Optologia.	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Beatriz Rey Tejeiro identificado (a) con ___ número 20546 902 , 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBL-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Ana Beatriz Rey
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	

Powered by CamScanner

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	5- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jose Octavio Barbosa		EDAD: 51	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80 450 379
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3146394359
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Octavio Barbosa Identificado (a) con ___ número 80 450 379 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	Hiram Garzón
CARGO	GEBL - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Ana Beatriz Rey
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	

Powered by CamScanner

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	8- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Adriana Lucia Rey		EDAD: 24	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003662092
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3204133495
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. citologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Adriana Lucia Rey Identificado (a) con cc número 1003662092 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	Miyan Garzon	FIRMA	Adriana Rey
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	5-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Lina Gutierrez		EDAD: 21	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003739781
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3133285097.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo. Lina Liliana Gutierrez Guevara Identificado (a) con CC número 1003739781 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	Miryan Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Lina Gutierrez.
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	

Powered by CamScanner

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	11. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Mara Selena Cortes		EDAD: 13 m.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072721037.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3166061875.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. CyD.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor de 13meses sin control de CyD..

AUTORIZACIÓN

Yo Angie Paola Moreno Betancourt Identificado (a) con ___ número 1003139909 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	Miriam Gaizón
CARGO	EEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	AngieMorenoB
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	

Powered by CamScanner

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	11-Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Adelaida castro	EDAD: 39		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718034
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3112694403.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]	
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología	4.
2. Odontologic	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Adelayda Castro Barbosa Identificado (a) con ___ número 1072718034 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	Hiram Garzón	FIRMA	Adelayda Castro B.
CARGO	BEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	11-010-2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gilberto Moreno	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3022739
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3175369453.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [Y] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Gilberto Moreno Barbosa Identificado (a) con ___ número 3022739 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	Miryam Gaizón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	GilbertoMorenoB
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	

Powered by CamScanner

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	11 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Flor María Barboza	EDAD: 85		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20545350
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	No tiene
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	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:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control HTA.	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Flor María Barboza Identificado (a) con ___ número 20545350 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	Hiram Garzón	FIRMA	Flor María Bar
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	11. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Erika Maria Martinez	EDAD: 10		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719995
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3206384494.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medico general	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Mary Stella Cruz B Identificado (a) con ___ número 20 546 354 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	Miriam Garzón
CARGO	Gestor - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Mary Stella Cruz
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	

Powered by CamScanner

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	11-Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Manostella Moreno	EDAD: 57.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546354
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3206384494
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Manostella Moreno B Identificado (a) con ___ número 20546354. 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	Miryam Gaizón
CARGO	GEBL-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Manostella Moreno
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	

Powered by CamScanner

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	11. Octubre 2024.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Martha Graciela Rey Castro		EDAD: 39	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20547248
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3227932506.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar Contributivo.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mediana general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Rey Identificado (a) con ___ número 20547248 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Martha Rey
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	

Powered by CamScanner

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	11 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Yuri Valentina Barboza	EDAD: 11 a		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719798.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3227932506
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Odontología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Rey Identificado (a) con ___ número 20547248 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	Miryam Garzon	FIRMA	Martha Rey
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	11. Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yulieth Valeria Barbosa	EDAD:	11 a.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719799
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3227932506
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Rey Identificado (a) con ___ número 80547248 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBI - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Martha Rey
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	

Powered by CamScanner

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	11-Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Hilda Consuelo Moreno	EDAD: 46		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546910
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3142135667
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo x Hilda Consuelo Moreno Barbosa Identificado (a) con ___ número x 20546910 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	Miryam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Hilda Consolo Moreno B

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	11 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Atali Salome Moreno	EDAD:	2 años.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1074193014
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3114808601
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Angie Tatiana Marquez Barboza Identificado (a) con CC número 1073174067 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	Miryam Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI-APS	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	

Powered by CamScanner

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	18 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Camilo Aldemar Rey	EDAD: 44		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80430659
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3123476153
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Camilo Aldemar Rey Reyes Identificado (a) con ___ número 80450659 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	Hiram Garzón
CARGO	GERI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	"Aldemar Rey"
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	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	18-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Nelsy Janeth Cardenas	EDAD:	47	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40440811
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3249599517
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanor
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Fosca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Nelsy Janeth Cárdenas Velásquez identificado (a) con ___ número 40.440.811 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	
NOMBRE	Miyam Garzon
CARGO	6601-APS
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	

Powered by CamScanner

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	18-Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jeimy Rojas Cardenas	EDAD: 20		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1122506639
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3249599517.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante de aproximadamente 34 sem x eco, G1P0C0V0 de 20 años quien manifiesta presencia de pitos, cefalea ocacionales, hormigueo en manos y pies al momento TA 120/80 mmHg, se dan señales y signos de Alarma.

AUTORIZACIÓN

Yo Jeimy Rojas Identificado (a) con ___ número 1122506639. 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	Hiram Garzón
CARGO	Gestor-APS
FIRMA	TPL.

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	

Powered by CamScanner

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	18- Octubre 2024.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Samantha Betancourt		EDAD: 3.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1243759060
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3219032760
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. C y D.	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Liceth Hernández B. Identificado (a) con ___ número 1122142738 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	Miram Garzón	FIRMA	
CARGO	GEBI - APS	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	

Powered by CamScanner

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	18 Octubre 2024.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Leidy Liceth Hernandez	EDAD:	26	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1122142138
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tasco			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3219032760
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Planificación familiar	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Liceth Hernandez B. Identificado (a) con ___ número 1122142138 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	Miriam Garzón
CARGO	Gerl-PPD
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	

Powered by CamScanner

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	18-Octubre 2024.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Isidro Betancourt	EDAD:	47.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3023243.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Qunchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3222483027.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] / SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Isidro Betancourt Identificado (a) con ___ número 3.023.243 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	Miyam Gonzón	FIRMA	Isidro Betancourt
CARGO	GEDJ - APS	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	

Powered by CamScanner