Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	10-12-25.	E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Yuliana Serrano Hernandez 10.			TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1052790314
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tegueuta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3228529651.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Compensar.
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:	ESE Region de Salud Centro Oriente Almeidas.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1.	Control Psicologia.	4.	Vacunacion. no hay soporte
2.	Centro Pediatria.	5.	de cumplimiento en fisico
3.	Salud Oral.	6.	

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Vacunacion acorde a salud oral en abril 2025. para aplicacion Fluor a control con pediatria en Junio, actualmente se encuentra con manejo de psicologia por antecedente codigo blanco activa en abril Colegio Monseñor Gutierrez reporta bajo rendimiento academico, no dan referencia mejoria, se encuentra medicamentosamente estable.

AUTORIZACIÓN

Yo María hernandez Identificado (a) con CC número 1074908685. 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	Jenny Constanze Vargas	FIRMA	María hernández
CARGO	Aux Enf.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	María hernández

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Psicologia	Sep. 2025	Tibirita	Dra Diana Martinez
Vacunacion	Noviembre 27	Tibirita	Eloy se verifico con PAI

Esquema completo de Vacunacion verificado en PAI

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	10-12-25

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	10-12-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Tibirita-Bogotá.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Antonio Guillermo Velasquez	EDAD: 65		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3064131.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tequauta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3138548003			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	———
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [x]	EPS/EAPB	Pol/NAL.
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez Vejez		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Clinica de la Policia.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Crónico.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria Refiere acudió a control cronico en Octubre; asiste a control trimestral; refiere ya tomaron ecocardiograma y holter; yá lo valoró cardiologo; usuario Estable de Salud IPS en Bogotá

AUTORIZACIÓN

Yo Antonio Guillermo Velasquez. Identificado (a) con CC número 3064131. 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	Jenny P. Vargas	FIRMA	
CARGO	Aux. Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Cronico	Octubre	Clinica.	Clinica Policia
Cardiologo	Octubre	Clinica	Clinica Policia

Documento elaborado por:	Jenny P. Vargas Aux Enf
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	10-12-25

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	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Rosa Tulia. Segura del	EDAD:	77.	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 21003351
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tequavita.
TELEFONO DE CONTACTO:	314 4541016.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez Cronico.	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Region de Salud Centro Oriente Almeidas				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Cronico.	4.
2. Ortopedista.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

06 Noviembre usuaria acudio a control crónico y el 8 Noviembre con especialista en ortopedia. para dolor de sus rodillas, usuaria refiere. mejoria con manejo de ortopedista, asiste a control cronico. de forma trimestra.

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Tulia Segura Identificado (a) con CC número _____ 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	
NOMBRE	Jenny C. Vargas
CARGO	Aux Enfermera.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Rosa Tulia
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Rosa Tulia

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Cronico	06-11-25	Dr. Rozo	ESE Region de Salud Centro
Ortopedia	8-11-25.	Dr. Diego Perez	ESE Region de Salud Centro.

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enfermera
Fecha Elaboración	10-12-25

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	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Abelardo Vivas Zabala	EDAD: 83		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 415292
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	V. Tegua vita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144541016.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	———
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Compensar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Region Centro Oriente Almeidas				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Cronico.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

31-10-25 Asistio a: Control con medico internista, tiene pendiente. control cronico el 25. de Noviembre.

AUTORIZACIÓN

Yo Abelardo Vivas Identificado (a) con C número 415292 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	Jenny C. Vargas	FIRMA	Abelardo Vivas
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	Jenny Vargas	FIRMA	Abelardo Vivas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Internista	31-10-25	Tibirita	Baez Linda R.
Control Cronico	25-11-25	Tibirita.	

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	10-12-25.

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	10-12-25	E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Graciela Segura Gaitan	EDAD: 58		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 21003503
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tegaurta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3133040167			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	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:	IPS Guateque. Boyacá.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Adultez	4.
2. Tamizaje Cervicouterino	5.
3. Tamizaje VPH.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria Refiere tomó citologia y ADN VPH el mes pasado octubre en espera de resultado, asistio a control medico cada 6meses. No presenta antecedente patologico. IPS Guateque.

AUTORIZACIÓN

Yo Graciela Segura Identificado (a) con CC número 21003503 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	Jenny L. Vargas.	FIRMA	Graciela Segura
CARGO	Aux. Enfermería.	OCUPACIÓN	Comerciante.
FIRMA		FIRMA	Graciela Segura

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Adultez	Octubre	Jorge Gaitan	Hospital Regional Guateque

Documento elaborado por:	Jenny L. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enf
Fecha Elaboración	10-12-25

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	10-12-25.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Bogota.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rocio Ospina.		EDAD: 32	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1140864363
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tibanta			DIRECCIÓN	Tequsuta.
TELEFONO DE CONTACTO	3207347338			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	—
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Prepagada. Sura.
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:	Bogota Prepagada.				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta Traer preconcepcional	4.
2. ADN VPA.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Asistio a control el martes pasado por consulta preconcepcional. realizo toma de examenes de rutina completos, descarte de detección temprana para VPH. con resultado bueno.

AUTORIZACIÓN

Yo Rocio Ospina R. Identificado (a) con CC número 1140864363 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	Jenny Constanza Vargas	FIRMA	Rocio Ospina R
CARGO	Aux enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Rocio Ospina R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Consulta Preconcepcional	11 Noviembre	Prepagada	Bogotá,
ADN VPH	11 Noviembre	prepagada	Bogotá

Documento elaborado por:	Jenny Constanza Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enf
Fecha Elaboración	10-12-25

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	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Fernando Ibanos	EDAD:	52.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 93295041
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tegualita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3124253049.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Compensar
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Region Centro Oriente Ameéda				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Adultez	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza nuevamente a usuario para control adultez y salud oral se le informa a usuario se le ayudara a solicitar autorizacion y cita la cual queda pendiente para los primeros Diciembre

AUTORIZACIÓN

Yo Fernando Ibanos Identificado (a) con CC número 93295041 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	Jenny Constanza Vargas	FIRMA	
CARGO	Aux Enf	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Adultez	Diciembre	ESE Región Tibirita.	

Documento elaborado por:	Jenny Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enf
Fecha Elaboración	10-12-25

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	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Tibirita.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Karen Yuliana Soriano Hernandez	EDAD:	8.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1074908693.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Tegcavita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3228529651.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Compensar.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia. Ruta Integral	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Region de Salud Centro Oriente Almeidas				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1.	4.
2. Control Integral Infancia	5.
3. Salud Oral	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza menor para salud Oral; control integral Infancia, vacunas al dia.

AUTORIZACIÓN

Yo María Hernandez Identificado (a) con CC número 1052790314 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	Jenny C. Vargas	FIRMA	X María Hernandez
CARGO	Aux Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	X María Hernandez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Integral Infancia	Diciembre		
Salud Oral.	Diciembre.		

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enfermería.
Fecha Elaboración	10-12-25

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	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Bogotá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Maricela Diaz Segura.	EDAD:	44	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1032424349
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	Tequanta
TELEFONO DE CONTACTO:	3138169856.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Sura.
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Bogotá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Salud Oral	4.
2. Tamizaje Cervicouterino.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria con IPS Bogotá refiere acudio a control en septiembre control por patologia Asma y salud mental. por antecedente ansioso y depresivo. al momento de la visita usuaria muy consciente. y estable sin alteracio

AUTORIZACIÓN

Yo Maricela Diaz Identificado (a) con CC número 1032424349 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	Jenny C. Vargas	FIRMA	Maricela Diaz
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Maricela Diaz

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control M&b	Septiembre	Bogotá.	Bogotá

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux enf
Fecha Elaboración	13-12-25

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	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Bogota
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Bertilda Galindo	EDAD:	83	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 41487455
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	V. Lengupa
TELEFONO DE CONTACTO:	3108848516			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Sanitas
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez	Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Bogota				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Crónico	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Ocupada con IPS Bogota asistiendo a control crónico trimestral por hipertension vs Diabetes insulinodependiente con glucometrias en rangos 98 - 120 mg/dl ya aplico vacuna Influenza.

AUTORIZACIÓN

Yo Bertilda Galindo Identificado (a) con ___ número 41487455 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	Jenny C. Vargas	FIRMA	Bertilda Galindo
CARGO	Aux enf	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Bertilda Galindo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Cronico	Noviembre	Bogota	

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas
Apoyo técnico:	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	13-12-25

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	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Bogota.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Gilberto Segura Ramirez	EDAD: 63		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 79765980
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.			DIRECCIÓN:	V. Renguira.
TELEFONO DE CONTACTO:	3108848516.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Nueva EPS.
	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:	IPS Bogota				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Vejez.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario con IPS Bogota. hace más de 6 años no acude a control y cuenta Antecedente, desprendimiento de retina cuando tenia los 16 años, con ultimo control hace mas de 3 meses teniendo posible cataracta. Usuario desea continuar Controles en Bogota.

AUTORIZACIÓN

Yo Gilberto Segura. Identificado (a) con CC número 79765980. 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	Jenny C. Vargas	FIRMA	[signature]
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	[signature]	FIRMA	[signature]

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Veje.	Diciemb	Bogotá	
Salud Visual			
Salud Oral.			
Vacuna.			

Documento elaborado por:	Jenny C. Vargas Aux Enf
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	13-12-25

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	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Bogotá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Cirio Martin Rojas	EDAD: 74		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4129634
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Tegua vita
TELEFONO DE CONTACTO:	3108048516			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☑	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☑	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	Bogotá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Contro Cronico	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario con IPS Bogota con Dx Cronicos. acude de forma trimestral de cronico con vacuna influenza.

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Cirilo Martin R. Identificado (a) con CC número 41/296 ** 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	Jenny L. Vargas	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Cronico	Enero 2025	Bogotá.	

Documento elaborado por:	Jenny L. Vargas.
Apoyo técnico:	Aux Enfermera
Fecha Elaboración	13-12-25

Powered by CamScanner