Gobernación Cundinamarca	**SECRETARÔA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6- 12- 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Eolgani Patricia Parra Montiel	**EDAD:** 27 ars		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	CV 26743126
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCI"N:**	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**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 ATENCI"N:	Ninguna				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4. Enfermeria
2. Trabajo Social	5.
3. Medicina	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

AUTORIZACI"N

Yo Eolgani Parra _____ Identificado (a) con CV número 26743126 _____ por medio de mi firma SI _A_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	Beatriz Andrea Quintero	**FIRMA**	Eolgani parra
CARGO	Auxiliar de enfermeria	**OCUPACI"N**	Hogar
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6-12-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Gloria Ines Casallas Sandoval	EDAD:	67 años	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	39630655
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Ilemocon C			DIRECCI"N:	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3209457584
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [A] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalizadón Équipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalizadón servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCI"N:	Cogua				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Oncologia - orden	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Solicitar consulta con oncologia - frente orden

AUTORIZACI"N

Yo Ines Casallas Identificado (a) con CC número 39630655 por medio de mi firma SI 1 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	Beatriz Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACI"N	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6-12-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Alicia Gomez Rodriguez	EDAD:	72 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACI"N:	20758746
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCI"N:	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				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 X / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCI"N:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Maestro a consulta en jarretado, en vereda

AUTORIZACI"N

Yo Alicia Gomez Identificado (a) con CC número 20758746 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	Beatriz Andrea Quintero	FIRMA	X Alicia G
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACI"N	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medico General	2-12-2025		

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	7 12-2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Diva Yaret Reinel		**EDAD:** 53a1	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	50920492
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCI"N:**	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS			Canalizadón Équipo Básico		SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☒ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCI"N:	Nemocon				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Falta control

AUTORIZACI"N

Yo Yaneth Reinel identificado (a) con CC número 920 492 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	Beatriz Andrea Quintero	**FIRMA**	Diva Yaneth
CARGO	Auxiliar de enfermera	**OCUPACI"N**	
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca	**SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	07 12-2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO	Eliam Santiago Forero		**EDAD:** 56 dra	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	RC1069102859
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCI"N:**	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO:				**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 [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCI"N:	Vacunacion				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARÍO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Vacuna de PAI 2meses

AUTORIZACI"N

Yo Erika. Silva Identificado (a) con CC número 1076246126 por medio de mi firma SI 1 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	Beatriz Andrea Cantero	**FIRMA**	ERIKA SILVA
CARGO	Auxiliar de Enfermería	**OCUPACI"N**	
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunacion	9-12-2025		

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner