29/9/1970

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 | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE centro de salud Tausa |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Flor Alba Perez Barbosa | EDAD: | 55 años | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 39802835 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Tausa | | | DIRECCIÓN: | Vda Hornero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 311 287 1810 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | | EPS/EAPB | Actualizar |
| | 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: | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Medicina General (A. Cerqueza) | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Agendamiento de Consulta general Para renovacion de ordenes para adquirimiento con especialista de urologia

**AUTORIZACIÓN**

Yo Flor Alba Perez Barbosa Identificado ( a) con CC número 39 802 835 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 | Inci Acevedo |
| CARGO | Auxiliar Enfermeria |
| FIRMA | Inci Acevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | |
| OCUPACIÓN | |
| FIRMA | Flor Alba Perez |

**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

21/10/1997

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** RH01
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | ESE centro de salud Fusca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Deisy Jimena Huertano Quevedo | EDAD: 28 | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 1072720305 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fusca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3228085610 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [x] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | FAMILIAR |
| | VINCULADO [ ] | SIN AFILIACIÓN [ ] | | | |
| Grupos de riesgo segun 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: | ESE centro de Salud Fusca | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Odontologia (Fusca) | 4. |
| 2. Planificacion | 5. |
| 3. Citologia | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuaria canalizada para Realizar consulta para odontologia, Planificacion, citologia

### AUTORIZACIÓN

Yo Deisy Jimena Huertano Quevedo Identificado ( a) con CC número 1072720305 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 | Lina Martin Quevedo | FIRMA | Jimena Huertano |
| CARGO | Aux. Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Lina Quevedo | FIRMA | Jimena Huertano |

### 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

16/09/2015

Gobernación de Cundinamarca

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

RH O+

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE centro de salud Fosca |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Jhoan Sebastian Barbosa H | EDAD: 10 años | | TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | TI 1073174462 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3228085610 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Fosca |
| 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: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario canalizado para Consulta de Odontologia

### AUTORIZACIÓN

Yo Jhoan Sebastian Barbosa Herrano Identificado ( a) con TI número 1073174462 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 | Lina Yazmin Oviedo Bautista |
| CARGO | Aux. Enfermeria |
| FIRMA | Lina Ovi |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Jhoan Barbosa |
| OCUPACIÓN | Estudiante |
| FIRMA | Jimena Herrano |

### 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

5/02/2022

Gobernación de Cundinamarca

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

RHOt

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | ESE Centro de Salud Fusca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Juan Camilo Barbosa Huertano | EDAD: 3 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC 1 1249368273 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fusca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3228085610 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] | CONTRIBUTIVO [ ] | ESPECIAL [ ] | EPS/EAPB | Fattisalar |
| | 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: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario Canalizado Para Consulta de Odontologia

### AUTORIZACIÓN

Yo Juan Camilo Barbosa Huertano Identificado ( a) con RC número 1249368273 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 | Lina Martin Acevedo Bayona |
| CARGO | Aux Enfermeria |
| FIRMA | Lina Acevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Juan Camilo Barbosa |
| OCUPACIÓN | Hogar. |
| FIRMA | Jimena Huertano |

### 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

01/09/1994 RH O+

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 | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E Centro de Salud Fosca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Angela Patricia Huertano | EDAD: 31 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 1077941935 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | Vda Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 320 406 4905 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] 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 [X] NO [ ] | Canalización a servicios sociales | SI [ ] NO [ ] |
| IPS DE ATENCIÓN: | E.S.E Centro de Salud Fosca | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Medicina general | 4. |
| 2. Citologia | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Remi ordens de psicologia Tardc

**AUTORIZACIÓN**

Yo Angela Patricia Huertano Quevedo Identificado ( a) con CC número 1077941935 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 | Lina Yazmin Quevedo Bustamante |
| CARGO | Aux. Enfermeria |
| FIRMA | Lina Quevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Angela Huertano |
| OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Angela Huertano. |

## 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

27/07/2014

Gobernación de Cundinamarca

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

RA 01

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE Centro de salud Fuca |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | leidy lorena Huertano | EDAD: 11 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | TI 1072720110 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fusca | | | DIRECCIÓN: | Cra Herrera |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 320 456 49 05 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| Grupos de riesgo segun 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: | E.S.E Centro de salud Fusca | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Remy orden de psicologia, y renovacion de orden. disponde citas en la tarde

### AUTORIZACIÓN

Yo leidy lorena Florido Huertano Identificado ( a) con TI número 1072720110 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 | Lina Martin Quevedo Bustamante | FIRMA | Angela Huertano |
| CARGO | Aux Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Lina Quevedo | FIRMA | Angela Huertano |

### 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 de Cundinamarca

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

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | E.S.E centro de salud Fosca |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO : | Jackson Kaleth Morales. | EDAD: 6 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC 1078351038 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | VDA Honero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 320 456 4405. | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ] | | | EPS/EAPB | Fortiorcar. |
| 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: | | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Para orden de psicología tarde

### AUTORIZACIÓN

Yo Jackson Kaleth Morales Herrera Identificado ( a) con RC número 1078351038 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 | Lina Martin Quevedo Barbosa | FIRMA | Jackson Morales |
| CARGO | AUX enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Lina Quevedo | FIRMA | Angela Herrera |

### 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

5/01/1989

Gobernación Cundinamarca

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

RH0+

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE centro de Salud Fosca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Zoraida Barbero Quevedo | EDAD: | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 20547198 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 310 514 7853 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / 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 servicios sociales | SI NO |
| IPS DE ATENCIÓN: | ESE centro de Salud. Fosca | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Medicina General | 4. Cambio Eps a Fitiparar. |
| 2. Citología | 5. |
| 3. Tutisalez | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paso de la tarde usuaria quien refiere solicitar cambio de EPS a Fitiparar - cita para ESE centro de salud Fosca hacia la tarde

### AUTORIZACIÓN

Yo Zoraida Barbero Quevedo Identificado ( a) con CC número 20547198 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 | Lina Martin Quevedo Barbero |
| CARGO | Aux. Enfermería |
| FIRMA | Lina Quevedo. |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Zoraida Barbero |
| OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Zoraida Barbero |

### 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

20/8/2002

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

RH 01

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE Centro de Salud Fosca |
| NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: | Brayan Herrera | EDAD: 23 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 1003661867 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3105747853 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | EPS/EAPB | Nueva EPS |
| Grupos de riesgo segun 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: | ESE Centro de Salud Fosca | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General (Fosca)
2. Tecnologo
3.
4. Cambio EPS a Fortalecer
5.
6.

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario quien refiere solicitar cambio de EPS a Fortalecer - Cita para ESE Centro de Salud Fosca Horas de la tarde

### AUTORIZACIÓN

Yo Brayan Yesid Herrera Barbosa Identificado ( a) con CC número 1003661867 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 | Lina Martin Quevedo Barbosa |
| CARGO | Aux Enfermería |
| FIRMA | Lina Quevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Brayan Herrera |
| OCUPACIÓN | Oficios Varios |
| FIRMA | Brayan H. |

### 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

3/10/2008
RHO1

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 | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE Centro de Salud Fosca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Diviana Herrera | EDAD: 17 años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | TI 1072719023 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | VDA Herrero. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3105747853 | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN | | | EPS/EAPB | Nueva EPS. |
| Grupos de riesgo segun 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: | ESE Centro de Salud Fosca | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1. Medicina General (Fosca) | 4. Cambio EPS a Fatiçonar. |
| 2. Fatibaje | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

Usuaria Atica Refiere Solicita Cambio de EPS a Fatiçonar- Cita Para ESE Centro de Salud Fosca. Horas de la tarde

**AUTORIZACIÓN**

Yo Yiliedth Dayana Herrera Barbosa Identificado ( a) con TI número 1072719023 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 | Lina Yazmin Quevedo Becerra |
| CARGO | Aux. Enfermeria |
| FIRMA | Lina Quevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Diviana Herrera |
| OCUPACIÓN | Hogar. |
| FIRMA | Yiliedth Barbosa |

## 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

23/9/1968

Gobernación de Cundinamarca

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** RH O+
**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 10/02/2026 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | ESE centro de Salud Fosca |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Octavio Acosta Quevedo | EDAD: 57años | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 80 400 039 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Fosca | | | DIRECCIÓN: | UDA Herrero |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 311 287 1810 | | | 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: | ESE centro de salud Fosca | | | | |

### SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

| | |
|---|---|
| 1. Medicina General Para ordon | 4. |
| 2. de Rx | 5. |
| 3. Remisión visual | 6. |

### BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuario para consulta de Medicina General, Recolección ordenes de Rx y Remisión

### AUTORIZACIÓN

Yo Octavio Acosta Quevedo Identificado ( a) con Cc número 80 400 039 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 | Pinchartin Quevedo |
| CARGO | Auxiliar enfermeria |
| FIRMA | Pinchartin Quevedo |

| USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|
| FIRMA | Octavio Acosta |
| OCUPACIÓN | Oficios Varios |
| FIRMA | Octavio Acosta |

### 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