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	4-12-2025				
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Olinda Vargas Duarte		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Machetá	EDAD:	55	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC-20729846
TELEFONO DE CONTACTO:	319 3754374			DIRECCIÓN:	San Jose
				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL			EPS/EAPB	Coosalud
	VINCULADO / SIN AFILIACIÓN				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:	Red de Salud				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza canalizacion al servicio de Citologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Olinda Vargas Duarte Identificado (a) con CC número 20729846 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	Jenifer Castañeda
CARGO	Auxiliar Enfermeria.
FIRMA	JeniferCastañeda.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Olinda U.
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	olinda Vargas Duarte

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Jenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	21-11-2025