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	23- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Sandra Liliana Hernandez	EDAD: 33a5m		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072718773
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Quinchata
TELEFONO DE CONTACTO:	3506979076			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 X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Liliana Hernández Herrera. Identificado (a) con CC número 1072718773 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	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	29 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	José Daniel Rivera	EDAD: 29		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6789643
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3227066898
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]			EPS/EAPB	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 [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Afiliación Seguridad Social	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Familia migrante actualmente sin seguridad social

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Daniel Rivas. Identificado (a) con ___ número 6789643 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	Hiyam Gaizón
CARGO	GEBI APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	José Rivas
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	29 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Iris Josefina Martinez	EDAD:	30.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6788657
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchite
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3227066894.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Ninguno
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. Afiliación seguridad social	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Familia migrante actualmente sin seguridad social

AUTORIZACIÓN

Yo. Iris Josefina Martinez Rodriguez Identificado (a) con ___ número 6788657 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 Gaizon
CARGO	EBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	I. Josefina Martinez
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	28/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Esc Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Zeidy Alexandra Gomez	EDAD: 7 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076720 575
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Vda Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	321 483 2069			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	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. C4D	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria para consulta de crecimiento y desarrollo

AUTORIZACIÓN

Yo Lyda Marcela Aguilar Fraile. Identificado (a) con CC número 1073381301. 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	Miyam Garzón	FIRMA	
CARGO	EEBI-PPD	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	28/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yuli Paola Riveros Rivera	EDAD: 30 años.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072719782
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Vda Conchita
TELEFONO DE CONTACTO:	302 7881590			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	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta con Enfermeria	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria para control de planifica con y retiro del Nexplanon cumplio los 5años en julio del 2024.

AUTORIZACIÓN

Yo Yuli Paola Riveros Riveros Identificado (a) con ___ número 1072.719.782 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 Garzon	FIRMA	
CARGO	GEBI-PPS	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	28/10/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Ese centro de salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yenny Paola laiton	EDAD: 30 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1012412578
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	vda Quinchita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3103131715			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Fchidoar.
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:	Soacha Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se Canaliza usuaria a espera cita la reciben el 31/10/2024 con radicado en el Hospital San Rafael Clinica Fusa recibida y valoración por Ginecologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Yeni Laiton Identificado (a) con ___ número 1012412578 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	Yeni Laiton
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	28 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luis Armando Morales	EDAD: 46		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80450640
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:				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:					

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: Armando Morales Identificado (a) con ___ número 80450 640 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	Myam Gonzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Armando M
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	29 Octubre 2024.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jonatha Mauricio Parrado	EDAD:	34.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718650.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3219946352
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. odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Jonathan Mauricio parrado Identificado (a) con ___ número 1072718650 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	Miram Garzón
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	29 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yeny Helizza Romero	EDAD: 36		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072718388
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita.
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3219946352
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. Odontologia.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yenny Helizza Romero Quiroga Identificado (a) con ___ número 1072718388 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	GEBJ-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	31 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Herly Yady Barbosa	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719919
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3224171167
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	4.
2. CCU	5.
3. Odontologica.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo x Herly Yady Barbosa Identificado (a) con ___ número x1072719919 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	x Herly Barbosa
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	31 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Sandra Marcela Rey	EDAD: 32		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719357.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				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 [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Marcela Rey Castro Identificado (a) con ___ número 1072719357 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 Galvis
CARGO	GEBJ-PPJ
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Sandra Rey C
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	31 Octubre 2024.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Olegario Barbosa	EDAD: 71		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3022724
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quenchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132625469
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	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 Olegario Barbosa Baquero Identificado (a) con ___ número 3022724 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	Mryam Garzón
CARGO	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Olegario Barbosa.
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	31 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Aleyda Barbosa	EDAD: 20		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003617145
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132625469
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:					

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 Aleyda Haterly Barbosa cubillos Identificado (a) con ___ número 1003661 745 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	GEBI-APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Aleyda Barbosa.
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	31 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Laura Liana Castro		EDAD: 9.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077720229
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3114690449
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. CYD -	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo * Sandra Marcela Rey Castro Identificado (a) con ___ número * 1077719357 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	GESI - APS
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	* Sandra Rey C
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