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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yobani Jesús Rodríguez Sto	EDAD: 39		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 1032376582
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3138315660			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adolfez.				
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					SI NO

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin valoración por odontología.

AUTORIZACIÓN

Yo Yobani Jesús Rodríguez Sarmiento Identificado (a) con CC número 1032376582 autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización. por medio de mi firma SI X NO__

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Graciela Rodríguez.
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	NitaGraciaRodríguez

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Giobani Rodríguez
OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Giobani Rodríguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología	23-09-25	H.S.A.	Yenifer Arbulo.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ismael Sarmiento Ramos	EDAD: 58		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C 3055667
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guataquita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3112256966			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	NEPS.
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ismael Sarmiento Identificado (a) con C número 3056667 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	(Ismael Sarmiento) Gracela P.
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Adultez PyP.	23-09-25	H.S.A	Mailana Ibagón.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Pablo Elias Ramos Diaz		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 3056638
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Centro
TELEFONO DE CONTACTO:	3207876552			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	FMS.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI NO		Canalización Equipo Básico		SI NO
IPS DE ATENCIÓN:		Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología.	4.
2. Adultez PyP	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Pablo Elias Ramos Identificado (a) con CC número 3056638 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	Graciela Rodriguez	FIRMA	Pablo Elias R.
CARGO	Auxiliar de Enfermería.	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Pablo Elias R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontología.	23-09-25	H.S.A.	Jennifer Arévalo
Adultez PyP.	23-09-25	H.S.A.	Mariana Buitrago

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Mª Fernanda Sarmiento	EDAD: 16		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI. 1071143005
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3209670434			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3107019611
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	FM-S.
Grupos de riesgo según RIAS	Adolescente.		Canalización Equipo Básico		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. Planificación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Ptesincontrol de Planificación

AUTORIZACIÓN

Yo Mª Fernanda Sarmiento Identificado (a) con TI número 1071143005 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	Graciela Rodriguez.
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	Nina Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Fernanda S.
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	fernanda S.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Luz Amparo Díaz	EDAD:	57	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc. 20652312
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115052123			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3209670434.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FHS.
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin citología vigente.

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Amparo Díaz. Identificado (a) con cc número 20652312 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	Firma y sello

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Citología.		H.S.A.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Alejandro Villarreal		EDAD: 31	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049894494
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3112121080			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3133399530
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FMS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Alejandro Villarreal Identificado (a) con CC número 1049894494 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
		H.S.R.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Md José Villarreal	EDAD:	1 año	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC-1069307723
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3118121080			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3133599530
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	
Grupos de riesgo según RIAS	Primera infancia.	Canalización Equipo Básico			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. C y D Valoración integral.	4.
2. Vacunación.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Carolina Muñoz Identificado (a) con C.V número 27423583 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermeria.
FIRMA	Graciela Rodriguez

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	[illegible]
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Yuri Muñoz

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
		H.S.A.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre, 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Esteban Camilo Garzón Gama	EDAD:	9	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI. 1071144339.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gachavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3227423414			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FMS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.		Canalización Equipo Básico		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. Valoración integral.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Esteban Camilo Garzón Identificado (a) con TI número 1071144339 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	Graciela Rodriguez.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Estudiante.
FIRMA	Nina Graciela Rodriguez.	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Martha Janeth Sarmiento	EDAD:	39	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 1071142088
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3143091595			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] / SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	NEPS.
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Higiene Oral.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Sarmiento Identificado (a) con CC número 1071142088 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	Graciela Rodriguez.
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Martha Sarmiento
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Martha Sarmiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Higiene Oral.	19-09-25	H.S.A.	Daly Aldina

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio Guatavita.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Anyela Garzón Sarmiento	EDAD:	16	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI -1069260839
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3143091595			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	NEPS
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. H- oral	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Anyela Garzón Sarmiento Identificado (a) con TI número 1069260839 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	Graciela Rodriguez.
CARGO	Auxiliar. Enfermería.
FIRMA	Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Anyela Garzón.
OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	Anyela Garzón.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Haicol Ramos Rojas		EDAD: 22	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C. 1003882246
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3213891224.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	NEPS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Juventud.		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. Juventud.	4.
2. odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Haicol Ramos Rojas Identificado (a) con C.C número 1003882246 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	[signature]

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Haicol Ramos
OCUPACIÓN	obrero
FIRMA	Haicol Ramos

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
H. general	23-09-25	H. S. A.	Mariana Ibargon.
odontologia.	23-09-25.	H. S. A.	Deily Molina

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre · 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Luis Rosendo Rodriguez	EDAD: 84		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 3057936
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115514092			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3124726189.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	FHS
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez		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. Crónicos	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente inasistente al programa de crónicos

AUTORIZACIÓN

Yo Rosendo Rodriguez. Identificado (a) con CC número 3057936 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermeria.
FIRMA	Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Rosendo Rodriguez
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Rosendo Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cronicos	08.10.25	H.S.A.	08-10-2025

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Peña Pulido	EDAD: 9		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071144243
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corrales
TELEFONO DE CONTACTO:	3123541966.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3143371644
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	NUEVA EPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.	Canalización Equipo Básico			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. Valoración integral.	4.
2. odontología.	5.
3. Vacunación	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor sin valoración por odontología CyD ni vacunación

AUTORIZACIÓN

Yo Sebastian Peña Identificado (a) con CC número 1071143776 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	Graciela Rodriguez.
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Peña Sebastian
OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Peña Sebastian.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ashly Peña Polido	EDAD: 8		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071144488
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guaduna.			DIRECCIÓN:	Corales.
TELEFONO DE CONTACTO:	3123541966.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3143371644
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia		Canalización Equipo Básico		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. Valoracion integral	4.
2. Odontologia.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta de CYD ni odontologia

AUTORIZACIÓN

Yo Sebastian Peña Identificado (a) con CC número 1071143776 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	Graciela Rodriguez.	FIRMA	Peña Sebastian
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	obrero
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Peña Sebastian

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Luis Miguel Beltran		EDAD: 55	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3055928
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corale J
TELEFONO DE CONTACTO:	3114911340			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132856770
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FHS.
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2. M. general PyP.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin valoracion por odontología sin consulta médica

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Miguel Beltran Identificado (a) con CC número 3055928 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	Graciela Rodriguez	FIRMA	Miguel Beltran.
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Empleado.
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Miguel Beltran

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
	29-09-25	H. S. M.	Victoria Bernal.
Odontología H. general.	29-09-25	H. S. M.	Francisco

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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 ALIZACIÓN	Septiembre 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
BRE COMPLETO DEL ARIO:	Chiguinguirá Ramos	EDAD: 41		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 53067913
GIPIO DE RESIDENCIA:	Guachetá.			DIRECCIÓN:	Corales
LEFONO DE CONTACTO:	3132856370			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3114911340
PO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	FHS.
rupos de riesgo según IAS	Adultez		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
PS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin citologia vigente y sin control de planificación

AUTORIZACIÓN

o Chiguinguirá Ramos Identificado (a) con CC número 53067913 por medio de mi firma SI X NO ___
utorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermeria.
FIRMA	Graciela Rodriguez

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Maria Ramos
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Maria Ramos

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Citologia.	25-09-25	H.S.I.T.	Jenny Bojacá
Planificacion.	25-09-25	H.S.I.T.	Jenny Bojacá

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Yeferson Beltran.	EDAD:	19	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069302610
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guataqui.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3114913340			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3132856370
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FAMI S.
Grupos de riesgo según RIAS	Juventud		Canalización Equipo Básico		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. Odontología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin valoración por odontología.

AUTORIZACIÓN

Yo Yeferson Beltran Identificado (a) con CC. número 1069302610 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	Graciela Rodriguez

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Jeferson Beltran
OCUPACIÓN	Empleado.
FIRMA	Jeferson Beltran

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología.	29-09-25	H.S.I9-	Victoria Bernal.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Diana Yamile Beltran	EDAD: 15		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071143143 TI
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3132856370			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3149/1340
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	EMS.
Grupos de riesgo según RIAS	Adolescente	Canalización Equipo Básico			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. odontología.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Yamile Beltran Identificado (a) con TI número 1071143143 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	Nombre Graciela Rodriguez.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yamile Beltran
OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	Yamile Beltran.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontología.	29-09-25	H.S.A.	Victoria Bonal.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Anatolio Rodriguez	EDAD: 63		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3058370
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guataqui			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3125083931			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3133156660
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	FMJ.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez.		Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementanos	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. M. general Vejez.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta médica.

AUTORIZACIÓN

Yo Anatolio Rodriguez Identificado (a) con CC número 3058370 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	Graciela Rodriguez
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	Graciela Rodriguez

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Anatolio Rodriguez
OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Anatolio Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
M. general Vejez.	25 09-25	H.S.I.T.	Mariana Ibagón

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Escaneado con 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	Septiembre 2025.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Dominic Matias Rodriguez	EDAD:	2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023992886
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3144559204			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	F.M.S.
Grupos de riesgo según RIAS	Primera infancia.	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementanos	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. odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor sin valoración por odontología.

AUTORIZACIÓN

Yo Deisy López Sarmiento Identificado (a) con [X] CC número 1069303061 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	Graciela Rodriguez.	FIRMA	Deisy López
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Graciela Rodriguez	FIRMA	Deisy López

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre, 2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Edgar Martinez Almanza	EDAD:	51	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc. 3192054
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3212755174			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	FMS.
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. M.g. Adultez.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta médica.

AUTORIZACIÓN

Yo Edgar Almanza Martinez. Identificado (a) con cc número 3192054 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	Graciela Padilla.
CARGO	Auxiliar Enfermería.
FIRMA	Nite Graciela Padilla

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Edgar Martinez
OCUPACIÓN	Independiente
FIRMA	Edgar Martinez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con CamScanner

Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yobi Alejandro Villarreal	EDAD:	6	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	N.U. 9672973
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Girardota.			DIRECCIÓN:	Corales
TELEFONO DE CONTACTO:	3112121080			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ]			EPS/IAPB	
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]				
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia.				
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización Equipo Básico	SI [ ] NO [ ]		SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:		Canalización servicios institucionales		Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2. Valoracion integral.	5.
3. R-C- Segura.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Infante sin REGISTRO CIVIL Y SIN SEGURO. Y SIN controles medicos ni vacuna de los 5a

AUTORIZACIÓN

Yo Alejandro Villarreal Identificado (a) con CC número 1049794494 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	Gracela Rodriguez	FIRMA	Alejandro villarreal
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	Empleado
FIRMA		FIRMA	Alejandro villarreal

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con 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	Septiembre 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Willam Sarmiento Gonzalez	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC- 1071143138
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guatavita.			DIRECCIÓN:	Cordej
TELEFONO DE CONTACTO:	3208934563			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115199341
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	FHS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. H-general Adultez	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Willam Sarmiento Identificado (a) con c.c número 1071143138 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	Graciela Rodriguez.	FIRMA	Willam Sarmiento
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Obrero
FIRMA	Graciela Rodriguez.	FIRMA	Willam Sarmiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

CS Escaneado con CamScanner