Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	Mayo 2025	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Facatativá	E.S.E. HOSPITAL	Facatativá		
Tipo de Identificacion	C.	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.075.[illegible].441	DIRECCIÓN:	Chorro		
NOMBRES	Kelly Johana	APELLIDOS	Ávila cordero	EDAD	41	GENERO	Femenino
NÚMERO DE CONTACTO:	3209553660	Nombre de la EPS / EAPB	Coosalud	IPS / EAPB			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Ecografías	Canalizacion profesionales de APS	APS.	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Ecografía						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Ecografía	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Kelly Johana Ávila Identificado (a) con C.C número 1.075.[illegible].441 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	Gloria Esperanza Rodríguez Hernández	NOMBRE	Kelly Johana Ávila cordero
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	Abogada
FIRMA	Gloria	FIRMA	Ávila Kelly

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Ecografía	17/05/25	HLG Facatativá	Miguel Rivera

26/05/2025 09:48

Powered by CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL				
Tipo de identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:				
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD				
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB		GENERO		
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun PAIS		Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual				
Breve descripcion que motiva la canalizacion								

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con _____ número _____ por medio de mi firma ___ NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

			USUARIO CANALIZADO
PROFESIONAL QUE CANALIZA		NOMBRE	
NOMBRE		OCUPACION	
CARGO		FIRMA	
FIRMA			

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:29

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachetá	E.S.E. HOSPITAL	H. Guatavita		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1074153801	DIRECCIÓN:	Santa Barbara		
NOMBRES	Erika	APELLIDOS	Abril	EDAD	29		
NÚMERO DE CONTACTO:	3178089121	Nombre de la EPS / EAPB	Sanitas	IPS / EAPB		GENERO	Femenino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	odontologia	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Erika Abril Identificado (a) con CC número 1074153801. 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	Gloria Esperanza Rodriguez Achury	NOMBRE	Erika Erika Abril
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA		FIRMA	Erika

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontologia	28/05/25	H.S Guatavita	Jennifer Araque

24/05/2025 15:29

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	21/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardot	E.S.E. HOSPITAL	H. San Rafael		
Tipo de Identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1CA.113.655	DIRECCIÓN:	Cra 22		
NOMBRES	Lizeth Andrea	APELLIDOS	Martinez Alfonso	EDAD	31 años		
NUMERO DE CONTACTO	3229119663	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO	Femenino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Cirugia	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Ontología	4.
2. Cirugía.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Lizeth Andrea Martinez identificado (a) con C. número 1CA.113.655 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	Elsa E. Barrera Rodriguez - Auxiliar Enfermeria	NOMBRE	Lizeth Andrea Martinez Alfonso
CARGO		OCUPACIÓN	Independiente
FIRMA		FIRMA	x Lizeth Martinez

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontologia	20/5/25	H. Girardot	Jennifer Eduardo
Cirugia	21/05/25	H. Girardot	Eduardo

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	1/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachancipá	E.S.E. HOSPITAL	H.S. Gachancipá		
Tipo de identificacion	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.07.331.639	DIRECCIÓN:	Carrera 5 # 5-39 Barrio Santa Barbara		
NOMBRES	Laura	APELLIDOS	Yara	EDAD	7 años		
NÚMERO DE CONTACTO:	3239117535	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO	Femenino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico General	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun PIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración Medico general						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Laura Sofia Yara Identificado (a) con TI número 1.07.331.639 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	Gloria Rodriguez Achury	NOMBRE	Laura Sofia Yara
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA		FIRMA	Milena Diaz.

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Optometria	9/05/25	H.S Gachancipá	Nelson Suarez

24/05/2025 15:29

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	Mayo 25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cota	E.S.E. HOSPITAL	H. Cota		
Tipo de identificacion	C.	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.069.05341	DIRECCIÓN:	Santa Ana		
NOMBRES	Ingrid	APELLIDOS	castillo	EDAD	29		
NÚMERO DE CONTACTO:	3212471466	Nombre de la EPS / EAPB	Sanitas	IPS / EAPB		GENERO	Mujer
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS	AP.	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoracion						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Patron Ganado	4.
2. Citas	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Ingrid castillo Identificado (a) con C.C. número 1.069.05341 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	Gloria Esperanza Barbosa Mahe	NOMBRE	Ingrid castillo
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	hogar
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Patron Ganado	12/05/25	H. Cota	Nathaly Jimenez
citas	12/05/25	H Cota	Sonia Bogota

24/05/2025 15:2

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	28/05/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**	Gachalá	**E.S.E. HOSPITAL**	ESE Gachalá				
Tipo de Identificacion		**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1071	**DIRECCIÓN:**	Calle 5				
NOMBRES	Gabriela	**APELLIDOS**	Rodriguez Castillo	**EDAD**	8				
NÚMERO DE CONTACTO:	3217241466	**Nombre de la EPS / EAPB**	Desconocido	**IPS / EAPB**			**GENERO**	Femenino	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Odontologia	**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**			**Grupos de riesgo segun RIAS**		**Otros eventos de Interes en salud Pública**
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**					

Breve descripcion que motivo la canalizacion Valoración odontológica

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN			
1. Odontología		4.	
2.		5.	
3.		6.	

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Gabriela Rodriguez Castillo identificado (a) con TI número 1071 [illegible] 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	[illegible]	**NOMBRE**	Gabriela Rodriguez Castillo
CARGO	[illegible]	**OCUPACIÓN**	Estudiante
FIRMA	[illegible]	**FIRMA**	[illegible]

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
Odontología	28/05/25	ESE Gachalá	[illegible]

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guaduas	E.S.E. HOSPITAL	Guaduas				
Tipo de Identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1070620764	DIRECCIÓN:	Portezuelo				
NOMBRES	[illegible]	APELLIDOS	Valencia	EDAD	21				
NÚMERO DE CONTACTO:	3204132013	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Odontologia	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Ninguno	Otros eventos de interes en salud Pública	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual					
Breve descripcion que motiva la canalizacion									

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA: Odontologia

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo [illegible] Identificado (a) con C.C. número 1070620764 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	[illegible]	NOMBRE	[illegible]
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	[illegible]
FIRMA	[illegible]	FIRMA	[illegible]

DILIGENCIAMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVAMENTE PRESTADO (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA Y SELLO PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
[illegible]	12/05/25	[illegible]	[illegible]

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	E.S.E. HOSPITAL
Tipo de Identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:	DIRECCIÓN:
NOMBRES		APELLIDOS	EDAD
NUMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB	IPS / EAPB
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS	Otro tipo de canalizacion
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual
Breve descripcion que motiva la canalizacion			

					GENERO	Grupos de riesgo segun RIAS
						Otros eventos de interes en salud Pública

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACION	
FIRMA		FIRMA	

USUARIO CANALIZADO

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVO-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cogua	E.S.E. HOSPITAL	Cogua	
Tipo de identificación	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	2[illegible]	DIRECCIÓN:	[illegible]	
NOMBRES	[illegible]	APELLIDOS	[illegible]	EDAD	56	
NÚMERO DE CONTACTO:	3175827107	Nombre de la EPS / EAPB	Compensar	IPS / EAPB		GENERO
Canalización Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Medico general	Canalización profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalización		Grupos de riesgo según RIAS
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización		cual		Otros eventos de interes en salud Pública
Breve descripción que motiva la canalización		Valoración consultas				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Nefrología
2.
3.
4.
5.
6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo [illegible] identificado (a) con Cc número [illegible] 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	[illegible]	NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]	OCUPACIÓN	[illegible]
FIRMA	[illegible]	FIRMA	[illegible]

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
[illegible]	2/05/25	N. Cogua	[illegible]

23/05/25

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

Cundinamarca
Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	2/05/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**	Cundinamarca	**E.S.E. HOSPITAL**	Hospital		
Tipo de Identificación	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	3.058.165	**DIRECCIÓN:**	Sandra Diaz		
NOMBRES	Jose	**APELLIDOS**	Castro	**EDAD**	63		
NÚMERO DE CONTACTO:	3115746067	**Nombre de la EPS / EAPB**	Famisanar	**IPS / EAPB**		**GENERO**	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun RIAS**	**Otros eventos de interes en salud Pública**
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo Jose Francisco castro identificado (a) con CC número 3.058.165 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		**NOMBRE**	Jose Francisco castro
CARGO		**OCUPACIÓN**	Independiente
FIRMA		**FIRMA**	Jose castro

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES *(Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)*

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
Odontologia	2/05/25	Hospital	Sandra Diaz

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	4/10/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fusagasugá	E.S.E. HOSPITAL	Fusagasugá		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	19.771.705	DIRECCIÓN:	Santa Ursula		
NOMBRES	Manuel	APELLIDOS	Valencia	EDAD	74		
NUMERO DE CONTACTO:	3107893274	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico General	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Publica
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			

Breve descripcion que motiva la canalizacion: Valoracion Medico General

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Manuel Jose Valencia Identificado (a) con CC número 19.771.705 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	Gloria Teodora Ayala Rodriguez	NOMBRE	Manuel Valencia
CARGO	Auxiliar en Enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico General	13/5/25	Y-Cater	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	12/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL	
Tipo de identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:	
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD	GENERO
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		EPS / EAPB	
Canalización Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de AP3		Otro tipo de canalización	Grupos de riesgo segun RIAS
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalización		cual	Otros eventos de interes en salud Pública

Breve descripción que motiva la canalización

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ 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		NOMBRE
CARGO		OCUPACIÓN
FIRMA		FIRMA

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

FIRMA			FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
FECHA		IPS	
SERVICIO			

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

Semana santa.

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guaduas	E.S.E. HOSPITAL	H.S Guaduas		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	79.596.[illegible]	DIRECCIÓN:	Santa Maria		
NOMBRES	LUIS Hernando	APELLIDOS	Campos	EDAD	63	GENERO	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	312 348 3145	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medicina General	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración Medicina General						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Campos Identificado (a) con CC número 79.596.[illegible] 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: Yesica Rodriguez Acosta
CARGO: Auxiliar de enfermeria
FIRMA:

USUARIO CANALIZADO

NOMBRE: Luis Campos
OCUPACIÓN: construcción
FIRMA: Luis H Campos

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico General	7/05/25	H. Guaduas	Mariana Vargas

26/06/62.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	1/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cachipay	E.S.E. HOSPITAL	H.S. Cachipay		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	80561055	DIRECCIÓN:	Santa Barbara		
NOMBRES	Miguel	APELLIDOS	Campos	EDAD	48		
NUMERO DE CONTACTO:	3227502209	Nombre de la EPS / EAPB	Sanitas	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico general	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Medico General
2. Ontologia.
3.
4.
5.
6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Miguel Campos Identificado (a) con CC número 80561055 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 Cloya Rodriguez Achury
CARGO Auxiliar de enfermeria
FIRMA

USUARIO CANALIZADO

NOMBRE Miguel Campos
OCUPACIÓN Independiente
FIRMA Miguel Campos

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico General	9/05/25	H.S Cachipay	Cloya Jimenez

3/NO176

Powered by CamScanner
24/05/2025 15:28

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	1/05/23	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachala	E.S.E. HOSPITAL	H.S Gachala		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	3058988	DIRECCIÓN:	Santa Maria		
NOMBRES	Luis Raul	APELLIDOS	Sanabria	EDAD	60		
NÚMERO DE CONTACTO:	3217561944	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico General	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Sanabria Identificado (a) con C.C. número 3058988 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	Carla Esperanza Rodriguez Archila	NOMBRE	Luis Raul Sanabria
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Pescador
FIRMA		FIRMA	X

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico General	9/10/23	H.S Gachala	Cathy Jimenez

Santa

2/10: 164

SH

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL	
Tipo de Identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:	
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD	GENERO
NUMERO DE CONTACTO		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB	
Clasificación Ruta de promoción y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de APS		Otro tipo de canalización	Grupos de riesgo segun RIAS
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización		cual	Otros eventos de interes en salud Pública

Breve descripción del motivo de canalización

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con TI 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 DE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE		**NOMBRE**	
CARGO		**OCUPACIÓN**	
FIRMA		**FIRMA**	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-ESCENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Cundinamarca Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		
Tipo de Identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:		
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD	GENERO	
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB		
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud PUBLICA
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual		
Breve descripcion que motiva la canalizacion						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ 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		**NOMBRE**	
CARGO		**OCUPACIÓN**	
FIRMA		**FIRMA**	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INTERNA CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachancipá	E.S.E. HOSPITAL	Hospital Gachancipá
Tipo de Identificación	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1053853870	DIRECCIÓN:	Cra 8 # 12-73
NOMBRES	Heidy Dayana	APELLIDOS	Cruz Rojo	EDAD	17 años
NÚMERO DE CONTACTO:	3105253870	Nombre de la EPS / EAPB	Nuevo EPS	IPS / EAPB	
Clasificación Rata de Estratificación y Riesgo de salud	Alto riesgo	Canalización profesionales de APS	APS	GENERO	Femenino
Clasificación a servicios sociales		otro tipo de canalización		Otro tipo de canalización		Grupos de riesgo según RIAS	Otras enfermedades crónicas no RIAS
Breve descripción que motivó la canalización	Valoración Geriatría			cual			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA: 1. Valoración Geriatría 4.
2. 5.
OBSERVACIONES 3. 6.
AUTORIZACIÓN

Heidy Dayana Cruz Rojo identificado (a) con TI número 1.053853870 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	Erika Lizeth Rodriguez Ramos	USUARIO CANALIZADO	
CARGO	Auxiliar de Enfermería	NOMBRE	Heidy Dayana Cruz Rojo
FIRMA		OCUPACIÓN	Hogar
		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Valoración Geriatría	16/05/25	Hospital Gachancipá	

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	2 DIAS	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guadalupe	E.S.E. HOSPITAL	H.S. Guadalupe		
Tipo de Identificacion	RC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.070.963.784	DIRECCIÓN:	Sede Alta		
NOMBRES	[illegible]	APELLIDOS	[illegible]	EDAD	6		
NUMERO DE CONTACTO:	320 452 7874	Nombre de la EPS / EAPB	Asmesalud	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Peluquería	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACION

1. Peluquería
2. Caracterización y tamizaje
3. 4.
5. 6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo [illegible] Identificado (a) con el número 1070963784 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	Diego Esteban Rodriguez Ariza	NOMBRE	[illegible]
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACION	[illegible]
FIRMA	[signature]	FIRMA	[signature]

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Peluquería	21/05/25	H.S. Guadalupe	Diego Esteban Rodriguez Ariza
Caracterización y tamizaje	21/05/25	H.S. Guadalupe	Diego Esteban Rodriguez Ariza

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		
Tipo de identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:	GENERO	
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD		
NÚMERO DE CONTACTO		Nombre de la EPS I EAPB		IPS / EAPB	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual		
Breve descripcion que motiva la canalizacion						
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN						
1.		4.				
2.		5.				
3.		6.				
OBSERVACIONES						
AUTORIZACIÓN						

Yo _____ identificado (a) con CC número _____ 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA Y HUELLA	
SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)			FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
	FECHA	IPS	
SERVICIO			

24/05/2025 15:28

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INCIDENTAL CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**			
Tipo de Identificacion		**No. DE IDENTIFICACIÓN:**		**DIRECCIÓN:**			
NOMBRES		**APELLIDOS**		**EDAD**		**GENERO**	
NÚMERO DE CONTACTO		**Nombre de la EPS / EAPB**		**IPS / EAPB**			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun RIAS**	
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**			**Otros eventos de interes en salud Pública**
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con C.C. número _____ por medio de mi firma (X) _SI_ _NO_ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA

NOMBRE		**USUARIO CANALIZADO**	
CARGO		**NOMBRE**	
FIRMA		**OCUPACIÓN**	
		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	01/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	[illegible]	E.S.E. HOSPITAL	H.S. [illegible]		
Tipo de Identificación	[illegible]	No. DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]	DIRECCIÓN:	[illegible]		
NOMBRES	[illegible]	APELLIDOS	[illegible]	EDAD	41		
NÚMERO DE CONTACTO:	3145753070	Nombre de la EPS / EAPB	[illegible]	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalización Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico general	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo [illegible] identificado (a) con CC número [illegible] 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	[illegible]	NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]	OCUPACIÓN	[illegible]
FIRMA	[illegible]	FIRMA	[illegible]

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVA-EFICIENTE (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico general	30/04/25	H.S. [illegible]	[illegible]

24/05/2025 15:2

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		
Tipo de Identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:		
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD	GENERO	
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB		
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Publica
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual		
Breve descripcion que motiva la canalizacion						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACION

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

OBSERVACIONES

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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-ERGENTES: (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INTRAMURAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	27/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardot	E.S.E. HOSPITAL	HS Girardot		
Tipo de identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:	1070965733	DIRECCIÓN:			
NOMBRES	Diego David	APELLIDOS	Bastidas Cortez	EDAD	1 año		
NÚMERO DE CONTACTO	3123261141	Nombre de la EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalización Ruta de promoción y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de APS	APS.	Otro tipo de canalización		Grupos de riesgo según PIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización		cual			

Breve descripción que motiva la canalización: Desnutrición Pegamos del año

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Nutrición
2. 4.
3. 5.
6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Diego Bastidas Identificado (a) con CC número 1070965733 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.

			USUARIO CANALIZADO
PROFESIONAL QUE CANALIZA			
NOMBRE	Diego Esneider Bastidas Cortez	NOMBRE	Diego David Bastidas
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Nutrición	27/05/25	HS. Girardot	Diego Cortez

27/05/25

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	19/05/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**			
Tipo de Identificacion		**No. DE IDENTIFICACIÓN:**		**DIRECCIÓN:**			
NOMBRES		**APELLIDOS**		**EDAD**			
NÚMERO DE CONTACTO		**Nombre de la EPS / EAPB**		**EPS / EAPB**		**GENERO**	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun PIAS**	**Otros eventos de interes en salud Pública**
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ *Identificado (a) con TI 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		**NOMBRE**	
CARGO		**OCUPACIÓN**	
FIRMA		**FIRMA**	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION BIDIRECCIONAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL	
Tipo de Identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:	EDAD
NOMBRES		APELLIDOS		IPS / EAPB	GENERO
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		Otro tipo de canalizacion	Grupos de riesgo segun RIAS
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS			Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual	

Breve descripción que motiva la canalización

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACION

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo _____ 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
CARGO
FIRMA

USUARIO CANALIZADO

NOMBRE
OCUPACIÓN
FIRMA

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS SEGUIENTES: (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**				
Tipo de identificacion		**No. DE IDENTIFICACIÓN:**		**DIRECCIÓN:**		**EDAD**	**GENERO**	
NOMBRES		**APELLIDOS**		**IPS / EAPB**				
NÚMERO DE CONTACTO:		**Nombre de la EPS / EAPB**		**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun PAIS**	**Otros eventos de interes en salud Pública**	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		**Canalizacion profesionales de APS**		**cual**				
Canalizacion a servicios sociales								
Breve descripcion que motivo la canalizacion								

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA

1.
2.
3.

OBSERVACIONES

4.
5.
6.

AUTORIZACION

Yo _____ identificado (a) con TI número _____ 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		**USUARIO CANALIZADO**	
CARGO		**NOMBRE**	
FIRMA		**OCUPACIÓN**	
		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	7/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL					
Tipo de identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:					
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD		GENERO			
NUMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB					
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS		Otros eventos de Interes en salud Pública	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual					
Breve descripcion que motiva la canalizacion									

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

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		**NOMBRE**	
CARGO		**OCUPACIÓN**	
FIRMA		**FIRMA**	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	21/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardot	E.S.E. HOSPITAL	S.U. Girardot		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	3.059.277	DIRECCIÓN:	Calle 5		
NOMBRES	Gerardo	APELLIDOS	Sastoque	EDAD	69		
NÚMERO DE CONTACTO:	3046493818	Nombre de la EPS / EAPB	Sanitas	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunación	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun PIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Fiebre Amarilla Viajar						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Vacunación
2.
3.
4.
5.
6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Gerardo Sastoque identificado (a) con CC número 3.059.277 por medio de mi firma SI X NO __ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco de proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Gloria Esperanza Rodriguez Achury	NOMBRE	Gerardo Sastoque
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACIÓN	Independiente
FIRMA	Gloria	FIRMA	Gerardo Sastoque

SEGUIMIENTO SERVICIOS DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunación	21/05/25	H.S. Girardot	Adriana Garzón

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL			
Tipo de identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:			
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD		GENERO	
NUMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		EPS / EAPB		Grupos de riesgo según PAIS	Otros eventos de interés en salud PAIS
Canalización Ruta de promoción y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de APS		Otro tipo de canalización			
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización		cual			
Breve descripción que motiva la canalización							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Identificado (a) con C numero _____ por medio de mi firma SI ☑ NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco de gestión de la presente canalización.

		USUARIO CANALIZADO	
		NOMBRE	
PROFESIONAL QUE CANALIZA		OCUPACIÓN	
NOMBRE		FIRMA	
CARGO			
FIRMA			FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)		IPS	
SERVICIO	FECHA		

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REGISTRO INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL			
Tipo de identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN	EDAD	GENERO	
NOMBRES		APELLIDOS		IPS / EAPB			Cinco eventos de interes en salud PDSP
NUMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		Otro tipo de canalización		Ciclos de riesgo riesgo PAIS	
Canalización Ruta de promoción y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de APS		cual			
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización					
Breve descripción que motiva la canalización							
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN			4.				
1.			5.				
2.			6.				
OBSERVACIONES							
AUTORIZACION							

Identificado (a) con C.C. 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)				FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
SERVICIO	FECHA	IPS		

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	Mayo 19 25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cogua	E.S.E. HOSPITAL	H.S. Cogua		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1070	DIRECCIÓN:	Centro Cogua		
NOMBRES	David	APELLIDOS	Rodriguez	EDAD	28		
NÚMERO DE CONTACTO:	3229192850	Nombre de la EPS / EAPB	Coosalud	IPS / EAPB		GENERO	M
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico General	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			Otros eventos de interes en salud Publica
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración por Medico General						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN			
1. Lic. Cardiaca	4.		
2.	5.		
1.	6.		
OBSERVACIONES			
AUTORIZACIÓN			

Yo David Rodriguez identificado (a) con el número 1070 por medio de mi firma SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco de procesos de la presente canalización

PROFESIONAL QUE CANALIZA			USUARIO CANALIZADO		
NOMBRE	Eliana Estefania Rodriguez Ochoa		NOMBRE	David Rodriguez Rodriguez	
CARGO	Enfermera		OCUPACION	Ninguno	
FIRMA			FIRMA	X David R.	
SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestó los servicios)					FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
SERVICIO	FECHA	IPS			
Medico General	19/05/25	H.S. Cogua			

24/05/2025 15:27

Powered by CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INTERNA/ CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	Mayo 25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guaduas	E.S.E. HOSPITAL	HUS Guaduas		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1116788	DIRECCIÓN:	Cra 5 # 5-20		
NOMBRES	Abel Rosso	APELLIDOS	Abel Salazar	EDAD	60 años		
NÚMERO DE CONTACTO:	3115788116	Nombre de la EPS / EAPB	Asmesalud	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Plato general	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo regan PAIS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motivo la canalizacion			Valoración y Examenes				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Abel Rosso Abel identificado (a) con CC número 1116788 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco de proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	Gloria Isabel Cardenas Achaval	NOMBRE	Abel Rosso Abel
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACION	Agricultor
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Plato General	26/05/25	HUS Guaduas	Abel Rosso

24/05/2025 15:26

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	210525	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachala	E.S.E. HOSPITAL	H.D Gachala		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1069304609	DIRECCIÓN:	Santa Maria		
NOMBRES	Martin Santiago	APELLIDOS	cruz Roa	EDAD	13 años		
NÚMERO DE CONTACTO:	3105758770	Nombre de la EPS / EAPB	Nuevo EPS	IPS / EAPB		GENERO	Masculino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medico general	Canalizacion profesionales de APS	NO	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoración						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Martin cruz Roa Identificado (a) con CC número 1069304609 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	Gloria Esperanza Rodriguez Achaf	NOMBRE	Martin cruz Roa
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medico General	19-5-25	HS Gch	

17/10/24

24/05/2025 15:27
Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	21/05/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardot	E.S.E. HOSPITAL	H.S Girardot		
Tipo de identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.071.167.164	DIRECCIÓN:	Santa Vera		
NOMBRES	Nicol Stefanny	APELLIDOS	Cruz Roro	EDAD	21	GENERO	femenino
NÚMERO DE CONTACTO:	3053558720	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Psicologia	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoracion						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
1. Psicologia	4.
2. Planificacion	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Nicol Stefanny Cruz Roro Identificado (a) con Cc número 1.071.167.164 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	Gloria Esperanza Rodriguez Achury
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Nicol Stefanny Cruz Roro
OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Planificacion	20/05/25	H.S Girardot	Jenny Horacel Hadey Prieto
Psicologia	19/05/25		

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	21 05 125	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Cajicá	E.S.E. HOSPITAL	H.S. Gratuito		
Tipo de Identificacion	C	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1.071.113.069	DIRECCIÓN:	Cra 6 No 3-50		
NOMBRES	Cindy	APELLIDOS	Peña Rubiano	EDAD	33		
NÚMERO DE CONTACTO:	314.575.3087	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB		GENERO	Femenino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Medicina General	Canalizacion profesionales de APS	APS	Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			

Breve descripcion que motiva la canalizacion: Valoracion

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Cindy Peña Rubiano Identificado (a) con CC número 1071113069 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	Gloria Esperanza Rodriguez Achica	NOMBRE	Cindy Peña Rubiano
CARGO	Auxiliar de Salud En Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Cindy Peña R.

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cirugia	21 05 25	H. Gratuito	
Medicina General	21 05 125	H. Gratuito	

411568121

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INTERNIVEL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21/03/25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	E.S.E. HOSPITAL
Tipo de identificación		No. DE IDENTIFICACIÓN:	DIRECCIÓN:
NOMBRES		APELLIDOS	EDAD
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB	EPS / EAPB
Canalización Ruta de promoción y mantenimiento de la salud		Canalización profesionales de APS	Cuál tipo de canalización
Canalización a servicios sociales		otro tipo de canalización	cual
Breve descripción que motiva la canalización			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:26

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	12/05/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**	FUSAGASUGA	**E.S.E. HOSPITAL**			
Tipo de identificacion	RC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1070611571	**DIRECCIÓN:**	Santa Librada		
NOMBRES	Carlos Daniel	**APELLIDOS**	Gonzalez Diaz	**EDAD**	6 meses	**GENERO**	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	3108670961	**Nombre de la EPS / EAPB**	Nueva EPS	**IPS / EAPB**			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Riesgo crecimiento y desarrollo	**Canalizacion profesionales de APS**	NO	**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun RIAS**	Otros eventos de interes en salud Publica
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Valoracion						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo Carlos Daniel Gonzalez Diaz identificado (a) con RC número 1070611571 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	Cindy Carolina Bermudez Rodriguez	**NOMBRE**	Carlos Daniel Gonzalez Diaz
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	**OCUPACIÓN**	Hogar
FIRMA		**FIRMA**	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
Crecimiento y desarrollo	12/05/25	IPS Fusagasuga	Cindy Bermudez
Odontologia	12/05/25	IPS Fusagasuga	Cindy Bermudez

24/05/2025 15:26

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL			
Tipo de Identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:			
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD		GENERO	
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB			
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual			
Breve descripcion que motiva la canalizacion							

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN		
1.	4.	
2.	5.	
3.	6.	

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con el 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		NOMBRE
CARGO		OCUPACIÓN
FIRMA		FIRMA

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:26

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL				
Tipo de identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:		DIRECCIÓN:				
NOMBRES		APELLIDOS		EDAD		GENERO		
NÚMERO DE CONTACTO:		Nombre de la EPS / EAPB		IPS / EAPB				
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS		Otros eventos de interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion		cual				
Breve descripcion que motiva la canalizacion								

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ 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	
CARGO	
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO

NOMBRE	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

24/05/2025 15:26

Powered by CamScanner