SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsyp
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Bárbara Andrea Rukey	EDAD: 50		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	Cc 63502704
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3175186405			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:	Hsyp				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria de 50 años sin toma de CCU - UPH se canaliza a jornada de salud en Patio Bonito

AUTORIZACIÓN

Yo Bárbara Andrea Rukey Identificado (a) con CC número 63502704 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	Diana Carolina Herrera
CARGO	Aux Enf
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	VIVIANA D.
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	VIVIANA D

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Tamizaje UPH	23-8-25	HSYP	J Ete Parla S.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	21-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Carmen Victoria Rodriguez		EDAD: 47	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 1282009
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Venecia			DIRECCIÓN:	Vda Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3118231685			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	Cancer		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. Tamizaje ADN-VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria de 47 años de edad sin Tamizaje de VPH se Canaliza en Jornada de Salud Pato Bonito el 23-8-25

AUTORIZACIÓN

Yo Carmen Victoria Rodriguez Identificado (a) con PPT número 1282009 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	Diana Carolina Murcia Garnica
CARGO	Aux de Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Tamizaje ADN-VPH	23-8-25	HSUPN	Jefe Rivas S

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	21-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Juan Gabriel Sandoval V	EDAD: 37		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1075658513
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3502676480			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario Juan Gabriel Sandoval sin control medico hace bastante tiempo se canaliza a jornada de salud con medico general. En patio Bonito

AUTORIZACIÓN

Yo Juan Gabriel Sandoval Identificado (a) con CC número 1075658513 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	Daniela Cortes Hurtado	FIRMA	
CARGO	Aux ENF	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
23-8-25 Medicina gral.	23-8-25	Hsupn	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	21-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO	Yodith Dayana Fuentes	EDAD: 5		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1076253440
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Rito Bonito
TELEFONO DE CONTACTO	322 737 5899			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ecografia vias urinarias	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Niña de 5 años que tiene pendiente Eco de vias urinarias en Hsupn.

AUTORIZACIÓN

Yo Edilse Angelica Nuñez Identificado (a) con CC número 1069100801. 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	Diana Carolina Mateus
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Angelica Nuñez
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Angelica Nuñez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Ecografias	28-8-25	HSUPN	Ruth Arcos Oscar

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	18-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSUPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Julian Steven Latorre Sanchez	EDAD: 3 m		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1075695144
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3108665937			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3247178337
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Compensar.
Grupos de riesgo según RIAS	ninguno	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	HSUPN.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza debe de 3 meses al vacunación esquema en. HSUPN sede Patio Bonito.

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		FIRMA	Tatiana Sánchez
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Tatiana Sanchez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	20-8-25	HSUPN	Magdalena F.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	21-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Naranjeli Patricia Cifuentes		EDAD: 17	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 8091129
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	3014512045			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	Materno-Perinatal		Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Hsupn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna DPT-A	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante de 30 semanas se canaliza a vacuna de DPT-Acelular en punto de vacunación Hsupn en patio Bonito

AUTORIZACIÓN

Yo Naranjeli Cifuentes Identificado (a) con PPT número 8091129 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	Diana Sofia Herrera	FIRMA	Naranjeli
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Aux Enfermera	FIRMA	Naranjeli

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	27-8-25	Hsupn	Magdalena Pigen.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	23-8-25	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		HSUPN.	
Tipo de Identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	23609831	DIRECCIÓN:		Vda Pato Bonito	
NOMBRES	Rosa Zoila	APELLIDOS	Gomez M	EDAD	70	GENERO	Femenino.
NÚMERO DE CONTACTO:	312531 8836	Nombre de la EPS / EAPB	Compensar	IPS / EAPB	Vivir A.	Grupos de riesgo segun RIAS	ninguno
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	Adulto mayor Paciente crónico HTA Sin vacuna de influenza se canaliza apoyo de vacunación Pato Bonito						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. Vacuna de influenza	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Zoila Gomez identificado (a) con CC numero 23609 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	Diana Carolina #N/A Ruiz	NOMBRE	Rosa Zoila Gomez
CARGO	Dx enF #N/A	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Rosa Zoila Gomez

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
Vacunación	8-25	HSUPN	Magdalena. Fuqen

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

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	23-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hspn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Antonio Sabrera U	EDAD: 75		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1073365
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3125316836			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Compensar
Grupos de riesgo según RIAS	ninguno	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. Vacunación influenza	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se Canaliza Adulto mayor Centro HTD a vacuna contra la influenza en Punto de vacunación Sede pato Bonito de Hspn

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Antonio Sabrera U Identificado (a) con CC número 1073365 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	Diana Carolina Garcia	FIRMA	Rosa Zoila Gomez (Poder)
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Pensionado.
FIRMA		FIRMA	Rosa Zoila Gomez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	8-25	Hspn	Magdalena Guzman

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	25 - 8 - 25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Avella Patiño		EDAD: 41	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1057573172
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO	3123464862			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva Eps
Grupos de riesgo según RIAS	ninguno		Canalización Equipo Básico		SI [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] [X]
IPS DE ATENCIÓN:	HSUPN				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Traslado IPS primaria.	5.
3. Psicología.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria Femenina de 41 años con Dx Hipotiroidismo No tratado, no. consulta hace bastante tiempo al medico ya q la atienden en IPS Boyaca Sintomas marcados de Hipotiroidismo, edema, Refiere tristeza

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Avella Patiño Identificado (a) con CC número 1057573172 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	Diana Carolina Hurtado G.	FIRMA	Sandra
CARGO	Aux Enfermería	OCUPACIÓN	Abogada
FIRMA		FIRMA	Sandra

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Urgencias-Medicina Gral	27-8-25	HSUPN	

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	23-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsxpn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Daniela Michelle Gomez P	EDAD: 16		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076741496
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Y / pato Conit
TELEFONO DE CONTACTO:	3142853879			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3136027539
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Fons
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Calen IPS				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ginecología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante de 37 semanas de 16 años de edad quien tiene pendiente Valoración con repites en IPS Calen Ginecología

AUTORIZACIÓN

Yo Jenny Paola Pachon Identificado (a) con CC número 1075653543 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. madre

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Dana Carolina Hurtado
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	JennyPaola P
OCUPACIÓN	Indep.
FIRMA	JennyPaola P

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Ginecología	2-9-25	Calen Ginequr	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	25-8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angelica Gomez Martinez	EDAD:	24	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1075679632
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Barrio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	3124364277			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar.
Grupos de riesgo según RIAS	Materno-Perinatal	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Viva 1D				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante de 16 semanas sin control pcv psicologia y odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo Angelica Gomez 1075679632 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	
NOMBRE	Diana Carolina Hurtado B
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Angelica Gómez
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Angelica Gómez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Psicologia	5-9-25	Viva 1D	-
odontologia	5-9-25	Viva 1D	-

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	25-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Leidy Paola Gomez Diaz	EDAD: 28		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1003825982
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3118023332			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☑	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva Eps
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐	NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales: SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:	HSVPN				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria de 28 años quien no tiene Cartd por odontologia en IPS Primaria.

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Paola Gomez _____ Identificado (a) con CC número 1003825982 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	Dora Cardna Heraa-6
CARGO	Ay enFenero
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Leidy G
OCUPACIÓN	Operaria Flores
FIRMA	Leidy G

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
odontologia	-8-25	HSVPN	

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	25-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Pilar Iliana Martinez		EDAD: 47	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 23522825
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Pueblo Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3114839216			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva Eps
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria de 47 años que tiene perdida orden de valoración por medicina interna

AUTORIZACIÓN

Yo Pilar Iliana Martinez 23522825 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	Dra Andrea Hurtado C
CARGO	Aux Enf
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Pilarmartinez
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Pilar martinez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina Interna	4-9-25	Hsupn	Dr Oscar Mendez

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	25 8-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsyrn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Carlos Silva Silva	EDAD: 47		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80342790
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nimaca			DIRECCIÓN	Vda Pato Bajo
TELEFONO DE CONTACTO	3148839216			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva Eps
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN	Hsyrn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cirugia Vias Urinarias	4.
2. Cirugia de prostata.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario de 47 años que tiene pendiente tumor de cirugia de prostata y vias urinarias

AUTORIZACIÓN

Yo Pilar Liliana Martinez 23572825 Identificado (a) con CC numero 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. → Gpo SM

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Dra. Cecilia Hoyos
CARGO	AUX ENF
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Pilarmartinez
OCUPACIÓN	Agr.
FIRMA	Pilarmartinez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	21-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsyrn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yoledis Jimenez Rivera	EDAD:	28	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1116813468
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda Pata Quita
TELEFONO DE CONTACTO	3226139377			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Portabilidad IPS-	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Madre soltera de 28 años y sus 4 hijos menores desplazados x la violencia, Por tal IPS en Aranquita para recibir atencion medica en Hsyrn.

AUTORIZACIÓN

Yo Yoledis Jimena Rivera Identificado (a) con CC número 1116813468 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	Dora Carlina Mendoza
CARGO	Aux en Fermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yoledys Jimenez
OCUPACIÓN	Labores cigueñas.
FIRMA	Yoledys Jimenez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner