

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	13/12/2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	Hospital Chocoma
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Ledy Johana Cuervo Saldaña	TPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC = 1069266106
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Chocoma	DIRECCIÓN	Centro Detiro Btkinos.
TELÉFONO DE CONTACTO	3116269629	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	3223257825
TIPO ASESURAMIENTO	☒ SUBSIDIADO ☐ VINCULADO	☐ CONTRIBUTIVO ☐ EN AFILIACIÓN	☐ ESPECIAL ☐ EPS/APS
Grupos de riesgo según RIAS	☐ SI ☒ NO		
Canalización evidencias complementarias	☐ SI ☒ NO		
Canalización servicios institucionales	☒ SI ☐ NO		
Canalización a servicios móviles	☐ SI ☒ NO		
IPS DE ATENCIÓN			
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO			
1. Enfermería Toma Citología	4		
2.	5		
3.	6		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Se canaliza pte al servicio de enfermería Toma de Citología no arribó hace más de un año.			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>Ledy Johana Cuervo Saldaña</u> identificado (a) con CC número <u>1069266106</u> 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	Judith Becerra	FIRMA	[Firma]
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCCUPACIÓN	Ampa de casa
FIRMA	Judith Becerra	FIRMA	[Firma]
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA	NOMBRE IPS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Colaboración APS	13/11/2025	Hospital	

Documento elaborado por:	Judith Becerra
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	13/11/2025