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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	04 - 12 - 2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Yesika Andrea Gómez Gonzalez	**EDAD:** 13 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	T.I. 1069078803
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Palmar abajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3227431934			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	No reportan
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			**EPS/EAPB**	Coosalud EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Problemas en salud mental		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 ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4. —
2. Psicología Clínica	5. —
3. —	6. —

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Evidencia de condustas ansiosas, llanto frecuente, relacionado aparentemente por abandono de la madre "antecedente"

AUTORIZACIÓN

Yo Celestino Gomez Identificado (a) con C.c número 3.098992 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	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	FIRMA	Yesika Andrea Gomez
CARGO	PSICÓLOGA APS	OCUPACIÓN	Estudiar
FIRMA		FIRMA	Celestino Gomez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	04 / 12 / 2025

Scanned with 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	04 / 12 / 2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Francy Daniela Beltran Baracaldo	**EDAD:** 12		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	T.I. 1069362070
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	V. Palmar arriba
TELEFONO DE CONTACTO:	3208724593			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3332448652
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Coosalud
Grupos de riesgo según RIAS	Problemas en salud mental		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 ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4. —
2. Psicologra Clinica	5. —
3. —	6. —

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se evidencian rasgos de tristeza profunda, presunción de depresion que esta afectandola a nivel personal social y familiar

AUTORIZACIÓN

Yo Erika Baracaldo Avendaño Identificado (a) con cc número 1003479662 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	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	FIRMA	Francy Beltrán Baracaldo.
CARGO	PSICÓLOGA APS	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	ACBP	FIRMA	Erika Baracaldo Avendaño.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	04 / 12 /2025

Scanned with 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	09 / 12 / 2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Laura Dayana Gómez Camelo	**EDAD:**	9 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI. 1069099 120
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta			**DIRECCIÓN:**	Centro
TELEFONO DE CONTACTO:	3138209278			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	N/a
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			**EPS/EAPB**	Coosalud EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Alteraciones y trastornos de la salud bucal.		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 ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4. /
2. /	5. /
3. /	6. /

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Madre refiere que su hija tuvo accidente y rompio un diente y no ha podido gestionar cita

AUTORIZACIÓN

Yo Mery camelo Identificado (a) con CC número 52.914.802 por medio de mi firma SI [X]
NO [ ] autorizo que mi informacion sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalizacion.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	FIRMA	Laura Gómez Mery camelo
CARGO	PSICÓLOGA APS	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	ANB	FIRMA	mery camelo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	09 / 12 / 2025

Scanned with 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	09/12/2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ana Camila Camelo Aldana	**EDAD:**	10 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	T.I. 1069099044
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta			**DIRECCIÓN:**	Vereda Bermejal
TELEFONO DE CONTACTO:	3204353685			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	No tiene
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			**EPS/EAPB**	Coosalud EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Alteraciones y trastornos de la Salud bucal.		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere atención en salud bucal, no ha podido gestionar cita.

AUTORIZACIÓN

Yo Flor Etelvina Aldana Identificado (a) con CC número 20.744.061 por medio de mi firma SI [X]
NÚ [ ] autorizo que mi informacion sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalizacion.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	FIRMA	Ana Camila Camelo
CARGO	PSICÓLOGA APS	OCUPACIÓN	estudiar
FIRMA		FIRMA	Flor Etelvina Aldana

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	09/12/2025

Scanned with CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	09/12/2025		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nikol Giselle Vivas Herrera	**EDAD:**	9 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	T.I. 1069079111
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vereda Manta grande arriba
TELEFONO DE CONTACTO:	3161906282			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	No reportan
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Coosalud EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Alteraciones y trastornos de la salud bucal.		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 ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4. –
2. –	5. –
3. –	6. –

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Acudiente solicita colaboración para gestión de cita para su hija, en salud bucal.

AUTORIZACIÓN

Yo Monica Herrera Identificado (a) con cc número 1-003.479.502 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 canalizacion.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	**FIRMA**	Nicol Vivas
CARGO	PSICÓLOGA APS	**OCUPACIÓN**	estudiar
FIRMA		**FIRMA**	Monica Herrera

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	09/12/2025

Scanned with 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	11/12/2025	**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Yesid Alejandro Soriano Dueñas	**EDAD:** 11 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	T.I. 1069018968
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manta Cundinamarca		**DIRECCIÓN:**	Centro
TELEFONO DE CONTACTO:	3213356939		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3208419855
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN		**EPS/EAPB**	Coosalud EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Alteraciones y trastornos de la salud bucal.	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 ATENCIÓN:	ESE Región Salud Centro Oriente Almeidas - Puesto de Salúd Manta Cundinamarca			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4. -
2. -	5. -
3. -	6. -

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente manifiesta su deseo de asistir ya que no pudo participar este año en feria de salud bucal, aplicación barniz de flúor.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ por medio de mi firma SI __ NO___ autorizo que mi informacion sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalizacion.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	ANGIE NATALI BERNAL ALDANA	FIRMA	Yesid Alejandro
CARGO	PSICÓLOGA APS	OCUPACIÓN	Estudiar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Angie Natli Bernal Aldana
Apoyo técnico:	N/A
Fecha Elaboración	11/12/2025

Scanned with CamScanner