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 1069099738
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	3115660618
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]		ESPECIAL [ ]	EPS/REGIMEN	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. Planificacia 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 1069099738 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	Amparo Contreras
CARGO	Aux. Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Sandra Milena Ch.
OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Sandra Chiguiza.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Planificacia 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:	16-02-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Milena Fernandez	EDAD:		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1070305907
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vda La Puerta.
TELEFONO DE CONTACTO:	3115572719			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO X / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/IEAPB	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. Planificacion 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 planificacion 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		FIRMA	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