	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-2-26.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsvn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosalba Poveda Ariz	EDAD: 53		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3134848276			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nuevo Es
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Hsvn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mamografia	4. Odontologia
2. TAC Toax	5.
3. Oftalmologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con Ordenes Pendiente para tramite de citas valoracion a oftalmologia x mamografia, TAC TORAX y Odontologia Se envia a coresponsal EPS salud Vida Ltda

AUTORIZACIÓN:

Yo Rosalba Poveda identificado (a) con CC número 35416168 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	Diana Carolina Murcia G.	FIRMA	Rosalba Poveda
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FECHA	Rosalba Poveda

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

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-2-26.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsvn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosalba Poveda Anzi	EDAD: 53		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Camacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3134848276			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nuevo EPS
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	HSVN				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mamografia	4. Odontologia
2. TAC Toax	5.
3. Oftalmologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con Ordenes Pendiente Para tramitar citas x mamografia, TAC Toax y Valoracion a oftalmologia Se envia a coresposal y en salud Juz Halda

AUTORIZACIÓN

Yo Rosalba Poveda Identificado (a) con CC número 35416168 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	Diana Carolina Hurtado G.
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Rosalba Poveda
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Rosalba Poveda

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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-726-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Pedro Antonio Contreras S	EDAD: 50		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C 80540516
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Comacha
TELEFONO DE CONTACTO:	3134848276			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	NUEVO 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:	Hsupn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ecografia de Vias Urinarias	4.
2. Dermatologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario con Ordenes Pendiente Por cita para Eco de Vias Urinarias y Dermatologia se envia documentos en Scanner a correspondencia Hsupn

AUTORIZACIÓN

Yo Pedro Contreras identificado (a) con CC número 80540516 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	Diana Carolina Hurtado G	FIRMA	Pedro Contreras
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Supervisor
FIRMA		FIRMA	Pedro Contreras

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

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-Feb-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Nsvpn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Elena Moreno	EDAD: 66		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 37752418.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	No tiene			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nuevo EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios Institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Nsvpn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta mayor con Tension Arterial con tendencia a la Alta Indica el trabia tomado unos medicamentos pero al momento no los toma no continua tratamiento, Ademas se canaliza a psicologia para manejo de Emociones

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Elena Moreno identificado (a) con CC número 37752418 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	Diana Carolina Murcia Garcia	FIRMA	+
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FECHA	Marina Moreno

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina gral	9-2-26	Nsvpn	Dra Carolina Rueda

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	4-Feb-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsvpn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diana Isabel Abril	EDAD: 42		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 35426766
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tocancipá			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3144606574			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ 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	☒	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

mujer Adulta indico q hace mas de 1 año no controo. tratamt Odontologico

AUTORIZACIÓN

Yo Diana Abril identificado (a) con CC número 35426766 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	Dora Cecilia Hurtado	FIRMA	
CARGO	AUX ENF	OCUPACIÓN	ASE
FIRMA		FECHA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología	10-2-26	hsvpn	Dra Liz Amy R

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	4-Feb-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsuca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Diego Jimenez	EDAD: 12		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069100519.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Pancho
TELEFONO DE CONTACTO:	3146063774			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ 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	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta del joven	4.
2. Odontología	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente de 12 años sin consulta integral del joven hace + de 1ar no asiste x servicio de odontología

AUTORIZACIÓN

Yo Diana Abril identificado (a) con CC número 35426766 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	Diana Carolina Garcia G	FIRMA	
CARGO	Aux Enf	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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diego Alexander Vargas	EDAD:	15	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076245626
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	322 4839512			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Sura.
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:	Ayg				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Upa	4.
2. Consulta del joven.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente tiene Pendiente vacuna de UPA y consulta Integral del joven

AUTORIZACIÓN:

Yo Catalina Lizcano identificado (a) con CC número 1030598189 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	Diana Carolina Alarcon G	FIRMA	
CARGO	Aux enfermeria	OCUPACIÓN	Auxiliar Servicios generales
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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsdpm
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Tatiana Vargas	EDAD: 13		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1078249187
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3224837512			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	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	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:	AyG				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. UPH	4.
2. Consulta del joven	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente de 13 años sin vacuna de VPH y tiene pendiente Consulta integral del joven

AUTORIZACIÓN

Yo Catalina Jurado identificado (a) con CC número 1020305989 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	Beky Catalina Muñoz B	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	Oficios generales
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

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luciana Valentina Conejo		EDAD: 4 A.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1096750
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Sector Cantacho Vda Astagá
TELEFONO DE CONTACTO:	3136901092			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☑	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:	HSUPN				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor tiene pendiente procedimiento de odontología en IPS HSUPN

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	Diana Carolina Murcia G	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
odontología	18-2-26	HSUPN	Dra Daniela R

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	11-2-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsura
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dora Alicia Martinez	EDAD:	68	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 51728362
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Concha Vda Abajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3217136954.			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsura				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontologia 1era vez	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta mayor quien NO asiste a odontologia hace + de 1 año

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	Dora Cecilia Hurtado	FIRMA	Dora A Martinez
CARGO	Aux Enf	OCUPACIÓN	Agr
FIRMA		FIRMA	Dora Martinez

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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsuya
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leon Jose Prieto Valencia		EDAD: 41	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076249610
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Cancha Hospital
TELEFONO DE CONTACTO:	3217339954			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	FNS
	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:	hsuya				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontologia - Cita 20 min.	4.
2. UPH	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

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	
NOMBRE	Dora Cecilia Ulloa
CARGO	Aux Enf
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Dora MartTibe
OCUPACIÓN	Hsu
FIRMA	Dora Martinez

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

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11 FEBRERO - 2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsapn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Paola Pinto Valencia	EDAD: 15		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076247291
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Conchas - Vda Astorga
TELEFONO DE CONTACTO:	32173			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsapn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ecografia Pelvica	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente quien Esta en manejo médico y tiene Pendiente toma de ecografia pelvica

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	
NOMBRE	Dra Carla Marcos
CARGO	Ax Enf
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Dora Maritza R
OCUPACIÓN	
FIRMA	Dora Maritza R

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Ecografia Pelvica	16-2-26	HSAPN	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21-2-20	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Juan Sebastian Oslo th	EDAD:	14	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1066879753
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3002963698			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a sectores sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsupn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Psiquiatria Pediatrica	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente quien tiene Orden medica de psiquiatria Pediatrica NO le ha dado cita, SE envian soportes a correspondal Sus Hayder

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	Dra Cardina Hurtado	FIRMA	
CARGO	AUX Enfermera	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	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EM SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	4-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsvpn.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Olga Stella Prieto V		EDAD: 62	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20758904.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Comachos.
TELEFONO DE CONTACTO:	3014629059			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	NUEVA EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsvpn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Consulta Crónicos	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

A dulta mayor que indica tiene pendiente asistir a consulta Crónicos

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	
NOMBRE	Dra Carolina Herca
CARGO	Aux ENF
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	H-SI
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina gral	5-2-26	hsvpn	Dra Tatiana Gomez

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	11 - Febrero - 26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Huph
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Brayan Cantor	EDAD:	17	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1095662568
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Concacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3106085107			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a sedes vecinas	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Vda 1A				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General - No Ya asistio	4.
2. Higiene Oral.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente tiene pendiente consulta a odontologia.

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	Dora Carolina Murcia G.	FIRMA	
CARGO	Aux. Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Brayan Valbuena

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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN:	11-2-26			E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsupn	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Victor Alejandro Zabala C		EDAD: 39	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		CC 1069098020	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:		Comacho, Vda Pitanga	
TELEFONO DE CONTACTO:	3008421679			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:			
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL		EPS/EAPB	Fms
	VINCULADO		SIN AFILIACIÓN				
Grupos de riesgo según RIAS				Canalización Equipo Básico		SI	NO X
Canalización equipos complementarios	SI	NO X	Canalización servicios institucionales	SI X	NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:	Hsupn						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto que indica hace + de 2 años no asiste a. medicina general y odontología

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	Diana Cecilia Moreno	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FECHA	11-2-26

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina gral	23-2-26	Hsupn	Dr Samuel Moreno

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsgpn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	David Forero Duran		EDAD: 13.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069100213
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Conucho, Vda. Astagua
TELEFONO DE CONTACTO:	3128356660			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] CUAL [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	hsgpn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente de 13 años sin vacuna del VPH

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	Dora Carlina Munera	FIRMA	
CARGO	AUX Enfermera	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	

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	11-7-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Nilson
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Diana Marcela Neira	EDAD:	32	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 1064098793
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nilo			DIRECCIÓN:	Camacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3138335666			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Fms
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a sectores sociales	SI [ ] NO [X]
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

Usuaria sin metodo de planificación

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	Diana Carolina Herrera	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Ama de casa
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Indica: No desea asistir a consulta ps no opta por metodos hormonales

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Samuel. Enrique Tovar.		EDAD: 53	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3103273
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Comacho Vda Aptos
TELEFONO DE CONTACTO:	3136356660			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☑	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	FMS
	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:	HSUPN				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto quien refiere dolor lumbar constante q/ le interfiere en sus labores diarias

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	Dora Sasha Herrera.	FIRMA	
CARGO	Aux Of	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	#Samuel Enrique

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medida Gral	13-2-26	HSUPN	Dr Samuel Meneses

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	20-2-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sara Juana Ordoñez		EDAD: 5 a	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1069091022 64
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	B/ macho
TELEFONO DE CONTACTO:	3123637860			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	—
	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. Sin Afiliacion a EPS	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Abuela de la menor indica q' el padre de la niña la tenia afiliada al seguro pero se retiro del trabajo y la niña quedo sin seguro. Ademas refiere q' la madre de la niña esta, Radicado tramite para afiliarla a EPS donde esta ella Afiliada

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	Dra Carolina Garcia G	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Maria A

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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-11-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yeimer Arley Contreras G	EDAD:	5	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1069102740
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Camacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3123350759			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Famisanar - Fons
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico: SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:	hsupn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Nutrición	4.
2. Psiquiatra pediatra	5.
3. Neuropediatra	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor de 5 años en condición de discapacidad esta en estudios medicos tiene pendiente orden con especialistes se envian a correspondal documentos via whatsap a Luz Hoyde

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	Dora Cardno Moraa G	FIRMA	Yeimer Gomez
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Yeimer Gomez

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

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÖA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	2011-21		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Benjamin Cuteras		EDAD: 58	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	CC 79445032
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Ubaque			DIRECCI"N:	Comacha
TELEFONO DE CONTACTO:	3179766911			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ 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 ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	hsupn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita medico general	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Adulto con cifras tensionales 180/100 con tendencia alta Alta indica no asiste a controles medicos, no toma Antihipertensivos y es Paciente Cronico HTA

AUTORIZACI"N

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	
NOMBRE	Dra Carolina Flores
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	C/B Benjamin Cuteras
OCUPACI"N	
FIRMA	C/B Benjamin Cuteras

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina gral	23-2-26	hsupn	Dra Maria Camila Rueda

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÒA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	21-2-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Isabel del carmen	EDAD:	25	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	ce 1193[illegible]
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCI"N:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3225013308			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	X
Canalización equipos complementarios	SI	NO X	Canalización servicios institucionales	SI X	NO	Canalización a servicios sociales	SI X
IPS DE ATENCI"N:	Nueva Eps Sesca						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cambio eps	4.
2. medicina general	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria Solicita cambio de eps a Nemocon ya q esta afiliada En Sesca NO le dan citas, ademas Adulta con bajo peso Indica hace menos de 1mes consulto x Urgencias en hpsupn

AUTORIZACI"N

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	Dora Cecilia Hernandez G	FIRMA	X
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACI"N	
FIRMA		FIRMA	X

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboracion	

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	20-2-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Heidi Lotz Acosta Rodriguez	EDAD:	2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1124095841
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Conucho
TELEFONO DE CONTACTO:	3225013308			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 [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Nueva eps - Suesca				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cambio IPS Primaria	4.
2. CyD	5.
3. odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor de 2 años madre indica deseo de cambio IPS Primaria a hsupn. ya que se encuentra afiliada en IPS Suesca manifiesta q no le dan cita la niña tiene pendiente consulta cyd y odontologia

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	Dra Carolina Hurtado G	FIRMA	
CARGO	Aux en 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

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21-2-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Julieth Mendoza Rodriguez	EDAD: 39		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1069098221
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Manacá			DIRECCIÓN:	Comercio
TELEFONO DE CONTACTO:	3115582002			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☑ 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 ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCIÓN:	hsupn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta de 39 años No Planifica, indica sufre dusts en ovarios NO continua tratamiento

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	Dra Carolina Hurtado	FIRMA	Oscar
CARGO	Dx enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Marcela Rodriguez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina gral	23-10-26	hsupn	Dra Yesi Contreras Hurtado

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	20-2-26			E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupn	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Esteban David Mimalching Ruiz		EDAD: 17		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069240511	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon				DIRECCIÓN:	Comacha	
TELEFONO DE CONTACTO:	3212646373				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	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:	hsupn						

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoración UPH	4.
2. Consulta pediatría	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adolescente de 17 años sin valoración de UPH, no ha asistido a consulta de pediatría

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	Dora Cecilia Herrera B	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FECHA	

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

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20-2-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hospn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Johan Santiago Mimalchig		EDAD: 10	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1060234445
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tenjo			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3212646373			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a sectores sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsupn				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

menor de 10 años sin vacuna del PPT
Madre no encuentra carnet indica sin vacuna

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	Diana Carolina Merchan	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunación	2024	hsupn	Se remite en papel

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner