Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nataly Cañetes Rivera	EDAD: 33		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1124277727
Fecha Nacimiento	9/Agos/01/1992				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La urgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3224663186			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A. Quipile cund.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La paciente requiere revisión Por Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Nataly cañetes Identificado (a) con CC número 1124277727 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Nataly cañetes
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Nataly Cañetes L.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Justo Pastor Sosa Gomez	EDAD: 92		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	2857370
Fecha Nacimiento	20/Agosto/1933				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Lavirgen casa
TELEFONO DE CONTACTO:	3124142308			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Bogotá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El paciente necesita revisión de Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Justo Sosa Identificado (a) con CC número 2857370 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Justo Sosa
CARGO	Aux enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/DIC/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose vicente Vargas	EDAD: 92		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	2866551
Fecha Nacimiento	6/mayo/1933				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen casa
TELEFONO DE CONTACTO:	3243222307			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	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C A Bogotá				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se solicita que pase por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Jose vicente vargas Identificado (a) con C número 2866551 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Jose vargas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Hector Parra Acevedo	EDAD: 51		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79063635
Fecha Nacimiento	15/enero/1974				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3123059253			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Salud Total
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS					SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Quipile Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Pasar por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Hector Parra identificado (a) con CC número 79063635 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Hector Parra
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Hector Parra

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	6 Diciembre 25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San. Ant. Andarico
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Alcivades Suarez cabeza	EDAD: 75		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3161383
Fecha nacimiento	19 febrero 1950				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Ins. La virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3124888359			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	fomag
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	[X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Bogotá				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Solicita consulta de medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Alcivades Suarez identificado (a) con CC número 31613 83 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	Natalia Guevara R2	FIRMA	Alcivades Suarez
CARGO	Auxiliar enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Alci S.C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Información Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN BIDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosa Delia Garcia	EDAD: 76		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	2690946
Fecha nacimiento	11/oct/1949				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Ensp: La virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3102664327			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	-
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A. La mesa				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se solicita Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Delia Garcia Identificado (a) con CC. número 2690946 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	Natalia Guevara R.	FIRMA	Rosa Garcia
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Rosa Delia

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	6/01/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jesus Antonio Cardenas	EDAD: 76		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5891977
Fecha Nacimiento	19/Julio/1949				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Trope. La Virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3133971409			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	–
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Salud total
Grupos de riesgo según RIAS					SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: X NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	C.A. La mesa				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se Solicita Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Jesus Antonio Cardenas Identificado (a) con CC número 5891977 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	Natalia Guevara Rodriguez	FIRMA	Jesus Cardenas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Jesus Antonio Cardenas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD				
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Blanca Cecilia Gomez	EDAD:	56	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39763694
Fecha nacimiento	25/febrero/1969				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3212704594			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	-
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Sanitas
Grupos de riesgo según RIAS					SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales		Canalización Equipo Básico: ☒ SI ☐ NO	Canalización a servicios sociales: SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Mosquera				
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO					
1. Citologia		4.			
2.		5.			
3.		6.			
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Se solicita citologia					
AUTORIZACIÓN					
Yo Blanca Cecilia Gomez Identificado (a) con CC número 39763694 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Blanca Gomez
CARGO	Aux enfermeria	OCUPACIÓN	Jefe hogar
FIRMA		FIRMA	Blanca.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Porfidio gil Duarte	EDAD:	62	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79278355
Fecha nacimiento	15/ junio / 1963				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3123806857			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	-
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Mesa Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La Paciente solicita medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Porfidio gil duarte identificado (a) con C número 79278355 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Porfidio gil
CARGO	Aux. enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Porfidio gil

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/Dic/2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ayra Lili Gonzalez Muñoz	EDAD:	53	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52113261
Fecha nacimiento	13/Agosto/1972				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen Cund.
TELEFONO DE CONTACTO:	3108692154			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3108692154
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	nueva eps
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales		Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Bogota America				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2. Vacuna (Influenza)	5.
3. Muchos Sintomas de gripe Recurrentes	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ayra Lili Gonzalez Identificado (a) con CC. número 52113261 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Ayra Gonzalez
CARGO	Aux enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Colombia Científica

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Rafl Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dayani Stefany casallas	EDAD:	22	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007569488
Fecha nacimiento	27/Dic/2002				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quale			DIRECCIÓN:	La vriga Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3222953658			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Salud total
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A La Mesa				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La paciente Autoriza para vacunarse con la Influenza

AUTORIZACIÓN

Yo Dayani Stefany Casallas Identificado (a) con CC número 1007569488 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Dayani c casallas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Dayani C. Casallas C

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	William humberto Serrato	EDAD: 66		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79060829
Fecha Nacimiento	27/oct/1959				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3102703727			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3102703727
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Sanitas
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	☒ NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A. Bogotá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Persona solicita medicina	4.
2. general	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo William humberto Serrato Identificado (a) con ___ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Natalia Guevara R	FIRMA	William Serrato
CARGO	Aux de enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD				
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	06/Dic/21	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Marlin Casallas	EDAD:	41	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20689093
Fecha Nacimiento	22/marzo/1984				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La Virgencita
TELEFONO DE CONTACTO:	3108504691			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Salud total
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A La Mesa				
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO					
1. Citología		4.			
2.		5.			
3.		6.			
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
La persona le hace falta citología					
AUTORIZACIÓN					
Yo Marlin Casallas Identificado (a) con C número 20689093 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	Natalia Guaqueta			FIRMA	Marlin Casallo
CARGO	Aux de enfermeria			OCUPACIÓN	hogar
FIRMA				FIRMA	HUELLA DERECHA
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:		NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO	
Documento elaborado por:					
Apoyo técnico:					
Fecha Elaboración					

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jeison Andres casallas	EDAD: 20		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077914729
Fecha nacimiento	20/enero/2005				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3107758999			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Salud Total
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A La Mesa Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El paciente requiere revisión por Parte de Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Jeison Andres casallas Identificado (a) con CC número 1077914729 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	Natalia Gerardo D.	FIRMA	Jeison Casallas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Jeison C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/Dic/25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Andres navas		EDAD: 40	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79223487
Fecha nacimiento	13/Sep/1985				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La carge Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3214396318			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/CAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	CA La mesa Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente requiere consulta Por Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Andres navas identificado (a) con C número 79223487 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	Natalia Guevara L	FIRMA	Andres navas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	hogar
FIRMA		FIRMA	Andres Navas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Carolina Liberato	EDAD:	68	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21109207
Fecha Nacimiento	3/Jun/1957				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La Virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3214942202			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Faca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se le solicita a la Paciente que pase por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Liberato Identificado (a) con C.C número 21109207 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	Natalia Guevara R.	FIRMA	Maria C. Liberato
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San. Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jessica Quiroga	EDAD: 33		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036097186
Fecha nacimiento	24/02/1992				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Ins. La virgen
TELEFONO DE CONTACTO:	3219982035			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Salud total
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:	C.A Quipile				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Para toma de citología

AUTORIZACIÓN

Yo Jessica Quiroga Identificado (a) con CC número 1036097186 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	Natalia Guevara	FIRMA	Jessica Quiroga
CARGO	Aux de enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN BIDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/Diciembre/23	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio Ana.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Francelina Gutierrez	EDAD: 75		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20865210
Fecha Nacimiento	5/Agosto/1951				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Inspe: La cuigen
TELEFONO DE CONTACTO:	3212787448			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Basico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] SI [ ] NO	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.S Quipile				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Para consulta Medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Francelina Gutierrez Identificado (a) con CC número 20865210 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Francelina Gutierrez
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Francelina

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	06/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant. Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Geovanna Mogollon	EDAD: 42		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20699141
Fecha nacimiento	25/11/1983				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	Inspe: La Virgo
TELEFONO DE CONTACTO:	3114973499			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	T —
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A. Quipile				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Para toma de citologia

AUTORIZACIÓN

Yo Geovanna Mogollon Identificado (a) con CC número 20689141 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Geovanna Mogollo
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Huella

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6/abr/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sindy Johana torres	EDAD: 32		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012397745
Fecha Nacimiento	7/mar/1993				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virginia cond
TELEFONO DE CONTACTO:	3228199749			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐		EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS					SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico ☒ SI ☐ NO ☐	Canalización a sectores sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	C.A La Mesa Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere citologia

AUTORIZACIÓN

Yo Sindy torres identificado (a) con CC número 1012397745 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Sindy Johana torres
CARGO	Aux. de enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Sindy Johana torres

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Bernarda vargas	EDAD:	89	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20290160
Fecha nacimiento	18/Abril/1936				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La surgencia
TELEFONO DE CONTACTO:	3164372205			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A Quipile				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Consulta por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Bernarda vargas Identificado (a) con C.C número 20290160 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	Natalia Garzon R	FIRMA	
CARGO	Aux de Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	6 (No) Diciembre 129	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	olma manape casallas	EDAD: 56		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51947420
Fecha nacimiento	9/11/1969				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Ricaurte			DIRECCIÓN:	La virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3114586063			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	[X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	C.A la mesa Cundinamarca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La Paciente requiere remisión de medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo olma manape Casallas Identificado (a) con CC número 51947420 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	Natalia Guevara R	FIRMA	olga casallas
CARGO	Aux de enfermeria	OCUPACIÓN	Jefe de hogar
FIRMA		FIRMA	olma Manape

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	6/Dic/25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rebiela León Valenzuela	EDAD: 58		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51950977
Fecha nacimiento	19/Nov/1963				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgencita
TELEFONO DE CONTACTO:	3204929073			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Sura
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] SI [ ] NO	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	CA Bogotá				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La Paciente requiere pasar por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Rebiela León identificado (a) con ___ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Natalia Guevara R	FIRMA	Rebiela León V.
CARGO	Aux: enfermería	OCUPACIÓN	hogar
FIRMA		FIRMA	Rebiela León V.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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	6 Diciembre 25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diana Caldas Palencia	EDAD: 43		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52951401
Fecha Nac	1 Agosto 1982				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guaduas Cund			DIRECCIÓN:	La virgen Cund
TELEFONO DE CONTACTO:	3123951470			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	C.A La merced Cund				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Citología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La paciente requiere citología

AUTORIZACIÓN

Yo Diana Caldas Palencia Identificado (a) con C. número 52951401 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	Natalia Guevara R	FIRMA	Diana Caldas
CARGO	Aux. de enfermería	OCUPACIÓN	Jefe hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

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	6/Dic/23	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Ant Anolaima
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Daniela esperanza Molina	EDAD:	19	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1070386626
FECHA DE NACIMIENTO	18/Dic/2005				
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Quipile			DIRECCIÓN:	La virgen casa
TELEFONO DE CONTACTO:	3223977041			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Salud total
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	CA La mesa				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La Paciente requiere la vacuna

AUTORIZACIÓN

Yo Daniela Esperanza Molina Identificado (a) con CC número 1070386626 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	Natalia Guevara Rodriguez	FIRMA	Daniela Molina
CARGO	Aux. enfermeria	OCUPACIÓN	hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	