



Gobernación
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15/11/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	ESE Centro de Salud Fosca.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Myriam Yareth Tejeiro C.	EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 1072719334
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.	DIRECCIÓN:	Quinchita.
TELÉFONO DE CONTACTO:	3195576893	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	EPS/EAPB	familiar.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico	☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	☐ SI ☐ NO	Canalización servicios institucionales	☐ SI ☐ NO
		Canalización a servicios sociales	☐ SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Programas Sociales - centro día	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria con discapacidad visual, la cual requiere ser beneficiaria de subsidio de discapacidad. Se radican documentos, y se solicita información de cómo va el proceso.

AUTORIZACIÓN

Yo Myriam Yareth Tejeiro Clavijo Identificado (a) con CC número 1072719334 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	Mauren Rincón Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
Ocupación	Hogar.
FIRMA	Myriam T.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	



GOBIERNO DE
CUNDINAMARCA

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	19/11/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	E.S.E. Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Flor Marie Barbosa	EDAD: 86 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. 20545350
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Fosca	DIRECCIÓN:	Quinchita
TELÉFONO DE CONTACTO	3208165166	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ 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	☐ SI ☒ NO
Canalización a servicios sociales	☐ SI ☒ NO		
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Dermatología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta mayor, la cual requiere cita con especialista en dermatología, por posible Dx Carcinoma in situ de la piel del cuero cabelludo y cuello. Se le autoriza la orden, y se solicita la cita prioritaria.

AUTORIZACIÓN

Yo Flor Marie Barbosa Identificado (a) con CC 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

NOMBRE	Mauren Rincón
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
Ocupación	Amo de casa
FIRMA	NO firma

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

Gobernación
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21/11/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E. Centro de Salud Fosca	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Wendy Tatiana Barbosa B.	EDAD: 16 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1072718886	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca	DIRECCIÓN:		Vob. Mesa de Castro	
TELÉFONO DE CONTACTO:	3133286347	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:			
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Psicología EPS	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con remisión por psicología, se requiere gestionar autorización y posteriormente le cita.

AUTORIZACIÓN

Yo Wendy Tatiana Barbosa Identificado (a) con T.I. número 1072718886, 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	Mauren Rincón Riveros
CARGO	Profesional externo comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS.

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
Ocupación	estudiante.
FIRMA	Tatiana B

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:



Gobernación
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21/11/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Força
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diomedes Dionisio Barbosa	EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1072719877
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Força	DIRECCIÓN:		Vda. Mesa de Castro
TELÉFONO DE CONTACTO:	3133286342	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB
	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
IPS DE ATENCIÓN:				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZÓ AL USUARIO

1. Psicología EPS -	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con remisión por psicología, se requiere gestionar la autorización y posteriormente solicitar la cita.

AUTORIZACIÓN

Yo Diomedes Dionisio Barbosa identificado (a) con T.I. número 1072719877 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	Mauren Rincón Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
Ocupación	Estudiante
FIRMA	Diomedes B.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

Gobernación
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20/11/2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E. Centro de Salud fosca	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jorge Anibal Castro Castro	EDAD: 21 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1003661983	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.	DIRECCIÓN:		Vdo. Mesa de Castro	
TELÉFONO DE CONTACTO:	3118850692.	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:			
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario con Dx discapacidad múltiple, que no cuenta con control reciente con internista. Se canaliza el jueves 21 de noviembre en la jornada de salud, donde se remite con el especialista. Pendiente autorizar y solicitar cita.

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	Mauren Rincón Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
Ocupación	Ninguna.
FIRMA	NO firma.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	21/11/2024	ESE fosca.	Sebastian MURCZ.

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

 Gobierno Regional Cundinamarca		SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD		
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD				
FECHA DE CANALIZACIÓN	21/11/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	E.S.E. Centro de Salud Forca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Nelsy Johanna Clavijo		EDAD	35 años
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Forca		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC
TELÉFONO DE CONTACTO	3125565460		DIRECCIÓN	San Isidro
TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO				
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐		EPSEAPB	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:				
SERVICIO A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO				
1. Programas Sociales		4.		
2.		5.		
3.		6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN				
Se identifica mujer en condición de discapacidad física, con dos hijos de 13 años (niña) y 17 años (niño), los cuales se encuentran en vulnerabilidad económica, y requieren ayudas como donación de ropa.				
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	Mauren Rincón Riveres		FIRMA	
CARGO	Profesional entorno comunitario		Ocupación	Ame de casa
FIRMA	MAUREN RINCON RIVERES		FIRMA	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES				
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	15/11/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		cc. 1006821268
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Natalia Guevara G.		EDAD: 24 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	ESE Centro de Salud Fosca
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Síname
TELÉFONO DE CONTACTO:	3208766648			TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	familiar.
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS				Canalización Equipo Básico	☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	☐ SI ☐ NO	Canalización servicios institucionales	☒ SI ☐ NO	Canalización a servicios sociales	☐ SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:					
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZÓ AL USUARIO					
1. Centro de escucha - PIC.			4.		
2. Psicología EPS			5.		
3. Psiquiatría.			6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Paciente con cuadro depresivo y psicótico					
AUTORIZACIÓN					
Yo <u>Leidy Natalia Guevara Gutiérrez</u> Identificado (a) con <u>cc</u> número <u>1006821268</u> por medio de mi firma <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.					
PROFESIONAL QUE CANALIZA			USUARIO CANALIZADO		
NOMBRE	Mauren Rincón		FIRMA		
CARGO	Profesional entorno comunitario		Ocupación	Oficios varios	
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS		FIRMA	Leidy Natalia G.	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTÓ EL SERVICIO		
Centro de escucha	21/11/2024		Ruby Diaz.		

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	



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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15/11/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Angel Castro Castro		EDAD:	58 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: cc 1072718244
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca		DIRECCIÓN:		Sáname
TELEFONO DE CONTACTO:	3228065288		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO	☒	CONTRIBUTIVO	☐	EPS/EAPB
	VINCULADO	☐	SIN AFILIACIÓN	☐	
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	☐ SI ☐ NO	Canalización servicios institucionales	☐ SI ☐ NO	Canalización a servicios sociales	☒ SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

1. Centro día - Programas Sociales	4.
2. Médico en tu territorio.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Se canaliza usuario porque no he tenido controles médicos, cuenta con Dx de discapacidad múltiple, carece de red de apoyo y la vivienda requiere mejorar condiciones de salubridad (aseo).

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	Mauren Rincon	FIRMA	
CARGO	Profesional entorno comunitario	Ocupación	Ninguna.
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS	FIRMA	No firma.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

[illegible]

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	



Gobernación
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23/11/2024	ESE HOSPITAL DE REFERENCIA	ESE Centro de Salud Foca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Victor Isidro Guevara Velazquez	EDAD: 65 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 3022926
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.	DIRECCIÓN:	Saname
TELÉFONO DE CONTACTO:	3144770891	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3124146081
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:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Psiquiatría	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente que se encuentra en episodios de crisis porque se le acabó su medicamento, y se necesita control de seguimiento, especialista en psiquiatría. Ya se cuenta con orden autorizada, el paso a seguir es solicitar la cita en el Hospital San Rafael de Caqueza.

AUTORIZACIÓN

Yo Victor Isidro Guevara Identificado (a) con CC número 3022926 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	Mauren Rincón Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	Victor Isidro Guevara
Ocupación	Ninguna.
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

 Gobierno de Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	21/11/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Fosa.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dairan Salomé Gutiérrez.		EDAD: 20 meses	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	R.C. 1074138185
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosa.			DIRECCIÓN:	Saname.
TELÉFONO DE CONTACTO:	3102316989			TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
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:					
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO					
1. Programa de 0 a Siempre.			4.		
2.			5.		
3.			6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Menor que requiere incluirse en el Programa de 0 a Siempre, para mejorar su calidad de vida.					
AUTORIZACIÓN					
Yo <u>Diana Ysabelly Castro Guevara (madre)</u> identificado (a) con CC número <u>1072919376</u> por medio de mi firma <u>SI</u> <u>NO</u> autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.					
PROFESIONAL QUE CANALIZA			USUARIO CANALIZADO		
NOMBRE	Mauren Rincón Riveros		FIRMA		
CARGO	Profesional entorno comunitario		Ocupación		
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS		FIRMA	No firma.	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO		

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	