SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	27-08-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Rafael Alejandro Pachon Lizarazo	EDAD:	9 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1019141824
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cerro verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3219612889
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [/] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor sin Biologico UPH

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Cecilia Lizarazo Identificado (a) con CC número 23529395 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	Andrea Quintero
CARGO	Auxiliar Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunacion			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	27-08-2025

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	27-08-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Pau 1
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Diego Cardenas Sandoval	EDAD:	1 año	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1075677722
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3134568490
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / 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:	Zipaquira				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor contnua sin Biologico UPH

AUTORIZACIÓN

Yo Mireya Sandoval Romero Identificado (a) con CC número 1075665231 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	Andrea Quintero
CARGO	Auxiliar enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Mireya Sandoval
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunacion			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	27-08-2025

Powered by CamScanner