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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	18-03-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	José Andrs sisamocha	EDAD: 03-04-19		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075 679 113
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3124435009			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	ZIPA Sanitas
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere valoracion odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo José Andres sisamocha identificado (a) con CC número 1075 679 113 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	X Andres Vivas
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	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	20-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Eliana Sepulveda Duran	EDAD: 16-09-2000		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1002548342
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3165566383			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	caja copi
	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. CCV	4.
2. odontologia	5.
3. Sisben	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere toma de citologia y encuesta del sisben

AUTORIZACIÓN

Yo Eliana Sepulveda Duran Identificado (a) con CC número 1002548342 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Eliana S.
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	C.C 1070008876	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 RIDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-03-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Ana Sofia Rincon S		EDAD: 9-01-20	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1054065344
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Pato Bonito			DIRECCIÓN:	Nemocon
TELEFONO DE CONTACTO:	3165566383			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	caja copi
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. sisben	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere cita del sisben y odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo Daisa Emilse Castañeda Peña identificado (a) con Cc número 1083548342 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Ellancs
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	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	20-02-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dora Emilse castañeda	EDAD:	6-08-1983	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35427740
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Peñito Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3145230786			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar 2194
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. citologia	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Reqube cita de toma citologia y odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo Dora Emilse castañeda Pelay identificado (a) con CC número 35427740 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Dora Emilse Castañeda
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-03-	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ana Alicia Santos	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52323946
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito 2
TELEFONO DE CONTACTO:	3118023453			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Sura salud total
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mamografia	4.
2. ecv	5.
3. odontologica	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Regular citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Alicia Santos identificado (a) con Cnúmero 52323946 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Alicia santistebar
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-03-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Emily Sara y Gomez		EDAD: 23-02-21	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076254225
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Peñas Bonitas
TELEFONO DE CONTACTO:	3145230786			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Z1PG Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Mayor requiere cita de odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo Dora Emilse Castañeda identificado (a) con C.C número 35477944 por medio de mi firma SI Yo autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Luisa Johana Gordillo Torre	FIRMA	Dora Emilse Castañeda
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación. Cundinamarca

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Claudia Milena. Silva	EDAD: 29-04-1996		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1002547999
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3149731196			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Egreso Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ginecologia.	4.
2. odontologica	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante no ha Empezado Controles Prenatales

AUTORIZACIÓN

Yo Claudia Milena Silva Duarte identificado (a) con CC número 1002547999 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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	Claudia Milena Silva
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Ginecologia	26-03-2025	Brigada Salud	
odontologia	26-03-2025	Brigadasalud	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ely Natalia Parra	EDAD: 15-07-99		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1233908839
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3224348527			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] 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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Servicio agua	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

casa no cuenta con servicio de agua propia

AUTORIZACIÓN

Yo Ely Natalia Parra Mendoza identificado (a) con CC número 1233908839 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	Lyisa Johana Godillo Torres	FIRMA	NataliaP
CARGO	Aux enfermera	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

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTRAMURAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Emily Margion Santos	EDAD: 22-10-2016		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1075587088
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Mo Nemocon			DIRECCIÓN:	Punto Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3224348527			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACION [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios especiales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere cita Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo Elcy Natalia Parra Mendoza identificado (a) con CC número 1233908831 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	Luisa Johana Cardillo Torres	FIRMA	Elcy Parra
CARGO	Aux Enfermera	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

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Helen Ariana Santos		EDAD: 21-07-22	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1075693549
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3224349527			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACION [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere cita Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo Eky Natalia Parra identificado (a) con CC número 1233908834 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	Luisa Johana Cardillo	FIRMA	Eky Parra
CARGO	Act Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA	full	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
pediatra	30 abril	Engudu	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maribe Riaño Martinez	EDAD: 04-08-81		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20760103
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Peñon Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3228940490			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Salud total
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Tamizaje de seno	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza para Tamizaje de seno

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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Tamizaje de seno	27-03-2025	24-03-2025	Brigada Nasa Alcaldia

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Liam Santiago Rodriguez	EDAD: 22-06-22		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1076255402
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3228940480			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Mera requiere cita Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo Maribel Riaño Martinez identificado (a) con C número 20760103 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	Luisa Johana Gordillo
CARGO	
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	30-abril-202	Brigada	

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	25-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Miguel Angel Garcia Villamil	EDAD: 2-01-2013		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T 1075674936
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3197697016			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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza menor a servicios Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Claudia villamil villamil Identificado (a) con CC número 1015672456 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	Luisa Johana Cordillo Torres	FIRMA	x Claudia Villamil
CARGO	Aux 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

Cafesalud Colsubsidio

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yosleidy zambrano	EDAD	28-05-94	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 1234379
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato bonito
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACION		ESPECIAL	EPS/EAPB: Caja COPI
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	X / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Encuesta SISBEN	4.
2. Planificacion	5.
3. CCV	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requerc Seriaas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Yosleidy Zambrano identificado (a) con PPT número 1234379 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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	Yosleidis Z
CARGO	Aux enfermero	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

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

69

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jhanerdy Salazar	EDAD: 06-11-90		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 5941591
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	12 de Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3143729037			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACION [ ]			EPS/EAPB	NUEVA EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cirologia	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Jhanerdy Salazar identificado (a) con PPT número 5941591 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	Luisa Johana Cordillo	FIRMA	
CARGO	Aux enfermera	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

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dhan Sierra Salazar	EDAD: 17-05-20		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076253555
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	Brian 3143729037			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACION			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Egreso Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios externos	SI NO
PB DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. C y D	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere citas citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Dhan Brely Salazar Salazar identificado (a) con PPT número 5941541 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	Luisa Johana Gordillo [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	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

70

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTRAMURAL A CENTROS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Roxana Naomi Herrera	EDAD: 27-10-97		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6630992
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3219915892			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ / ESTAFILACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	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 externos	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. citología	4.
2. odontología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Roxana Naomi. Herrera identificado (a) con TI número 6630992 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	Luisa Johana Cardillo [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	Roxana Herrera
FIRMA	C.C 1070000876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Emanuel Eduardo Cortes	EDAD: 5 1 8 23		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 7861212
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Altio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3219915892			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACION [X]			
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor bajo Peso sin seguimiento tambien se encuentra sin Afiliación

AUTORIZACIÓN

Yo Roxana Nuñez Herrera identificado (a) con PPT número 66309 92 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Aux enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	30 abril 25		

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nelly teresa Duarte	EDAD: 7		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1165046611
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3103119625			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/ARS/AFB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatra	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy carolina Gonzalez identificado (a) con CC número 1107760191 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	Luisa Johana Cordillo [illegible]	FIRMA	Leidy Gonzalez
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTRAMURAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Angelica Martinez	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010205363
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3144218240			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACION ☐			EPS/IPS	NUEVA EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Egreso Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios externos	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. citologia	4.
2. odontologia	5.
3. Nutricion	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes.

AUTORIZACIÓN

Yo Mona Angelica Martnez identificado (a) con CC número 1010205363 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	Luisa Johana Cordillo [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000376	FECHA	

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERSECTORIAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-05-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ivana Valentina Fuente	EDAD: 03-11-20	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1076253903
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon		DIRECCIÓN:		Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	Ivana 3142180240		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACION ☐		EPS/EAPB		Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Caracterización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios externos	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Nutrición	4.
2. Sisben	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo María Angelica Martinez identificado (a) con CC número 1010205363 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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	Wilmer Fuente
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	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

72

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Kenn Yesid Fuentes		EDAD: 02-10-12	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075674365
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	Kenn 3213992556			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con orden de Nutricion cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo María Angelica Martnez identificado (a) con CC número 1010205363 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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	Wilmer Fuentes
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	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 72

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jhon wilmer Fuentes	EDAD: 06-06-9		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069099537
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3219a2556			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐			EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Jhon wilmer Fuentes identificado (a) con CC número 1069099537 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	X Wilme Futa
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	1-04-2025	Hospital Nemocon	
odontologia	1-04-2025	Hospital	Nemocon

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

73

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-02 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Enrique Fuentes	EDAD: 25-05-98		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069101240
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3222725108			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACION [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	SURA
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere Citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Jose enrique Fuentes identificado (a) con C número 1069101240 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	Adriana Cordillo Torres Auxiliar de Enfermeria C.C 1070008876	FIRMA	X
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

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ana Patricia Riano	EDAD: 1-8-82		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35425768
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3213856366			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

requiere citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Patricia Riaño identificado (a) con C número 35425768 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	Luisa Johana Cardillo [illegible]	FIRMA	Ana P Riaño B
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	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

75

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Blanca Isabel Melo	EDAD: 16-09-72		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35417338
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3103217785			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ EN AFILIACION ☐			EPS/ARS	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐ Canalización servicios institucionales	SI ☒	NO ☐	Canalización a servicios ajenos	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se asigna cita para brigada salud zona Verde

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca Isabel Melo identificado (a) con ___ número Blanca Melo 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	Luisa Johana Gordillo [illegible]	FIRMA	Blanca Melo
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1076003875	FECHA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Ginecologia	13-abril 2025	Brigada	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

1 abril 2025

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Lucia Rodriguez	EDAD: 11-05-60		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23443696
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3214076301			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACION [ ]			EPS/EAPB	Cafa Compensar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Egreso Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicio receptor	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Espaguina				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. mamografia	4.
2. citologia	5.
3. medicina general	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

4 cambio TRI ESE
Recubre citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Lucia Rodriguez identificado (a) con CC número 23443696 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	Luisa Johana Cardillo	FIRMA	Lucia Ruiz.
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008376	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	1- 04- 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Martha Lucero Ortiz	EDAD: 05-07-80		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075665142
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3214096801			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	Compensar
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] EN APLICACIÓN [ ]			EPS/IAPB	
Grupos de riesgo según RIAS		Consejería Sexo Bilógico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicio medico	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

cumbio IPS para Nemocon

AUTORIZACIÓN

Yo Lucia Ortiz Rodriguez identificado (a) con CC número 23443696 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	Luisa Johana Gordillo [illegible]	FIRMA	NO firma
CARGO	Auxiliar de [illegible]ria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070033876	FECHA	

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

76

FORMATO DE CANALIZACIÓN CIUDADANA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diego Alexander Ortiz	EDAD: 05-07-88		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3214076801			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/IAFB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	EN AFILIACION [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Coordinación Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Hospital San Vicente Paul				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. CyD	4.
2. Odontología	5.
3. Cambio Rc. a Tarjeta	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOTIVA LA CANALIZACIÓN

Toma para Sacar citas menor con Registra con con Registro Civil

AUTORIZACIÓN

Yo Rodriguez de Ortiz Lucia identificado (a) con CC número 23443696 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	Luisa Johana Cortillo [illegible]	FIRMA	Lucia Ortiz
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1076000376	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

77

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Elsy Yanive castañeda	EDAD: 07-07-97		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1002415445
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3205780311			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	Famisanar
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/IAFB	
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACION [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios externos	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE CONTIVA LA CANALIZACIÓN

Regulare citas odontologias

AUTORIZACIÓN

Yo Elsy Yanive castañeda 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	Luisa Johana Cordillo [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN REMISIONAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Thiago Manto	EDAD: 4-01-22	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077342370	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		DIRECCIÓN:	Patio Bonito	
TELEFONO DE CONTACTO:	3205780311		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO / CONTRIBUTIVO / EN AFILIACION	ESPECIAL	EPS/IAFB	Famisanar	
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico		SI	NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales: SI NO	Canalización a servicios sociales	SI	NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Citas Pendientes.

AUTORIZACIÓN

Yo Thiago Fernando Manto identificado (a) con RC número 1077342370 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	Luisa Johana Bertulio [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1076008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología CyD	04-04-25	ESE	ENFERMERA

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERSECTORIAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01- 04- 2025	E.S.E. HOSPITAL DE SUPERFICIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	ERICK Samuel Montaño	EDAD: 7	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075689077 -	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		DIRECCIÓN:	Pato Bonito	
TELEFONO DE CONTACTO:	3205780311		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ VINCULADO ☐ EXCEPCIÓN ☐		EPS/IAPB	Famisanar	
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico	SI ☐ NO ☐		
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐ Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐ Canalización a servicio nocturno	SI ☐ NO ☐		
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Menor con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Elsy Yonne Cartaneda Ortiz identificado (a) con CC número 1002415445 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	Luisa Johana Gonzalez [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de [illegible]	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003870	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

78

FECHA DE REALIZACIÓN	1-04 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Eliam Jacobixia	EDAD: 06-04-22		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072674567
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3143266704			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ✓ / VINCULADO	CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL	EPS/ARS	famisanar
		SIN AFILIACION			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicio externo	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. CyP	4.
2. Salud oral	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas pendientes se sacan para el dia 05-04-2025

AUTORIZACIÓN

Yo Hemelinda Sua Coma identificado (a) con CC número 35423877 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	Luisa Johana Cortillo [illegible]	FIRMA	Hemelinda
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
CyD 10:40	5-04-2025	ESE	
Salud oral 11:20	05-04-205	ESE	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

79

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A CENTROS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01- 04 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angela María Martnez	EDAD: 5-01-71		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35418744
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3222875159			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACION [ ]	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 externos	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requier cita y se saca - 04-05-2025.

AUTORIZACIÓN

Yo Angela María Martnez identificado (a) con C. número 35418744 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	Luisa Johana Gordillo	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008376	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	04-04-25	ESE	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FECHA DE CANALIZACIÓN	80 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Wilmer Rodriguez Pura	EDAD: 4-11-93	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075671146	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon		DIRECCIÓN:	Pato Bonito	
TELEFONO DE CONTACTO:	3114807107		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACION [ ]		EPS/EAPB	Nueva EPS	
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Cargo Básico		SI NO	
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
PS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOTIVA LA CANALIZACIÓN

odontologia tarde Nemocon despues de las 2 Pm

AUTORIZACIÓN

Yo Wilmer Rodriguez Pura identificado (a) con el número 1075671146 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	Luisa Johana Gordillo [illegible]
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	C.C 1070008876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Wilmer Rodriguez
OCUPACIÓN	
FECHA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontologia	07-04-2025	ESE Nemocon	Alexandra

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FORMATO DE CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	02-04-25	ESE HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Melany victoria Rodriguez	EDAD: 2 mes		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076251268
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	304 434 4821			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/ARS/IPS	Salud total
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se saca cita con pediatra en bngada debido a que Madre refiere que no puede viajar acha pendiente Vacuna 2 meses

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Alejandra Rodriguez identificado (a) con CC número 1075676621 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	Luisa Johana Cardillo [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008376	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
pediatria	30 abril. 2025 9:00 am	Bngada	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

PROCESO DE CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL A CENTROS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	1- 04 - 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Daniel Alexander Tatante	EDAD: 30	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		RC 1 5080 57
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		DIRECCIÓN:		Patio bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3023454581		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ EN APLICACION ☐	ESPECIAL ☐	EPS/IAFB	famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización Psicólogo Institucional	SI ☐ NO ☐	Canalización a terapias respiro	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZÓ AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE JUSTIFICA LA CANALIZACIÓN

Requee Cita Pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Daniel Alexander Tatante identificado (a) con CC número 1080057 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	Daniel Alexander T
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000376	HUELLA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-OPORTUNOS

SERVICIO	FECHA:	ASISTIÓ (PS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontologia	2-04-2025	EPS famisanar	Dra Alexandra Garcia

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIO DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05- 04- 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sara Sofia Gomez	EDAD: 13-09-12		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076744411
MUNICIPIO DE PROCEDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3219367565			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO / VINCULADO	CONTRIBUTIVO X / EXCEPCIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización psicólogos Institucionales	SI / NO	Canalización a servicio social	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta del joven	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Johana Paola Santesteban identificado (a) con CC número 1069100113 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sebastian Gomez	EDAD: 20-01-19		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076748385
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3219367565			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] EXCEPCION [ ] VINCULADO [ ] EN AFILIACION [ ]			EPS/ARS	NUEVA EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipo complementario	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicio especifico	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Salud oral	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Johana Paola santesteban identificado (a) con CC número 1069100113 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000876	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRES COMPLETO DEL USUARIO:	Michelle Saavedra soto	EDAD: 14-12-99		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1002465958
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3217893291			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	NUEVA EPS ZIPA
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ EXCEPCIÓN ☐			EPS/IAPB	
Grupos de riesgo según RIAS		Condición Sexo Biológico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO	Canalización a servicio nacidos	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Gestante con citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Michelle Saavedra Soto identificado (a) con CC número 1002465958 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	Michell Saavedra
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000876	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

84

FORMATO DE CANALIZACIÓN HACIENDO LA SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	03-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Elvira Michelle Gonzales	EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1052574905
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		DIRECCIÓN: Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3217893291		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / EXCEPCIÓN	EPS/EAPB: Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico	SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización a servicio social	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Michell Saavedra Soto identificado (a) con CC número 1002465458 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	x Michell Sajonero
CARGO	Auxiliar de [illegible]	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000876	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

85

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	05-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dalber Farid Riaño	EDAD: 05-11-14	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1095681431
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon		DIRECCIÓN:		Patio bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3209702592		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ EXCEPCIÓN ☐ VINCULADO ☐ EN AFILIACIÓN ☐		EPS/ARS:		salud total
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico		SI	NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicio externo	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

1. Vacunacion	4.
2. Consulta del joven	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Edilsa Duarte Sua identificado (a) con CC número 1048822323 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	Luisa Johana Gordillo [illegible]	FIRMA	Edilsa Duarte
CARGO	Auxiliar de [illegible]ta	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070033875	FECHA	

SERVICIOS 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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	5-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REMEDIOS			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Rocha Gomez	EDAD: 12	01-06-12	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1171964105
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3223161928			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ / EN APLICACION ☐	EXCEPCIÓN ☐	ESPECIFIQUE	NUEVA EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Cuenta con Agua Potable	SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐
Constitución equipo comportamental	SI ☐ NO ☐	Canalización puntos institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicio externo	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunacion	4.
2. Consulta Joven	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza a citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Jeimy Parra carbon identificado (a) con CC número 1002547941 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	Luisa Johana Garavito [illegible]	FIRMA	Jeimy Parra
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000376	HUELLA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFECTIVOS

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

PROCESO DE CANALIZACIÓN EFECTIVA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Laura Vanessa Gomez	EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1171969105
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon		DIRECCIÓN: Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3223161928		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ VINCULADO ☐ EXCEPCIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/IAFB: Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Nivel Básico	SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales: SI ☐ NO ☐	Canalización a servicio especial: SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunacion	4.
2. Consulta Joven	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor requiere citas medicas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Jelmy Parra cordon identificado (a) con CC número 1002547941 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	Jelmy Parra
CARGO	Auxiliar de [illegible]	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070 [illegible]	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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nataly Johana trucco	EDAD: 25-04-01	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1047435181
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		DIRECCIÓN:		Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3507594858		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] EXCENCIÓN [ ]	EPS/IAPB		Salud total
Grupos de riesgo según RIAS			Condición Mental Básica		SI NO
Canalización equipos comunitarios integrados	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicio especifico	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificación	4. Ginecología
2. CCV	5. Comisaría
3. Medicina General	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

Paciente con Perdida de peso, refiere violencia Intrafamiliar con llanto fácil; refiere 3 abortos

AUTORIZACIÓN

Yo Nataly Johana trucco Porto identificado (a) con CC número 1047435181 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	Luisa Johana González [illegible]	FIRMA	NATALY TRUCCO
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070000876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-ASISTENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE (PS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

FORMATO DE CANALIZACIÓN HACIA LA OFERTA DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	07-04-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rafaela cubillos	EDAD: 56 17-01-69		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40034930
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3209431483			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO: X VINCULADO:	CONTRIBUTIVO: EXCEPCIÓN:	EPS:	EPS/IAFB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Condición Fumo Bático			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. Mamografia	4.
2. Odontologia 15 dias	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Rafaela cubillos identificado (a) con CC número 40034930 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	Luisa Johana [illegible]	FIRMA	Rafaelacubillos
CARGO	Auxiliar de [illegible]	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070[illegible]	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFECTIVOS

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

09

FORMATO DE CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			1933 1669
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Sua fonseca	EDAD: 06-01-45	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		(52192052)
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		BARRIO:		Pato bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3209431483		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURADOR:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	EXCENTA	EPS/IAFB	Famisanar
	VINCULADO	EN APLICACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipo complementario	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios externos	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citas Pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Luis sua fonseca identificado (a) con CC número (5)19 339669 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	Luisa Johana Garzón [illegible]	FIRMA	[illegible]
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	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

98

FORMATO DE CANALIZACIÓN CENTRAL A CENTROS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	07 - 04 - 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nathelia Romero Rodriguez	EDAD: 80 06-01-45	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		52128052
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		BARRIO/VEREDA:		Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	314462 2024		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		Familiar
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / EXCEPCIÓN	ESPECIAL	EPS/IAPB	.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico	SI	NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios externos	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con TA Alterado refiere que ella es Hipertensa que no asiste a cita de cronicos hijos compran medicamentos

AUTORIZACIÓN

Yo Nathelia Romero Rodriguez identificado (a) con CC número 52128052 por medio de esta 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	Luisa Johana Gonzalez	FIRMA	NO Firma
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070003876	HUELLA	

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		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Erika Daniela Gomez Carrillo	EDAD:	7/Ago/2000 24	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007467630.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	1007467630			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 ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita para Ecografia.	4.
2. cita Sicologo y Nutrición	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Cita en proceso muy dificil de sacar.

AUTORIZACIÓN

Yo Erika Daniela Gomez carrillo Identificado (a) con CC número 1007467630 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	Luisa Johana Cordillo Toro
CARGO	Aux Enfermia
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Erika Gomez
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	17- 01- 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Daniela Coromoto Escalante	28-04-2002 EDAD: 22		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 30463154
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3132894150			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3118203625
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☒	EPS/EAPB	Hospital Nemocon
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐	Gestante sin PPT		
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. cita control prenatal	4. Odontologica
2. cita Examenes	5.
3. Vacunacion	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante apenas ha asistido a 1 solo control pendiente Toma de examenes. controles y Vacunacion

AUTORIZACIÓN

Yo Daniela coromoto Escalante 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Daniela C. Escalante
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Ginecologia	26-03-2024		
Ginecologia	19- 03- 2024	Asistio	

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	06-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Yorela Rivera D	EDAD: 16		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CE 3382501
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	320 8023914			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO DE ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]			EPS/EAPB	
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. Control Prenatal	5.
3. Ecografia	6.

BREVE DESCRIPCIÒN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante Migrante sin Afiliación ni ha empezado Controles, Ya ha asistido a controles y toma de examenes

AUTORIZACIÓN

Maria Yorela Rivera Identificado (a) con CE número 3382501 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	Luzadriana Gordillo	FIRMA	Maria Yorela R.
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Aseguramiento	09-03-2025	Nemocon HRO Afiliacion	Ana Maria HRO Afiliacion
Ginecologia	26-03-2025	Brigada	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner