	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.

Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC	
Municipio	FOSCA
Lugar	VEREDA HERRERO
Fecha	AGOSTO-SEPTIEMBRE
Tema	CANALIZACION EFECTIVA
Entorno	HOGAR
Objetivo	DAR A CONOCER LAS DIFICULTADES PRESENTADAS PARA LA EFECTIVIDAD EN LAS CANALIZACIONES
RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos):	MIRYAM GARZON
Número Documento de identidad del responsable de la actividad	40437810
Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091.	

Desarrollo de la Actividad

1. **Descripción de la población asistente** En este espacio registrar las características de la población beneficiaria en cuanto a: número, curso de vida, enfoque diferencial, población vulnerable, ámbito, etc.

Se canalizaron 16 persona a diferentes servicios como: Medicina general, odontologia, CYD, citologia al igual citas en hospitales de segundo nivel.

2. **Metodología de la actividad realizada** En este espacio tener en cuenta que la metodología hace referencia al conjunto de procedimientos racionales utilizados para alcanzar el objetivo, que requieren habilidades o conocimientos específicos, sobre el tema tratado

Por directriz del enlace de la ESE se entregara cada lunes a la corresponsal las canalizaciones realizadas y ella en el transcurso de la semana nos informara sobre las citas asignadas.

Esto con el fin de que una sola persona se encarge del agendamiento de las citas, siendo esto una barrera de acceso para que la comunidad reciba la tencion que necesita, teniendo que esperar largod tiempos de espera y sin contar con dificultad por llegar a los centro de atencion por la dificulltad de transporte o los horarios de las rutas.

2.1 Actividad lúdica de inicio En este espacio registrar las características de la actividad lúdica y recordar que esta debe permitir aprender a través del juego.

RETIRAS ESTE ITEM

2.2 Explicación del tema En este espacio registrar las características principales del tema tratado, enfocado a prevenir los riesgos, promover la salud e identificar los momentos claves en los que debe consultar a los servicios de salud.

En la primera ejecusion se entregaron a la corresponsal:

Medicina general : 9 canalizaciones
Vacunacion: 1 canalizacion
CYD: 1 canalizacion
Odontologia: 3 canalizaciones
Cita para doppler venoso hosptal de caqueza:1
Psicologia:1

2.3 Descripción del material didáctico utilizado En este espacio registrar las características del material el cual de be ser comunicativo (tiene que resultar de fácil comprensión para la población a la cual se dirige), tener una estructura (es decir, ser coherente en sus partes y en su desarrollo) y ser pragmática (para ofrecer los recursos suficientes que permitan a las personas verificar y ejercitar los conocimientos adquiridos.

2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes. En este espacio registrar por lo menos 5 inquietudes o dudas que tenga la población sobre el tema.

.

3. **Conclusiones y recomendaciones** En este espacio registrar que se logró y que dificultades se presentaron, así como las recomendaciones puntuales para fortalecer el tema en esa población.

Eliminar obstaculos administrativos, permitiendo que cada auxiliar tenga una agenda para sus usuarios
Proporcionar personal idoneo y con sensibilidad de atencion para el agendamieto de citas

4. **Registro fotográfico** En este espacio se debe evidenciar el desarrollo de la actividad, al ejecutor y asistentes, además debe contener el registro de la fecha, hora y lugar de captura con aplicación de georreferenciación, que coincida con los demás soportes. Debe contener mínimo tres (03) fotografías que daten de los momentos fundamentales (lúdica de inicio, explicación del tema y actividades de cierre). Cada fotografía debe estar en formato horizontal con un Alto de nueve (09) cm y un ancho de 11 cm.

12-09-99

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 COMPLETO DEL USUARIO:	Soranis Cardona	EDAD: 42.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 39 177 156
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3134265861
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [V] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Miryam Garzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Soranis Cardona

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Mediana General	10/09/25	IBTAO	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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 Septiembre /25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO 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	Famisanar
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 Garzón	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	10140	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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 COMPLETO 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 / 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	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 solicita 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 Garzón	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	

1-02-65

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:	Foxca			DIRECCIÓN:	Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3123195059			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. 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 Gaizón	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	

14-06-41

	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 COMPLETO 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 / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN		ESPECIAL	EPS/EAPB: Fomag.
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	

Gobernación de Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**

21-05-66

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:	20 546357
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocca			DIRECCIÓN:	Heirero
TELEFONO DE CONTACTO:	323 817 1452			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva cpd.
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 20 546 357 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	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	

7-4-51

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 / 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:					

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 tomar debido a los labores de campo.

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	Hiram 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	

25-06-65

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:	Fabiola Riveros G.	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC39771347
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Hereo
TELEFONO DE CONTACTO:	3118997594			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
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. 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 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	Miryam Gonzón	FIRMA	
CARGO	Aux 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	

22-5-99

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		
NOMBRE COMPLETO 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 / 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					
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				USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Miryam Garzon			FIRMA	
CARGO	Aux Enfermero			OCUPACIÓN	
FIRMA				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	

3-5-49

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 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

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	Miryam Gomez
CARGO	Aux Enfermera
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	

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 COMPLETO DEL USUARIO:	Ana Mayerli Cantor	EDAD: 32	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1074133824
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca		DIRECCIÓN:	Herrero.
TELEFONO DE CONTACTO:	3202578584		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
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: SI X 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Miryam Goizón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	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	

Gobernación de Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.

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		Cáqueza
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. C y D.	4.
2 odontologia	5.
3. Cambio d. 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	Miyam Garzón	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	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	

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 COMPLETO 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] 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:					

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	

11-04-23

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACION INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	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	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 X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS 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	Miyam Gaitán	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	

6.07.2012

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 COMPLETO DEL USUARIO:	Yulieth Riveros	EDAD:	13.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1072719737
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrera
TELEFONO DE CONTACTO:	3114543701			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
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	Miryam 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	

Gobernación de Cundinamarca

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**Código: M-PDS-GSP-FR-029**
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	**Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.**

24-09-94

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 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072719788
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Herrero
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	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 Identificado (a) con ___ número 1054 6784 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 Corzo	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Adelmo Perez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	