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	1- Diciembre - 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Isaura Silva
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Alfredo Porras Barato	EDAD: 83		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	385263
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, subia.			DIRECCIÓN:	Lote: Margaritas casa 2
TELEFONO DE CONTACTO:	3148116419.			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 [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Centro de salud Subia.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Comisaria de familia	4.
2. Odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario que se encuentra en estado de abandono este en todo lo de su salud al dia., Pero depende de los vecinos Para su sirvendo y comida.

AUTORIZACIÓN

Yo Alfredo Porras Barato Identificado (a) con CC número 385263 por medio de 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	Esbethi Enithd Barón
CARGO	Auxiliar de Enfermeria.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Alfredo Porras
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	No firma

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbethi Enithd Barón
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	1- DIC-2025

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	1- Diciembre- 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Israel Silva
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ana clouis Castillo B.	EDAD: 60		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39617554
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania			DIRECCIÓN:	lote Las Margaritas
TELEFONO DE CONTACTO:	3148110419			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 X / NO	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI X / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Centro de salud Subia				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La usuaria se encuentra con todo al dia.

AUTORIZACIÓN

Yo Ana clouis- Castillo Barreto Identificado (a) con cc número 39617554 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	Esbeth Enith Baron	FIRMA	Ana clouis. castillo
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultura
FIRMA		FIRMA	Anaclouis Castillo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enith Barón
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	1- DIC- 2025

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	1- diciembre- 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hospital Manuel Elkin
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Eliana Liseth Castillo	EDAD: 38		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069719793
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, subia			DIRECCIÓN:	Cote Reposo #4.
TELEFONO DE CONTACTO:	3203359820			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Centro de Salud Subia				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria que esta todo al dia

AUTORIZACIÓN

Yo Eliana Liseth castillo Identificado (a) con cc número 1069719793 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	Esbeth Enithd Barón	FIRMA	Eliana. Liseth Castillo
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enithd Barón
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	1-DIC-2025

Powered by CamScanner

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	1-DIC-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Ismael Silva
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Alirio Martinez	EDAD: 58		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1138604?2
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia			DIRECCIÓN:	Cote 5 1 Triangulo
TELEFONO DE CONTACTO:	3204147208			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 [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Centro salud Subia				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Nutricion
2. optometria
3. Audiometria
4. odontologia
5. Psicologia
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Le realize seguimiento se presento a cita Medica ya se tuvo examenes de laboratorio y espera resultados

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Alirio Martinez Identificado (a) con CC número 1138604?2 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	Esbelhi Enitha Baron	FIRMA	Jose Alirio Martinez
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA		FIRMA	Jose Alirio Martinez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

cumento elaborado por:	Esbelhi Enitha Baron
yo técnico:	
na Elaboración	1-DIC-2025

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	2- Dic.- 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hospital Ismael Silva
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Eduardo Tenjo Reyes	EDAD: 60		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79372634
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, sobia			DIRECCIÓN:	Lote Un calipto.
TELEFONO DE CONTACTO:	3209258090			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Sanitas.
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.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se le entego numeros telefonicos para cumbrar de obicasion de EPS ya que se trato de realizar la portabilidad y ellos nos enviaron el carro con numeros para que el mismo hisiera la dentacion

AUTORIZACIÓN

Yo Eduardo Tenjo Reyes Identificado (a) con Cc número 79372634 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	Esbeth, Eritha Bará
CARGO	Auxiliar de Enfermeria.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Eduardo Tenjo R.
OCUPACIÓN	oficios varios
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth, Eritha Bará
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2- Dic - 2025

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	2-DIC-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Isaias Silva
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Maria Camila Mendoza	EDAD: 2 Años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072492396
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia.			DIRECCIÓN:	Finca La Esperanza
TELEFONO DE CONTACTO:	3228579062.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	Salud total
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	
	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.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria cuenta que la llamaron para el cambio IPS Silvania y dijo que todavia no, por el momento tiene que ir a sacarles targeta de identidad a los niños y despues tiene que pedir el SISBEN

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Camila Mendoza Identificado (a) con CC número 1072492396 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	Esbeth Enith Bonilla	FIRMA	Maria Camila Mendoza
CARGO	Auxiliar enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultura
FIRMA		FIRMA	Maria Camila Mendoza

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enith Bonilla
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2-DIC-2025

Powered by CamScanner

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	2 - DIC. 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Jesus Silva
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Olga Yaret castillo	EDAD: 54		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20928614
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia.			DIRECCIÓN:	Lote El Triangulo
TELEFONO DE CONTACTO:	312 4797679			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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Centro de atencion Subia				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. M/General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

usuaria ya se tomo examenes de laboratorio ya tiene resultados y esta en espera que le debemos la orden de la Cita medica

AUTORIZACIÓN

Yo Olga. Yaret castillo identificado (a) con a número 20928614 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	Esbethi Enithd Soch
CARGO	Auxiliar Enfermeria.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	olga yaret castillo
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Olga Yaret Castillo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbethi Enithd Soch
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2 - DIC - 2025

Powered by CamScanner

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	2-DIC.-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Ismael Silva
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dilan Esteban Cuevas	EDAD: 8		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072497503
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia.			DIRECCIÓN:	Lote La Y
TELEFONO DE CONTACTO:	3112431032			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS					SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	centro de salud subia.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Xil General	4.
2. odontologica.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Mama del niño no Pide el favor de Poderle Sacar las citas todas Para un mismo dia.

AUTORIZACIÓN

Yo Dilan Esteban Cuevas Identificado (a) con CC número 1072497503 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	Esbeth Enith Barón
CARGO	Auxiliar Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Dilan Esteban Cuevas
OCUPACIÓN	estudiante.
FIRMA	Jessica Segura.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enith Barón
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2-DIC-2025

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACION INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	2-DIC-2025	EPS HOSPITAL DE SUBA			Hospital Suba
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Jessica Paola Segura	EDAD 24	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION		1072496504
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Silvania, Subia		DIRECCION		Cra 2 La J
TELEFONO DE CONTACTO	3227133406		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO		
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	SISBEN	Anexa EPS
	VINCULADO	EXCEPCION			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización servicios locales	SI NO
IPS DE ATENCION	Centro de Salud Subia				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCION QUE MOTIVA LA CANALIZACION

Usuaria me pide el favor de pedirle cita tu dent si se puede. Para el mismo dia ya que ella trabaja y no puede pedir muchos permisos.

AUTORIZACION

Yo Jessica Paola Segura identificado (a) con CC numero 1072496504 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	Erbeth Enitha Bock	FIRMA	Jessica Paola Segura
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACION	Empleada
FIRMA		FIRMA	Jessica Segura

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA	NOMBRE IPS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:	Erbeth Enitha Bock
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2-DIC-2025

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	2-DIC-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Isaac Salazar
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jessica Paola Segura.	EDAD:	29	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072496504
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia			DIRECCIÓN:	Lote La Y
TELEFONO DE CONTACTO:	3227135406			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
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:	Centro de salud Subia.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Md General	4.
2. Odontologia	5.
3. Citologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria me pide el favor de pedirle cita todos si se puede para el mismo dia ya que ella trabaja y no puede pedir muchos permisos.

AUTORIZACIÓN

Yo Jessica Paola Segura Identificado (a) con CC número 1072496504 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	Esbeth Enitha Bará	FIRMA	Jessica Paola Segura
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Empleada
FIRMA		FIRMA	Jessica Segura

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enitha Bará
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2-DIC-2025

Powered by CamScanner

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	2- DIC - 2025	E.S.E HOSPITAL DE REFERENCIA		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	Hospital Isauel Silva 35250779
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Mary Yamith Moreno	EDAD:	46	DIRECCIÓN:	Lote S. Cayetano
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Silvania, Subia			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3227186619				
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales			SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Centro Salud Subia				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

usuaria ya tiene cita M.16 enero en espera de valoracion odontologica

AUTORIZACIÓN

Yo Mary Yamith Moreno Identificado (a) con Cc número 35250779 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	Esbeth Enith Bani	FIRMA	Mary Yamith Moreno
CARGO	Auxiliar Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Mary Yamith M

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Esbeth Enith Bani
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	2- DIC - 2025

Powered by CamScanner