ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
EQUIPOS BASICOS EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha De canalización	20 - 2 - 2026	Municipio De Residencia:	Nemocón	E.S.E. Hospital		Hosp San Vicente de Paul.	
Tipo De Identificación		No. De Identificación:		Dirección:		N-a Puerta.	
Nombres	Shayra Stefania	Apellidos	Hernandez	Edad		Genero	Femenino
Número De Contacto:	3013966662	Nombre De La EPS / EAPB	Famisanar	IPS / EAPB		Grupos De Riesgo Según Rias	
Riesgo Familiar Identificado	Alto	Medio	X	Bajo		Canalización Ruta Materno Perinatal	
Canalización Ruta De Promoción Y Mantenimiento De La Salud	X	Canalizaciones Profesionales De Aps		Otro Tipo De Canalización		Otro Tipo De Canalización	
Canalización A Servicios Sociales		Otro Tipo De Canalización	Cual	Cual		Cual	
Breve Descripción Que Motiva La Canalización O Riesgo Abordado							

Servicios A Los Que Se Canalización

1. Crecimiento - y Desarrollo.	4.
2. Vacunas VPH.	5.
3. Higiene Oral	6.

Observaciones

La niña tiene pendiente cita de Control.

Autorización

Yo _____ 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	Amparo Cabrera	Nombre	
Cargo	Aux. de Enfermeria	Ocupación	
Firma		Firma	

Seguimiento Servicio De Salud Efectivos-Eficientes (Este Espacio Es Exclusivo Para Ser Diligenciado Por El Profesional Que Presta Los Servicios)

Servicio	Fecha	Ips	Firma Del Profesional Que Presto El Servicio
Vacunacion	23-02-2026	HSVPN	
Higiene oral	26-02-2026	HSVP	
Crecimiento y D	24-02-2026	HSVPN.	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-02-2026.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Edwin Castro Mancera		EDAD: 83.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3289047
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3289047 3013960002			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/IAPB	
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	Famisanar		Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El señor no a tenido control Cronicos.

AUTORIZACIÓN

Yo Edwin Castro Mancera identificado (a) con CC número 3289047. 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	Amparo Contreras	FIRMA	Edwin Castro
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FECHA	Edwin C

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina Interna	16-03-2026	HSVPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-02-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Milena Fernandez		EDAD:	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1070305907.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115572719			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	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	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificación familiar.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora manifiesta que no a podido realizarse el cambio de metodo de planificación porque la mandan para Bogota y ella no tiene recursos

AUTORIZACIÓN

Yo _____ 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	Amparo Cortrera.	FIRMA	Sandra M. Fernandez
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		HUELLA	Sandra.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Plani. Familiar	28-02-2026.	HSVPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTRAMURAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-02-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yolanda Triviño	EDAD:	50 75	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20983898
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3013960002			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/IAPB	
	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 sectores sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora no a asistido a control Crónicos.

AUTORIZACIÓN

Yo Yolanda Triviño identificado (a) con CC número 20983898 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	Amparo Contreras	FIRMA	Yolanda Triviño
CARGO	Aux. de Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FECHA	Yolanda

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina Interna	16-03-2026	HSVPN	Medicina Interna.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-2-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul N
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jorge Andres Fernandez	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069098894
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3007257346			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	
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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Psicologia APS.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El joven solicita apoyo por parte de psicologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Barbara Contreras identificado (a) con CC número 35407599 por medio de mi firma SI ☐ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	(Amparo Contreras)
CARGO	Aux. de Enfermeria.
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Barbara Contreras.
OCUPACIÓN	Hogar.
HUELLA	Barbara

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Psicologia		APS.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-02-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Milena Chiguiza	EDAD: 33		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1069099778
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	3115660648
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	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	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificación Familiar.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora en el momento no se encuentra planificando

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Milena Chiguiza identificado (a) con CC número 1069099778 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	Amparo Contreras	FIRMA	Sandra Milena Ch.
CARGO	Aux. Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FECHA	Sandra Chiguiza.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Planificación Familiar	27-2-2026	HSVPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-02-2020	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Francisco Fernandez C.	EDAD:	58	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3102497.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda la Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3044350593.			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	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Francisco Fernandez identificado (a) con C.C número 3102497 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	Amparo Contreras	FIRMA	Francisco Fernandez
CARGO	Aux de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FECHA	Francisco F.C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Higuiene Oral		HSVPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-02-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul Nemocón
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Barbara Contreras Suarez	EDAD: 59		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 35407599
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta
TELEFONO DE CONTACTO:	3044350593			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3044350393.
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	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora hace tres meses no tiene control cronicos.

AUTORIZACIÓN

Yo Barbara Contreras identificado (a) con X número 35407599. 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	Amparo Contreras	FIRMA	Barbara Contreras
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FECHA	Barbara C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina Interna	16-03-2026	HSVPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-2-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Marlen Contreras Ros.	EDAD:	60	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 35413790
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	314 4648619			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3144648619
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	[X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora Hta no a asistido a controles

AUTORIZACIÓN

Yo Marlen Contreras identificado (a) con CC número 35413790 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	Amparo Contreras	FIRMA	Marlen Contreras
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
	16-0		
Medicina General	23-02-2026	HSVP	Efectiva

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	12-2-2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosa Emilda Rios de Cortes	EDAD:	80	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 21164239
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144648619			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/IEAPB	Nueva EPS.
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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La señora no a asistido a Control Cronicos hace mas de 4 meses

AUTORIZACIÓN

Yo Emelda Rios identificado (a) con X número 21164239 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	Amparo Cuervas	FIRMA	Rosa E. Rios
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FECHA	Rosa Rios

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina Interna	16-03-2026	HSYPN	Brigada de Salud.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	12-B-2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Bernardo Hendez	EDAD: 74		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 11333047
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta
TELEFONO DE CONTACTO:	3008762379.			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	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El señor no a tenido control Cronicos.

AUTORIZACIÓN

Yo Bernardo Mendez identificado (a) con CC número 11333047. 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	Amparo Contreras	FIRMA	Bernardo Hendez
CARGO	Aux. Enfemeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FECHA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	16-03-2026	HSVPN	Brigada M.I.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	12-02-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H. San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Luis Contreras Sanchez	EDAD:	CC 25	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1007565571
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	312 479 9923			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	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Francisco Contreras identificado (a) con CC número 79049158' 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	Amparo Contreras	FIRMA	Francisco Fernandes.
CARGO	Aux. Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FECHA	Francisco F.C

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Higiene Oral.	23-02-2026	HSVPN	Efectivo.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	6-02-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA:			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dilan Esteban Suarez Rodriguez	EDAD:	7 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069102187.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	311 556 5119			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / EXCEPCIÓN			EPS/EAPB:	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS:		Canalización Equipo Básico:			SI NO
Canalización equipos complementarios:	SI NO	Canalización servicios institucionales:	SI NO	Canalización a consulta externa:	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Crecimiento y Desarrollo	4.
2. Higiene Oral.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE SOPORTA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Carolina Romero identificado (a) con CC número 1075675228 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	Amparo Contreras	FIRMA	Carolina Romero
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	FD.	FIRMA	Carolina R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Crecimiento y Des	19-2-2026	HSVPN	Efectiva
Odontologia	19-2-2026	HSVPN	Efectiva

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6-02-2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente Ferrer Nemocón.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Deny Alexandra Valentina Suarez Romero	EDAD:	12	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1067110361
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:				DIRECCIÓN:	Vda la Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115565119			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115565119.
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 [ ] NO [ ]	Canalización a sectores sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta del Joven.	4.
2. Higiene Oral	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La Joven hace mas de dos años no tiene valoración medica ni odontologica.

AUTORIZACIÓN

Yo Carolina Romero identificado (a) con CC número 1075675228 por medio de mi firma
SI __ NO __ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Amparo Contreras
CARGO	Aux. de Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Carolina Romero
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Carolina R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Higiene Oral	19-02-2026	HSVPN	Efectivo
Cons. Joven	18-02-2026.	HSVPN	Efectivo.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6-02-2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul Nemocon.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Fernando Romero.	EDAD: 54		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3103071
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda la Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	322225 6693.			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	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Gr. Prostata	4.
2. Vacuna.	5.
3. Medicina General.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El señor no a tenido control de Adultez.

AUTORIZACIÓN

Yo Fernando Romero Identificado (a) con CC número 3103071 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	Amparo Contreras	FIRMA	- Fernando R.
CARGO	Aux. de Enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	13-02-2026	HSVPN	Efectiva.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	6-02-2026.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Hernesto Romero	EDAD:	82 A	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 326659
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda la Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3222256693.			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	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

El señor hace mas de tres meses no asiste a control cronicos.

AUTORIZACIÓN

Yo Hernesto Romero 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	Amparo Contreras	FIRMA	Huella
CARGO	Aux. de Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Cronicos.	13-02-2026	HSVP.	Efectiva.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	10-02-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Pavi Nemocón
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angela Maria Grande.		EDAD: 30-07-73 52A	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20458 130.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	310 775 5638			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Angela Grande. Identificado (a) con X número 20458130. 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	Amparo Contreras	FIRMA	Angela Grande.
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	

Powered by CamScanner