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 | | | E.S.E region centro oriente Almeidas |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Gladys Garcia Solano | EDAD: 46 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC21104495 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3222423593 | | | 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 | | | [X] 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. Medicina Interna | 4. |
| 2. Vacuna - Influenza | 5. |
| 3. citologia | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Gladys Garcia Solano Identificado (a) con CC número 21104495 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 | Rosa Borda | FIRMA | Gladys |
| CARGO | Aux. Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Gladys |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina Interna | | | |
| Vacuna Influenza | | | |
| citologia | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Rosa Borda |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 10-11-2025 |

Powered by CamScanner

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 | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E región centro oriente Almeidas |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Efrain Cuervo Torres | EDAD: 52 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | cc 80466532 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3107241809 | | | 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 [X] 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. Medicina Interna | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

### AUTORIZACIÓN

Yo Efrain Cuervo Torres Identificado (a) con Cc número 80466532 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 | Rosa Borda |
| CARGO | Aux. Enfermería |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Efrain Cuervo |
| OCUPACIÓN | Conductor |
| FIRMA | Efrain Cuervo |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina Interna | 29-11-2025 | Pto Salud UTP | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Rosa Borda |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

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 | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E region centro oriente Almeidas VIA |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Berta Isabel Rodriguez Sierra | EDAD: 55 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21103116 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3202553923 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | famisanar |
| Grupos de riesgo según RIAS | | Canalización Equipo Básico | | | SI [X] NO [ ] |
| Canalización equipos complementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | Puesto de Salud de Villapinzón | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Vacuna - Influenza | 4. |
| 2 | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

La sra tiene pendiente hacerce los examenes que le ordeno y se le re Comendo cr ala vacuna de influenza.

**AUTORIZACIÓN**

Yo Berta Isabel Rodriguez Identificado (a) con CC número 21103116 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 | Rosa Borda |
| CARGO | Aux Enfermeria |
| FIRMA | |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Bertha Isabel Rodrig |
| OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Bertha Isabel Rod |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Influenza-Vacunacion | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Rosa Borda |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E región centro oriente Almeidas IIP |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Fabio Enrique Castiblanco | EDAD: 28 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | cc 1077149431 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| EFONO DE TACTO: | 3224430042 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] | | | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | [X] SI [NO] NO |
| alización equipos plementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| Medicina General | 4. |
| | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Se canaliza para medicina general ya que hace rato no asiste a medico

**AUTORIZACIÓN**

Fabio Enrique Castiblanco Identificado (a) con cc número 1077149431 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | |
| RGO | Aux. Enfermeria | OCUPACIÓN | Conductor |
| MA | | FIRMA | |

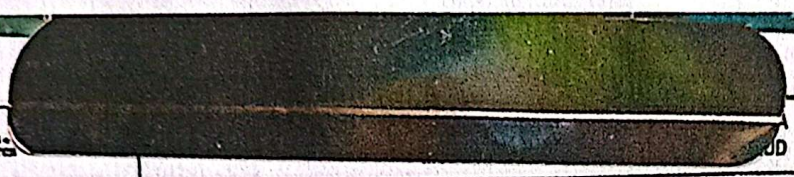
**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina General | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| cumento elaborado por: | |
| oyo técnico: | |
| cha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Gobernación de Cundinamarca

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E región centro oriente Almeidas |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Alan Rodrigo Castiblanco | EDAD: 3 meses | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC 1077152544 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| EFONO DE TACTO: | 3227336144 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | | EPS/EAPB | Coompensar |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | SI [X] NO [ ] |
| alización equipos plementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Desarrollo y crecimiento
4.
5.
6.

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

### AUTORIZACIÓN

Francy Daniela Rojas Identificado (a) con CC número 1007141396 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | [signature] |
| RGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| MA | | FIRMA | [signature] |

### SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Desarrollo y crecimiento | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| cumento elaborado por: | Rosa Borda |
| oyo técnico: | |
| cha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E region centro oriente Almeidas V.C.P. |
| BRE COMPIETO DEL ARIO: | Francy Daniela Rojas | EDAD: 25 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | cc 1007141396 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Josa |
| EFONO DE TACTO: | 3227336144 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Compensar |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | SI X NO |
| alización equipos plementarios | SI NO | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| odontologia | 4. |
| | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Francy Daniela Rojas Identificado (a) con CC número 1007141396 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | |
| RGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| MA | | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| odontologia | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| ocumento elaborado por: | Rosa Borda |
| oyo técnico: | |
| cha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE ELABORACION | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E region centro occidente Almeidas IPS |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Maria Victoria Garcia | EDAD: 4 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC1077151741 |
| LUGAR DE RESIDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3203466721 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] VINCULADO [ ] SISBEN [ ] | ESPECIAL [ ] | | EPS/ARS | Nueva Eps |
| Zona de riesgo según SISBEN | | Clasificación Equipo Básico | | | SI [X] NO [ ] |
| Adjunta equipos diligenciados | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: | | | | | |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| Tamizaje Visual | 4. |
| odontólogia | 5. |
| Vacuna de Influenza | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACION

Se canaliza para tamizaje ya que por edad lo requiere odontologia para control y vacuna de la influenza ya que no la tiene

AUTORIZACIÓN

Maria Victoria Garcia Identificado (a) con CC número 1077151741 por medio de la 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 | Rosa Borda | FIRMA | Ana Kilena Cuervo |
| CARGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Ana Kilena Cuervo |

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Tamizaje Visual | | | |
| odontologia | | | |
| Vacuna influenza | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Formulario diligenciado por: | Rosa Borda |
| Cargo Técnico: | |
| Fecha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E region centro oriente Almeidas VIP |
| BRE COMPIETO DEL ARIO: | Ana Milena Cuervo Torres | EDAD: | A6 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 21104468 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| EFONO DE TACTO: | 3203466721 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| | VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | | |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | [X] SI [ ] NO |
| alización equipos plementarios | [ ] SI [ ] NO | Canalización servicios Institucionales | [ ] SI [ ] NO | Canalización a servicios sociales | [ ] SI [ ] NO |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| Medicina General | 4. |
| citologia | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

La sra refiere que requiere d valoración con medicina general ya que tiene molestia en el ojo derecho y a citologia ya hace rato no se la realiza

**AUTORIZACIÓN**

Ana Milena Cuervo Torres Identificado (a) con CC número 21104468 por medio de mi firma SX NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | Ana Milena Cuervo |
| RGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| MA | | FIRMA | Ana Milena Cuervo |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina General | | | |
| citologia | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| cumento elaborado por: | Rosa Borda |
| oyo técnico: | |
| cha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E región centro oriente Almeidas USP |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Karen Michell García Cuervo | EDAD: 16 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1097746093 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| EFONO DE TACTO: | 3203466721 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | SI [X] NO [ ] |
| alización equipos plementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| Tamizaje Visual odontologia | 4. |
| | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Se canaliza para tamizaje visual ya que por edad requiere valoración de tamizaje visual y odontologia ya que tiene control

**AUTORIZACIÓN**

Ana Milena Cuervo Torres Identificado (a) con CC número 21104468 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | Ana milena cuervo |
| RGO | Aux. Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| MA | | FIRMA | Ana Milena Cuervo |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Tamizaje Visual odontologia | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| ocumento elaborado por: | Rosa Borda |
| ycyo técnico: | |
| cha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE region centro oriente Almeidas IPS |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Henry Garcia Lozano | EDAD: 49 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 80467019 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| EFONO DE TACTO: | 3132189577 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X | CONTRIBUTIVO | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| | VINCULADO | SIN AFILIACIÓN | | | |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | SI X NO |
| alización equipos plementarios | SI NO. | Canalización servicios Institucionales | SI NO | Canalización a servicios sociales | SI NO |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| Medicina General | 4. |
| | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Se canaliza para medicina general ya que hace rato no va al medico

**AUTORIZACIÓN**

Henry Garcia Lozano Identificado (a) con CC número 80467019 por medio de su 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | |
| RGO | Aux Enfermería | OCUPACIÓN | Conductor |
| MA | | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina General | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| cumento elaborado por: | Rosa Borda |
| cyo técnico: | |
| cha Elaboración | 18-11-2025 |

Powered by CamScanner

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**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S. Región centro - ecuerdo Almeida Hosp |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Carol Yurani Garcia Yaya | EDAD: 16 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | TI 1054830003 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| FONO DE TACTO: | 3107969169 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | N |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| pos de riesgo según S | | Canalización Equipo Básico | | | SI X / NO |
| alización equipos plementarios | SI / NO | Canalización servicios Institucionales | SI / NO | Canalización a servicios sociales | SI / NO |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

1. oftamologia
2. Vacuna- Influenza
3.
4.
5.
6.

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Hiram Yaya Motta Identificado (a) con CC número 74219321 por medio de la cual
NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | Carol Yurani Garcia Yaya |
| GO | Aux-Enfermeria | OCUPACIÓN | Estudia |
| MA | | FIRMA | Carol Yurani Garcia Yaya |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| oftalmologia | | | |
| Vacuna- Influenza | | | |

| | |
|---|---|
| umento elaborado por: | Rosa Borda |
| yo Técnico: | |
| ha Elaboración | 18/11/2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE ALIZACIÓN | 09-12-2025 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | ESE Region Centro Oriente |
| BRE COMPLETO DEL AR(O): | Luz Miriam Yaya Muñoz | | EDAD: 41 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 24219321 |
| CIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| FONO DE TACTO: | 3109969169 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| pos de riesgo según S | | | Canalización Equipo Básico | | SI [X] NO [ ] |
| alización equipos plementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| Vacuna Influenza | 4. |
| | 5. |
| | 6. |

**BREVE DESCRIPCION QUE MOTIVA LA CANALIZACION**

**AUTORIZACIÓN**

Luz Miriam Yaya Muñoz Identificado (a) con Cc número 24219321 por medio de la 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 | |
|---|---|---|---|
| MBRE | Rosa Borda | FIRMA | Luz Miriam Yaya |
| EGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| MA | | FIRMA | Luz Miriam Yaya |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Vacuna-Influenza | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| cumento elaborado por: | Rosa Borda |
| oyo técnico: | |
| cha Elaboración | 10-11-2025 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HA DE IALIZACIÓN | 09-12-2025 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | E.S.E region centro oriente Almeidas SLP |
| BRE COMPLETO DEL ARIO: | Leidy Margoth Martinez | | EDAD: 26 | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | cc 1056958116 |
| ICIPIO DE IDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Laya |
| FONO DE TACTO: | 3204220378 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | mismo SI |
| I ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ] | CONTRIBUTIVO [ ] / SIN AFILIACIÓN [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Nueva Eps |
| pos de riesgo según S | | | Canalización Equipo Básico | | [X] SI [ ] NO |
| alización equipos plementarios | SI [ ] NO [ ] | Canalización servicios Institucionales | SI [ ] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| DE ATENCIÓN: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Nutrición | 4. |
| 2. Ecografia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Leidy Margoth Martinez Identificado ( a) con cc número 1056958116 por medio de 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 | |
|---|---|---|---|
| IBRE | Rosa Borda | FIRMA | Leidy Martinez |
| GO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| IA | | FIRMA | Leidy Martinez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Nutrición | | | |
| Ecografia | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| nento elaborado por: | Rosa Borda |
| técnico: | |
| Elaboración | 13-11-2025 |

Powered by CamScanner

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 | 09-12-2025 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | ESE región Centro oriente Alfredo Vic |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Estefani Alejandra Espitia | EDAD: 8 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1069263407 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Villapinzón | | | DIRECCIÓN: | Vereda la Joya |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3204220378 | | | 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 [X] 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. Desarrollo y crecimiento | 4. |
| 2. odontología | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Leidy Margoth Martinez Mancipe identificado (a) con CC número 1056958116 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 | Rosa Borda | FIRMA | Leidy Martinez |
| CARGO | Aux Enfermería | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Leidy Martinez |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

| SERVICIO | FECHA: | NOMBRE IPS: | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Desarrollo y crecimiento odontología | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner