SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	18-8-25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		Hosp. San Vicente de Paul Nemocón	
Tipo de identificacion	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1075678025	DIRECCIÓN:	Patio Bonito	Nemocón	
NOMBRES	Michel Sofia	APELLIDOS	Bermudez Sandoval	EDAD	11 años	GENERO	Femenino
NÚMERO DE CONTACTO:	314 371 7070	Nombre de la EPS / EAPB	Salud Total	IPS / EAPB	Urrea Soliz. Zipaquira	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunacion	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	La niña no le han aplicado Vacuna VPH.						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Sonia Sandoval identificado (a) con CC numero 1067099950 . 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	Amparo Cortes #NA	NOMBRE	Sonia Sandoval.
CARGO	Aux. de Enfermeria #NA	OCUPACIÓN	Empleada.
FIRMA	Ilegible.	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
Vacunacion	27-08-25	Hosp- San V. Paul	Nemocón.

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD						
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	18/6/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**		Hosp- San Vicente de Paul	
Tipo de identificacion	TI	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1075684099.	**DIRECCIÓN:**	Patio Bonito	Nemocón	
NOMBRES	Brayan Sneider	**APELLIDOS**	Lizarazo Benites	**EDAD**	10	**GENERO**	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	3133524820	**Nombre de la EPS / EAPB**	Salud Total	**IPS / EAPB**	Virrey Solis.	**Grupos de riesgo segun RIAS**	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunación	**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Otro tipo de canalizacion**	
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**	**cual**	**cual**		**cual**	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	El niño no le han colocado vacuna VPH						

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Viviana Benites identificado (a) con C.C numero 1075681570 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	Amparo Contreras #N/A	**NOMBRE**	Viv Benites.
CARGO	Aux de Enfermeria. #N/A	**OCUPACIÓN**	Empleada.
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**
Vacunacion		Hosp- San V. Paul N.	Magdalena.

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD						
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	16/8/25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**		Hosp- San Vicente de Paul Nemocon	
Tipo de identificacion	TI	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**		**DIRECCIÓN:**	1075674495	Patio Bonito.	
NOMBRES	Jeferson. Stiven	**APELLIDOS**	Izarazo Benitez.	**EDAD**	15 años	**GENERO**	Masculino.
NÚMERO DE CONTACTO:	3133524820	**Nombre de la EPS / EAPB**	Salud Total	**IPS / EAPB**	Virrey S. Zipaquira.	**Grupos de riesgo segun RIAS**	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunacin	**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Otro tipo de canalizacion**	
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**	**cual**	**cual**		**cual**	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	El joven no le han colocado vacuna VPH. y cita de Higiene oral.						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
1. Vacunacin.	4.
2. Higiene Oral.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Viviana Benites. identificado (a) con CC numero 1075681570. 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	Amparo Contreras #N/A	**NOMBRE**	Viviana Benites.
CARGO	Aux. Enfermeria #N/A	**OCUPACIÓN**	Empleada.
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**
Vacunacin		Hosp- San V. Paul	Magdalena

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD						
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	18-8-25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		Hosp. San Vicente de Paul Nemocón	
Tipo de identificacion	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1075678025	DIRECCIÓN:	Patio Bonito	Nemocón	
NOMBRES	Michel Sofia	APELLIDOS	Bejarano Sandoval	EDAD	11 años	GENERO	Femenino
NÚMERO DE CONTACTO:	314 371 7070	Nombre de la EPS / EAPB	Salud Total	IPS / EAPB	Virrey Soliz Zipaquira	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunacion	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	La niña no le han aplicado Vacuna VPH.						

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Sonia Sandoval identificado (a) con cc numero 1069099950 . 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	Amparo Contreras	NOMBRE	Sonia Sandoval.
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Empleada.
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
Vacunacion	27-08-25	Hosp- San V. Paul	Nemocon

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner