Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD 75

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6112125.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Natalice Valeatina H	**EDAD:**	4a	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	RC 1083060526
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon.			**DIRECCI"N:**	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3004321168			**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 [ ] NO [X]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCI"N:	Santa Marta				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Asegurramiento	4.
2. Sisben	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor sin portabilidad de epoca el municipio y sin controles

AUTORIZACI"N

Yo Darielis Lopez Identificado (a) con PPT número 7.839240 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	Natalia Sanabria P.
CARGO	Aux de enf
FIRMA	Natalia P

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Darielis L
OCUPACI"N	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

75

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6112125		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Darielis Del Carmen Lopez		EDAD: 19a	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	PPT 7B3924D
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCI"N:	Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3004321168			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	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 ATENCI"N:	Santa Marta.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. Sisben	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria aun sin trámite de traslado de IPS

AUTORIZACI"N

Yo Darielis Lopez Identificado (a) con PPT número 7B3924D 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	Natalia Sanabria P.
CARGO	Aux de enf
FIRMA	Natalia SP

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Darielis
OCUPACI"N	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

34

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6/12/25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Gabriela Saray Pineda	EDAD: 8 m.		TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	RC 1075695056
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			DIRECCI"N:	Vda Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3243966170.			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 ATENCI"N:	Hospital San vicente de Paul				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Nutrición	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor requiere valoración por medicina nutrición

AUTORIZACI"N

Yo _____ Identificado (a) con ____ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Natalia Sanabria P.	FIRMA	Luz Santisteban.
CARGO	Aux de enf	OCUPACI"N	
FIRMA	Natalia SP	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÖA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD 173

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	6/12/25.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Angie Johanna Eslava.		EDAD: 23a	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	cc 1003825213.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon.			DIRECCI"N:	Vda Patio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	3243968176.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
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 ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ecografia obstetrico. Abd.	4.
2. Perfil biofisico	5.
3. Doppler obstetrico	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria requiere ecografias

AUTORIZACI"N

Yo Angie Eslava Identificado (a) con CC número 1003825213 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	Natalia Sanabria	FIRMA	Angie
CARGO	Aux de enf	OCUPACI"N	
FIRMA	Natalia SP	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner