12-09-99

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	4 Septiembre 2025	E S.E HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Soranis Cardona	EDAD: 42.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc39 177 156
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herera
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3134265861
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO V. / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar.
Grupos de riesgo segun 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Por favor agendar cita en la tarde.

AUTORIZACIÓN

Yo Soranis Cardona Identificado (a) con ___ número 39'177.156 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	Miyam Garzón
CARGO	Aux Enfermeric
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Soranis Cardona

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Mediana Gerera'l	10/09/25	13140	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

29-10 86

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4 de September /25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ingrid Lizet Orozco	EDAD: 39.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1034286867
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero.
TELEFONO DE CONTACTO:	3219037989			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanor
Grupos de riesgo segun 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. Citologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se solicita amablemente el examen sea en la tarde por motivos de trabajo.

AUTORIZACIÓN

Yo Ingrid Orozco Identificado (a) con ___ número 1034286867 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	Miryam Gaitán	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Citologia	10/09/25	10740	

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	4 Septiembre 2025	E S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Jose Gildardo Rey	EDAD: 57.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 80450069
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca.			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3219037989.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL			EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO / SIN AFILIACIÓN				
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita de medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se solicito el favor de agendar cita en la tarde.

AUTORIZACIÓN

Yo José Gildardo Rey Identificado (a) con ___ número 80450069 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	Miyam Garzon	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	10/09/25	3:00	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

1-02-65

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4 de Septiembre	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosa Ana Quevedo	EDAD: 60		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc39768912
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3123195059			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalizacion equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Autorizar Rx.	4. Cita medicina General
2. Radiografia Columna	5.
3. Autorizar examen de laboratorio	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Quevedo Identificado (a) con ___ número 39768912 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	Holyam Gaizon	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	*RosaAnaQuevedo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

14-06-41

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4 Septiembre 2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H- Cáqueza
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Angel Antonio Quevedo		EDAD: 84	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc. 3022124
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrera.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144791563			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3118431166
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Fomag.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita de medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Refiere ser diabetico sin tto.

AUTORIZACIÓN

Yo Angel Quevedo Identificado (a) con ___ número 3022124 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	Miryam Gaizón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Angel A. Quevedo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

21-05-66

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21 Agosto		E.S.E HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Barbarita Ladino Rey	EDAD: 59		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20546357
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3238171452			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo segun 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Prueba de Aliento	4.
2. Ecografia Doppler Venoso	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

1. Instituto de diagnostico Medico. (IDIMESA)
2. Hospital San Rafael Cáqueza

AUTORIZACIÓN

Yo Barbarita Ladino. Identificado (a) con ___ número 20546357 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	Miryam Garzón
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	+ Barbarita Ladino Rey

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

7-4-51

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21 Agosto 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Mariana Barbosa		EDAD: 74	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20545658
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3213099267			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo segun 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. Psicologia.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La sr Solicita que por favor se le llame antes de llegar a la casa para ella estar debido a los labores de compo.

AUTORIZACIÓN

Yo Mariana Barbosa Identificado (a) con ___ número 20545658 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	Hugon Garzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Mariana Barbosa

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

25-06-65

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21- Agosto 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Fabiola Riveros G.	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C C39771347
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3118997594			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Fabiola Riveros Identificado (a) con ___ número 39771347 por medio de mi firma SI __ NO___ autorizo que mi información sea compartida con ctras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Miryam Gaitán	FIRMA	
CARGO	Dux Enfermero	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Fabiola

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

22-5-99

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23 Agosto		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Rosa Maria Rojas	EDAD: 26		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003739232
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3238287966			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL			EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO / SIN AFILIACIÓN				
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Rojas Identificado (a) con ___ número 1003739232 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	Miryam Garzon
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Rosa María Rojas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

3-5-49

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21-Agosto 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Laureano Perez A.		EDAD:	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 2983286.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	321 309 9267			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Perez Identificado (a) con ___ número 2983286 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	Hiram Gaitan
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

12-06-93

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23 Agosto		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H. Caqueza.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ana Mayerli Cantor	EDAD: 32		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1074133824.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero.
TELEFONO DE CONTACTO:	3202578584			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La ora solicita ata el mismo dia por motivos laborales.

AUTORIZACIÓN

Yo Mayerli Cantor Identificado (a) con ___ número 1074133824 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	Miryam Goizón
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Mayerli Cantor.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

11-09-2017

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23 Agosto 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Caqueza
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Adriana Acuña Cantor	EDAD: 7		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1170463759
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3202578584
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo segun 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. CyD.	4.
2. odontologia	5.
3. Cambio de documento de identidad	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora solicita que las citas queden el mismo día por motivos laborales.

AUTORIZACIÓN

Yo Mayerli Cantor Identificado (a) con ___ número 1074133824 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	Miryam Garzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Mayerli Cantor

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	23 Agosto		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H-Cáqueza
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Dahiana Valentina Rusti	EDAD:	12.	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1170463005
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3201578584			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mediana General	4.
2. Odontología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se solicita para el mismo dia.

AUTORIZACIÓN

Yo Mayerh Cantor Identificado (a) con ___ número 1074133824 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	Miryam Garzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Mayerh Cantor.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

11-04-23

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACION INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23 Agosto 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Hana Alejandra Perilla	EDAD: 29		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072721010
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3114991216
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo segun 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Mayerli Cantor identificado (a) con cc número 1074133824 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	Miryam Gaizón	FIRMA	Mayerli Cantor
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

6.07.2012

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	29 Agosto 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Yulieth Riveros		EDAD: 13.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1072719737
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3114543701			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ecografia trans abdominal.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Omaira Zambrano Identificado (a) con ___ número 1003739159 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	Miyam Gaitán	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Omaira Z. A

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

24-09-94

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	29 Agosto 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Adelmo Quevedo Perez	EDAD: 30		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719788
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herreo
TELEFONO DE CONTACTO:	3134137546			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementanos	SI [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Adelmo Perez B. Identificado (a) con ___ número 1072719788 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	Miyam Corzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Adelmo Perez B.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner