SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	19-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Brenda Lorena Duarte		**EDAD:** 17.	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI 1028785159
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCIÓN:**	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3233820793
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se le solicita consulta con Nutricion y ecografia continua con controles prenatales

AUTORIZACIÓN

Yo Brenda Duarte _____ Identificado (a) con ☐ número 1028785159 _____ 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	X Brenda Duarte
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Nutricion	25-8-2025	Nemocon	

Documento elaborado por:	Andrea Quintero.
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	19-8-2025

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	19-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San vicente de paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Martha Cecilia Pinton Rodriguez	EDAD: 51		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 35426164
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cerro verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3104182927
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Pacriente con Dx Desnutricion Proteicocalorica severa faltante consulta nutricion

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca Pinton Identificado (a) con CC número 35414294 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 Gunteio
CARGO	Auxiliar enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Blanca
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Nutricion	26-08-2025	Nemocon	

Documento elaborado por:	Andrea Gunteio
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	19-8-2025

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	20-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Pau l.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Jorge Humberto Sandoval R		EDAD: 36	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 1010186977
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3224392350
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Sin afiliacion en espera de visita Sisben

AUTORIZACIÓN

Yo Jorge sandoval _____ Identificado (a) con CC número 1010186977 _____ 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	
OCUPACIÓN	T. Informal.
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	20-8-2025

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	20-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Luisa María Vasquez Gomez	EDAD: 23		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC1003480195
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3204680201
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Enfermería	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante con controles al dia continua con controles prenatales

AUTORIZACIÓN

Yo Luisa Vasquez Identificado (a) con CC número 1003480195 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	Andrea Quintero	FIRMA	Luisa Vasquez
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	20-08-2025

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	20-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Nidia Johana Salatar Ramos	EDAD: 32		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1003827008
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cra 10 vereda
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132859086
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante continua con controles prenatales

AUTORIZACIÓN

Yo Nidia Salatar _____ Identificado (a) con CC número 1003827008 _____ 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	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	20-8-2025

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	26-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Blanca Lilia Gomez Rodriguez		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 35414672
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cerro verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3203554942
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	[X] SI [ ] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con tristeza por duelo de madre

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca Gomez _____ Identificado (a) con CC número 35414672 _____ 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	Aux enfermero
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Blanca L.
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	26-08-2025

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	26-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Sanvicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Erika Yiceth Silva Tambrano	**EDAD:** 21		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 1076240126
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCIÓN:**	Cerro verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3217497354
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante continua con controles prenatales

AUTORIZACIÓN

Yo Erika Silva _____ Identificado (a) con CC número 1076240126 _____ 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	Andrea Quintero	**FIRMA**	Erika Silva
CARGO	Aux Enfermeria	**OCUPACIÓN**	Estudiante
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	26-08-2025

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
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Rafael Alejandro Pachon Liza	**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 Yaira Cecilia Lizarazo Identificado (a) con CC número 23529395 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	Andrea Quintero	**FIRMA**	X manifiesto
CARGO	Auxiliar Enfermeria	**OCUPACIÓN**	Hogar
FIRMA		**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 / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**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 contrua sin Bobqico 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

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	26-08-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Pau
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Paola Contreras Gomez	**EDAD:** 30		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 1075674083
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCIÓN:**	Cerro verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3023136800
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [x] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Sutatausa				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante Pendiente por examen Rectovaginal

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Contreras Identificado (a) con CC número 1075674083 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 de enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Sandra Contreras G.
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	26-08-2025

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 Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Luz Helena Duran Santos	EDAD: 20		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 1071112531
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Galavelde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3108021513
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanal
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:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante en espera de parto

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Duran Identificado (a) con CC número 1071112531 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	Andrea Quintero	FIRMA	Luz Duran.
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	27-8-2025

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 Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Fernando Mendoza	EDAD: 37		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1073655671
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3202006330
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ✓ / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Visita Sisben, refiere lleva mucho tiempo, desde que habita en la vereda no le realizan visita

AUTORIZACIÓN

Yo Fernando Mendoza Identificado (a) con CC número 1073655671 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	Andrea Quintero	FIRMA	Fernandomendoza
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	T. Formal
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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

Powered by CamScanner