	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	8-12-2025.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hosp. San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Allison Pelayo Santisteban	EDAD:	09-03-25 7m	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076257395
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	311 515 7503.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS	H	Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	HSVP Nemocón				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Luisa Santisteban Identificado (a) con CC número 1054064044 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	Amparo Contreras
CARGO	Aux. Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Luisa Niño S
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunacion	10-12-2025	HSVP N.	Vacunacion

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	7-12-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hosp San Vicente de Paul Nemocón
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jony Jair Gaviria Polido	EDAD: 29-01-13 12		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1049942124
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3103281511			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Sura.
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:	A y G Tipaquira.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación VPH.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Dionisio Gaviria Identificado (a) con CC número 1044925521 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 Cardenas.	FIRMA	Dionisio Gaviria
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Empleado
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunacion	7-12-2025	HSVPN.	En tramite

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	8-12-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hosp San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Milan Esteban Castiblanco		EDAD: 12 años. 7-1-2013	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057215339
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Patio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	322 6775640			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3226775640.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	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:	HSVPN Nemocón				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Doris Sierra identificado (a) con CC número 1002624249 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	FIRMA	
CARGO	Aux. de Enfermeria.	OCUPACIÓN	Oficios Varios.
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunación	10-12-2025	HSVPN.	En tramite.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner