15-08-1965

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	02 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Hector Camilo Acosta	EDAD: 59 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3023044
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamie
TELEFONO DE CONTACTO:	3118170540			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Autorizar con la Eps	4. Helicobacter - pilory
2. Cita de Gastroenterologia	5.
3. Sacar cita para prueba de aliento para	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Camilo Acosta Identificado (a) con CC número 3023044 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	Yessica Yesenia Pardo B
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Camilo Acosta
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

29-10-2023

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 de Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gilber Yulian Acosta Castro	EDAD: 11 meses		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1072721058
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Saname
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115779726
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Basico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento Desarrollo	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leydi Yurley castro Torres Identificado (a) con ___ número 1003662087 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yurley 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

10-11-2018

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 :	Jhimy Matias Acosta Castro	EDAD: 5 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1072720692
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Saname
TELEFONO DE CONTACTO:	3115779726			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento y desarrollo	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leydi Yurley Castro Torres Identificado (a) con ___ número 1003662087 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	Jessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yurley 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

11-05-1936

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	17 Octubre 2024		E S E HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Maria Cleofe Guevara		EDAD: 88 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20545358
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3112712366			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 X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
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 Maria Cleofe Guevara Ortiz Identificado (a) con ___ número 20545358 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	Yessica Yerenia Pardo Acevedo
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Maria Guevara
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

27-04-2000

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	18 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Leidy Yurley Castro T	EDAD: 24 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1003662087
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca,			DIRECCIÓN:	Ydo Sanare
TELEFONO DE CONTACTO:	3115779726			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	famisanar
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo segun 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. Odontologia	4.
2. Medicina General	5.
3	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leydi Yurley castro Torres Identificado (a) con CC número 1003662087 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yurley castro
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	8 Noviembre 2024	Centro Salud	Sebastian

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

31-01-1998

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 :	Gilbert Adrian Acostar		EDAD:	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072720341
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Jaramo
TELEFONO DE CONTACTO:	3115779726			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	famisanar
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo segun 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. Odontologica	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leydi Yurley castro Torres Identificado (a) con ___ número 1003662087 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	Yessica Yerena Pardo Quevedo	FIRMA	Yurley castro
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

10-02-1940

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 :	Maiser Castro Rojas		EDAD: 84 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3022078
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Zanjas
TELEFONO DE CONTACTO:	318 2481858			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementanos	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 Maiser Castro Rojas Identificado (a) con CC número 3022078 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Maiser Castro
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

21-03-2004

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	20 - Octubre 2024		E S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Flor María Rodriguez	EDAD: 20 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072718067
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca, Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sonome
TELEFONO DE CONTACTO:	3170427649			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 X
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Flor Maria Rodriguez Identificado (a) con CC número 1072718067 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	Yessica Yerenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Flor Maria Rodriguez
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

24-12-1992

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	20-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Leidy Yurani Santiago R	EDAD: 31 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC: 1072719453
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sabame
TELEFONO DE CONTACTO:	3209924570			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Yurani Santiago Bojas Identificado (a) con ___ número 1072719453 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	Yessica Yeleny Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Leidy Santiago
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

20-07-1987

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	20-Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Pedro Antonio Gutierrez Acosta		EDAD: 37 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC: 1072719324
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA SANTA ME
TELEFONO DE CONTACTO:	3125647930			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General si es posible	4.
2 para un miercoles	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy yurani santiago Rojas Identificado (a) con ___ número 1072719453 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Leidy santiago
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	30-10-2024	Centro Salud Fosca	Pardo

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

24-06-2011

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	20 - Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Wendy Vanesa Ortiz Santiago	EDAD: 13 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI: 1072719559
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA SANAME
TELEFONO DE CONTACTO:	3214626202			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Yuranl Santiago Rojas Identificado (a) con ___ número 1.072.719.453 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Leidy Santiago
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

21-01-2022

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	20 - Octubre 2024		E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E CENTRO DE SALUD FOSCA
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Emily Mariana Gutierrez R.	EDAD: 2 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1010850600
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO:	3170427649			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control de Crecimiento	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Dwin Andres Gutierrez Quevedo Identificado (a) con CC número 1074 136 890 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	Oficios varios
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

20-01-1972

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	20- Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Isavia Rojas Hernandez	EDAD: 61 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20546 655
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca. Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3112282107			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	Nuevo Gpo
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontologia (Centro de salud fosca)	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Isavia Rojas Hernandez Identificado (a) con CC número 20546655 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	Yessica Yeseria Pardo Quevedo	FIRMA	Isavia Rojas
CARGO	Auxiliar de enfermeria	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	20- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Gloria Elsy Guevara	EDAD: 46 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20546951
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3125246905			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. Citología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Gloria Elsy Guevara Identificado (a) con C.C número 20546951 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	Yessica Yesenia Pardo Q.
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Gloria Guevara
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	21 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Clara Fabiola Rivero	EDAD: 54 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 39729067
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tosa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sonsame
TELEFONO DE CONTACTO:	3133841659			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	Fo
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. Medicina General.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Clara Fabiola Riveros Identificado (a) con cc número 39729067 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Fabiola Riveros
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General		Centro de Salud Sonsame	

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	21 Octubre 2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Julian Andrés Riveros	**EDAD:** 34 Años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 1072719009
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocancipá Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vda Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO:	3133841659.			**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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
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 Julian Andres. Riveros Identificado (a) con CC número 1072719009 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Julian Andres Riveros
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

10-09-1976

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	22 Octubre 2024		E S E HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO	Luis Rodrigo Navarro	EDAD: 48 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11411621
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tesa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Serame
TELEFONO DE CONTACTO:	3219945083			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI MSK
Canalización equipos complementanos	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control por medicina gene-	4.
2. ral con resultados	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	Yessica Yesenia Pardo P	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	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

30-12-1980

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	22- Octubre 2024	E S E HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Cesar Danilo Castro C	EDAD: 43 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072718360
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	UDA Saname
TELEFONO DE CONTACTO:	3182481858			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO X
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalizacion a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general (Centro de atención Caqueza)	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Cesar Danilo Castro Castro Identificado (a) con CC número 1072718360 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	Yessica Yeremia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Cesar Danilo Castro 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 23-01-1971

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	22 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Yegli Yajaira Arrieche	EDAD: 47 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 5455288
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tesca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda [illegible]
TELEFONO DE CONTACTO:	3143661691			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
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 Yegli Yajaira Arrieche Identificado (a) con PPT número 5455288 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Yegli Arrieche
CARGO	Auxiliar de enfermeria	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 04-12-1981

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Rosa Estela Rey Tejeiro	EDAD: 42 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 35353616
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tena Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sinaime
TELEFONO DE CONTACTO:	3219343690			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva Eps
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun 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. Citología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Estela Tejeiro Identificado (a) con CC número 35353616 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	Yessica Yeisenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Estela Tejeiro
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

05-06-2011

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 :	Daniel Felipe Rey Patón		EDAD:	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069643000
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sn Jose
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunacion (VPH)	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yuby Carolina Patón Rey Identificado (a) con CC número 1070980315 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	Yessica Yesenia Pardo Oviedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Carolina Patón
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

30-06-2024

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	24 Octubre 2024		E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Karen Leandra Ramirez	EDAD: 10 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1071303989
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3106732790			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalizacion servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
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 Sara Yulieth Pabón Identificado (a) con CC 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	Yessica Yerenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Sara Pabón
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

12-01-10

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	25 Octubre 2024		E S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Lorena Castro Torres	**EDAD:** 14 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI 1074132951
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3105890862			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	Familiar
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	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	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 Marleny Torres Gutierrez Identificado (a) con la número 20546679 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	Yessica Yesenia Pardo P
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Marleni Torres
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 19-04-73

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Marleni Torres Gutierrez	EDAD: 51 Años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20546679
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tausa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3105890862.			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Mamografia	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	
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

23-04-1985

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	25 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Adriana Castro Pabón	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 39732545
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanmé
TELEFONO DE CONTACTO:	3134993349			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	"Famisanar.
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO X
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	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 Adriana Castro Pabón Identificado (a) con CC número 39732545 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	Yessica Yesenia Pardo V
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Adriana Castro P
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

07-08-1956

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 :	Blanca Cecilia Rico	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20545776
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3118024407			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalización Equipo Basico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
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 Blanca Cecilia Rico Identificado (a) con cc número 20545776 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	
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

TAL 13-08-1948

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	Beatriz Clavijo Acosta	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 20547123
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN	Vda Sanamc
TELEFONO DE CONTACTO	3042473176			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun 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 Beatriz Clavijo Acosta Identificado (a) con CC número 20547123 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	Yessica Yesenia Parda Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Beatriz Clavijo
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	30-10-2024	Centro de Salud Sanamc	Fernando

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración:	

Powered by CamScanner

02-10-1983

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	Freddy Humberto Acosta C	EDAD: 41 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072718846
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tocancipá Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO	3042473176			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalización Equipo Basico			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 _____ 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	Yessica Yesenia Pardo C	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración:	

Powered by CamScanner

TN 19-06-2024

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 :	Samuel Emiliano Gutierrez	EDAD: 11 meses		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1077721092
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sarome
TELEFONO DE CONTACTO:	3138402920			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento y Desarrollo	4.
2. Vacunas	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	Yessica Yesenia Pardo O	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

23-12-1950

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:	Remberto Clavijo Castro	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11405807
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tesco Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sname
TELEFONO DE CONTACTO:	3134842546			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	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control HTA los primeros
2. días Noviembre
3. Autorizar con Eps
4. Cita Medicina Interna
5.
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		FIRMA	
CARGO		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

17-02-1955

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 :	Ana Graciela Gutierrez	EDAD: 69 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20736863
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sname
TELEFONO DE CONTACTO:	3126143392			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 complementanos	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. Mamografia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Graciela Gutierrez Identificado (a) con CC número 20736863 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	Yessica Yelenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Ana Graciela 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	28 Octubre 2024	E S E HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Elizeth Andrana lopez	EDAD: 24 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 6040733
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tora cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Soroma
TELEFONO DE CONTACTO:	3187729306			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 [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Afiliar a epj	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Elizeth Andrana lopez Quiroz Identificado (a) con PPT número 6040733 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	Yeimica Yeimica Pardo Q	FIRMA	Elizeth lopez
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

IN 03-01-2019

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 :	Brayan Saul Roa Rico	EDAD: 5 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1170463893
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamc
TELEFONO DE CONTACTO:	3142236046			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalizacion Equipo Basico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalizacion a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
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 Pablo Emilio Roa Identificado (a) con CC número 11664933 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	Yessica Yesenia Pardo P.	FIRMA	Pablo Roa
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

05-02-1987

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	Ingrid Yohana Quevedo M		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072718279
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca,			DIRECCIÓN:	Vda Sorame
TELEFONO DE CONTACTO	3112621555			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO.	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun 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. Citología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo INERID QUEVEDO MORENO Identificado (a) con CC número 1072718279 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	Yessica Yesenia Pardo Q.
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	INERID QUEVEDO
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

TN 02-11-1957

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	Juan Ignacio Poza Pabón	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3022563
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tesa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sarame
TELEFONO DE CONTACTO	3134128248			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun 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. Vacunación - Influenza	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	Yessica Yexenia Pardo Q	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

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	30 - Octubre 2024		E S E HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO	Angie Paola Clavijo Clavijo	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1007184213
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Forca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO	3219942633			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2. Ventilar si requiere auxiliar	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Angie Paola Clavijo Clavijo Identificado (a) con CC número 1007184213 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Angie Paola Clavijo
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

30-06-2021

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	30 Octubre 2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Juan Pablo Higuera	**EDAD:** 3 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	RC 1072720892
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vda Sarame
TELEFONO DE CONTACTO:	3138085176			**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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento y desarrollo	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Nora Edilsa Quevedo Rey Identificado (a) con CC número 1072718732 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Nora Quevedo
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

TN 19-03 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	31 Octubre 2024		E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Ana Lucia Castro A	EDAD: 14 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1074133075
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Seremé
TELEFONO DE CONTACTO:	3212802276			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	312553 1332
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun 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. Vacunación (VPH)	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Graciela Acosta Acosta Identificado (a) con CC número 20546696 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	Yessica Yesenia Pardo O	FIRMA	Graciela Acosta
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

10-05-1960

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	31 Octubre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO	Luis Abraham Guevara	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11406813
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tesca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sarame
TELEFONO DE CONTACTO:	3115906143			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun 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 Cita de endocrinologia	4
2 Cita de Osteodensitometria	5
3 dual.	6

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Guevara Ortiz Identificado (a) con CC número 11406813 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	Yessica Yesenia Pardo C	FIRMA	Luis Guevara
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	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

TAL 15-04-1959

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 COMPLETO DEL USUARIO	Ana Lucia Marano de G	EDAD		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 20440481
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tosa Cundinamarca			DIRECCIÓN	Vda Sanamc
TELEFONO DE CONTACTO	3133319700			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ / EN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS					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 Autorización con eps	4
2 Cita de medicina interna	5
3	6

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Lucia Marano de Guevara identificado (a) con CC numero 20440481 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	Yessica Yesenia Rueda O	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	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 15-04-1959

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 :	Ana Lucia Moreno de G	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20440481
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamc
TELEFONO DE CONTACTO:	3133319700			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun 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. Autorizar con eps	4.
2. Cita de medicina interna	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Lucia Moreno de Guevara Identificado (a) con CC número 20440481 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	Yessica Yesenia Pardo O
CARGO	~~Auxiliar~~ de Enfermeria
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

19-02-72

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 :	Nestor Emilio Guevara		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11410522
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3143743155			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	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. Vacunación Influenza	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Nestor Emilio Guevara O Identificado (a) con Cc número 11410522 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	Yessica Yesenia Pardo O
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Nestor Guevara
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

19-04-1954

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	31 Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jose Ignacio Gutierrez	EDAD: 70 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3022568
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sarame
TELEFONO DE CONTACTO:	3118610402			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 [X]
Canalización equipos complementanos	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita para Ecografia Vias
2. Urinarias
3. Consulta de Urologia
4. Nutricion
5. Medicina Interna
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Ignacio Gutierrez Identificado (a) con CC número 3022568 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Jose Gutierrez
CARGO	Auxiliar de enfermeria	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

15-08-1978

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 :	Mercedes Olivia Pabón		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20546930
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sorame
TELEFONO DE CONTACTO:	3214897502			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nuevo EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
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 Mercedes Olivia Pabon Identificado (a) con CC número 20546930 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Mercedes Pabón
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	31-10-2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	María Yineth Camelo Rog	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20906002
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocaima Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo segun 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 _____ 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		FIRMA	
CARGO		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

22-12-95

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 :	María Eugenia Rodriguez	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 100393892
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3125278788			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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control de medicina	4.
2. general con resultados	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo María Eugenia Rodriguez Identificado (a) con cc número 100393892 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	Mayra Yesenia Parda Q
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	María Rodriguez
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

23-01-37

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	31-10-2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Ofelia Parrado Hernandez	EDAD: 87 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20545193
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	UNA Sanane
TELEFONO DE CONTACTO:	3164044020			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalizacion Equipo Basico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalizacion a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ofelia Parrado Hernandez Identificado (a) con CC número 20545193 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	Yessica Yeseria Pardo Quevedo	FIRMA	Ofelia Parrado
CARGO	Auxiliar de enfermeria	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

15-09-1924

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 :	Marco fidel Guevara C		EDAD: 100 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	2981575
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	VDA Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3164044020			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	familiar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación (Influenza)	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Marco fidel Guevara Clavijo Identificado (a) con CC número 2981575 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	Yessica Yerenia Pardo Acevedo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Marco Guevara
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

FN 05-11-1969

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 - Noviembre 2024		E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Erminia Vargas Lopez	EDAD: 55 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 52021516
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Soname
TELEFONO DE CONTACTO:	3155075810			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 Erminia Vargas Lopez Identificado (a) con CC número 52021516 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Erminia Vargas
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

TN 05-11-1969

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01 - Noviembre 2024		E S E HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Erminia Vargas Lopez		EDAD: 55 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 52021516
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Soname
TELEFONO DE CONTACTO:	3155075810			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalizacion 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 Erminia Vargas Lopez Identificado (a) con CC número 52021516 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	Yessica Yesenia Bordo Quevedo
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Erminia Vargas
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

19-09-1961

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	04- Nov 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Angel Gustavo Santiago	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3022940
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sname
TELEFONO DE CONTACTO:	3249889154			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Angel Gustavo Santiago Identificado (a) con Cc número 3022940 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	Yessica Yesenia Pardo C.	FIRMA	Gustavo Santiago
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FN 11-12 1958

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	04 - Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Laurencio Rey Velazquez	**EDAD:**		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 11406457
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3118727002			**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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Laurencio Rey Velazquez Identificado (a) con Cc número 11406457 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	Yessica Yesenia Pardo T.
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Laurencio 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

23-04-85

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	04 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Adriana Castro Pabón	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 39732545
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Seremc
TELEFONO DE CONTACTO:	3124993349			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun RIAS		Canalizacion Equipo Basico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalizacion a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citologia brigada
2. Autorizar con eps
3. Cita ecografia transvaginal
4. Cita Ginecologia
5. Cita Alergologia
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Adriana Castro Pabon Identificado (a) con ___ número 39732545 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	Yessica Yesenia Pardo O	FIRMA	Adriana Castro P.
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FN 25-01-1959

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	04 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Rosaura Riveros Acosta	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20545763
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tasca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Soromc
TELEFONO DE CONTACTO:	3168243540			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	
Grupos de riesgo segun 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. Visita del Sisben.	4.
2. Vacunación Influenza	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Rosaura Riveros Acosta Identificado (a) con CC número 20545763 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	Yessica Yesenia Pardo T.	FIRMA	Rosaura Riveros A
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	Casa
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

16-02-47

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO	Jose Acosta	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17168782
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tocancipa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sonsa
TELEFONO DE CONTACTO:	3219489302			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famsanar
	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 Mary Luz Acosta Rey Identificado (a) con Cc 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	Yessica Yesenia Pardo O	FIRMA	Mary Luz Acosta
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	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

12-10-24

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

IÓN	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
MPLETO DEL	Kaim Sofia Castro Q	EDAD: 4 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1012370240
	Tesa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Tomané
E	3182124277			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
AMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL	EPS/EAPB	Tomaner
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
esgo según			Canalización Equipo Básico		SI / NO
equipos anos	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
CIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

crimiento y desarrollo	4.
	5.
	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

reya Acevedo Pardo Identificado (a) con C número 20547190 por medio de mi
O__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
	Yessica Yesenia Pardo C	FIRMA	
	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
	CPS	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

borado por:	
ción	

Powered by CamScanner

12-10-24

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	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Karen Sofia Castro Q	EDAD: 4 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1077720840
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocaima Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Semaré
TELEFONO DE CONTACTO:	3182124277			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO X / 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. Crecimiento y desarrollo	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Mireya Acevedo Pardo Identificado (a) con C número 20547190 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	Yessica Yicela Pardo Q	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

30 - 07 - 60

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	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Blanca Mireya Quevedo	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20547190
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosa Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3182124277			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 complementanos	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. Citologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Mireya Quevedo Pardo Identificado (a) con Cc número 20547190 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	Yessica Yexenia Pardo O	FIRMA	Mireya Quevedo
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

23-04-24

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	05 Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luis Carlos Betancourt		EDAD: 71 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 359876
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanamé
TELEFONO DE CONTACTO:	3112657717			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Liliana Pabón Identificado (a) con ___ número 26.421.247 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	Liliana Pabón
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	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Said Emmanuel Herrera J.	EDAD: 8 meses		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1072721069 ~~1072726910~~
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:				DIRECCIÓN:	Vda Granadillo ~~Sirama~~
TELEFONO DE CONTACTO:	3124799780			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun 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 Eliana Bibiana Parrado Identificado (a) con CC número 1118889620. 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	05 Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Miguel Angel Pena Pinzon		EDAD: 13 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI 1029994432
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tausa Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vda San Jose
TELEFONO DE CONTACTO:	3138276816			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun 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. Odontologia para el	4. Vacunación VPH
2. pueblo y el vicerio no	5.
3. puede	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Eliana Brigith Pinzon Muñoz Identificado (a) con CC número 1121889620 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

15-10-13

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05 Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Martin Gabriel Herrera	EDAD: 6años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1024137228
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda San Jorge
TELEFONO DE CONTACTO:	3138276816			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementanos	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. Crecimiento y desarrollo	4.
2. Odontologia para el publico	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Elvira Brigith Parrado Muñoz. Identificado (a) con CC número 1121884620 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		FIRMA	
CARGO		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

06/10/24

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	05 Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Matias Felipe Herrera P	EDAD: 4 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1122540566
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	3138276816			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. Crecimiento y desarrollo	4.
2. Odontologia para el pacho	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Eliana Brigith Durcab Muñoz. Identificado (a) con CC número 1121889620 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		FIRMA	
CARGO		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

16-08-62

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	05 Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luis Alexander Guaba	EDAD: 52 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11410587
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sancmc.
TELEFONO DE CONTACTO:	3104806596			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva Eps
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun 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 Luis Alexander Guevara Identificado (a) con CC número 11410587 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	Yessica Yesenia Pardo Quevedo	FIRMA	Alexander Guevara
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05 - Noviembre 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Maria Isabel Clavijo	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 39730026
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanmc
TELEFONO DE CONTACTO:	3124730697			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Basico		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 Isabel Clavijo Identificado (a) con CC número 39730026 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	Yessica Yesenia Pardo C	FIRMA	Isabel Clavijo
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

2/10/1965

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	06 - Nov · 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Juan Juan Gutierrez	EDAD: 59 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11408449
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanem's
TELEFONO DE CONTACTO:	3115053872			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo segun RIAS			Canalización Equipo Basico		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 Juan Juan Gutierrez Identificado (a) con CC número 11408449 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	Yessica Yeseñia Pardo Q	FIRMA	Juan Gutierrez
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	06 Noviembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Nicol Nayibe Nieto C		EDAD: 14 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI 1072719406
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	
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 NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	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		**FIRMA**	
CARGO		**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

CHA DE NALIZACIÓN	06 Nov 2024	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
MBRE COMPELTO DEL UARIO :	Yulieth Dayana Nieto	EDAD: 16 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1074131941
NICIPIO DE GIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	
EFONO DE NTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
D ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
pos de riesgo según S		Canalización Equipo Básico			SI NO
alización equipos mplementanos	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

	4.
	5.
	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

_____ Identificado (a) con ____ número _____ por medio de mi
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	
BRE		FIRMA	
GO		OCUPACIÓN	
A		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

nento elaborado por:	
técnico:	
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	06 - Nov 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Laura Valentina Parrado P	EDAD: 13 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1074133763
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sinaic
TELEFONO DE CONTACTO:	3214897502			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 [ ] 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 _____ 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	
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

FN 28-06-2000

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	29- Octubre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Elizeth Andreina Lopez	EDAD: 24 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 6040733
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca Cundinamarca			DIRECCIÓN:	Vda Sanome
TELEFONO DE CONTACTO:	(3188) 3187129306			TELEFONO 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	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Afiliar a eps	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Elizeth Andreina Lopez Identificado (a) con PPT número 6040733 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	Yessica Yesenia Pardo P	FIRMA	Andreina Lopez
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	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