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	29-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Region Centro Oriente Almeda
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nidia Arenas De Vela	EDAD: 70 20-05-1954		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 21201476
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzon			DIRECCIÓN:	Vereda Chinquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3202545977			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios Institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Fue remitida por medico general ya que le salio alto el examen de orina

AUTORIZACIÓN

Yo Nidia Arenas de Vela Identificado (a) con CC número 21101476 por medio de mi firma
__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	Rosa Esperanza Borda Callejas	FIRMA	Nidia Arenas
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Nidia Arenas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVI
Medicina Interna	12-04-2026	Villapinzón	

Documento elaborado por:	Rosa Borda
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	26-03-2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Region Centro oriente Almeda
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Karol Daniela Contreras Niño	EDAD: 18 16-08-2007		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077144663
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón			DIRECCIÓN:	Chinguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3125184582			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La madre refiere que ya lleva rato sacando la cita y no ha logrado sacar la cita y la requiere urgente ya que sufre de la tiroides

AUTORIZACIÓN

Yo Karol Daniela Contreras Niño Identificado (a) con CC número 1077144663 por medio de mi firma
__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	Rosa Esperanza Borda Callejas	FIRMA	Nieves Niño Torres
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Independiente
FIRMA		FIRMA	Nieves Niño Torres

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVI
Cirugia General	29-05-2026	Fomentar	William Hernando Estupiñan

Documento elaborado por:	Rosa Borda
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	26-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E centro oriente Almeida
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Nieves Niño Torres	EDAD: 44 28-10-1981		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21147781
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón			DIRECCIÓN:	Chinguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3125184582			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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Ella refiere que hace rato no va odontologia ni se realiza la citologia

AUTORIZACIÓN

Yo Nieves Niño Torres Identificado (a) con C.C número 21147781 por medio de mi firm
__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	Rosa Esperanza Borda Calleros	FIRMA	Nieves Niño Torres
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Rosa Esperanza Borda Calle	FIRMA	Nieves Niño Torres.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERV
citologia	13-04-2026	10:00 am Puesto de Salud	Daniela Vera
odontologia	13-04-2026	11:00 Puesto de Salud	Yuleisis perez Gomez

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	26-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E centro Oriente Almeida
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angel Leonel Delgado	EDAD: 11 16-11-2014		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1232397737
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón			DIRECCIÓN:	Chinguirá
TELEFONO DE CONTACTO:	3138027700			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	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. Medicina General C. Joven y Visual	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Madre refiere que hace mucho tiempo no lo lleva a un control

AUTORIZACIÓN

Yo Angel Leonel Delgado Identificado (a) con TI número 1232397737 por medio de mi firma
X 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	Rosa Esperanza Borda Calleros	FIRMA	Maria Elena Padilla
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Rosa Esperanza Borda C.	FIRMA	Maria Elena Padilla

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERV
Consulta joven	08-04-2026	Puesto de Salud	Laura Alejandra Garcia

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	26-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Region Centro oriente Almeida
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Yaneth Niño Torres	EDAD: 51		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21103801
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón	18-4-1974		DIRECCIÓN:	Chinguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3133938770			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Ella necesito la cita ginecologia ya que el medico general la remitio a ginecologia

AUTORIZACIÓN

Yo Yaneth Niño Torres Identificado (a) con CC número 21103801 por medio de mi firma

__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	Rosa Esperanza Borda Callejas	FIRMA	Yaneth Niño Torres
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Yaneth Niño Torres

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVI
Ginecologia	8-4-2026	Bio Salud VIP	

Documento elaborado por:	Rosa Borda
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	30-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Regional Centro Oriente Almeda
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Guillermina Solano Castro	EDAD:	56 1-02-1970	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21103248
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón			DIRECCIÓN:	Chinguro
TELEFONO DE CONTACTO:	3223683642			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] 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	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cirugia General	4.
2. Ortopedia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La sra refiere que quedo mal operada y la tienen que volver a hacerce la cirugia y refiere citas de urgencia.

AUTORIZACIÓN

Yo Guillermina Solano Castro Identificado (a) con Cnúmero 21103248 por medio de mi firma
__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	Rosa Esperanza Borda Callejas	FIRMA	Guillermina Solano
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA		FIRMA	Guillermina Solano

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVI
Cirugia General	15-04-2026	Chocanta	
Ortopedia	15 04 2026 8:50		

Documento elaborado por:	Rosa Borda
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	30-3-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E centro Oriente Almeida
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Angelina Castro		EDAD: 64 1-12-1961	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21102230
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Villapinzón			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3212879198			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control de cronicos	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La sr refiere que ya le toca su control de cronicos y necesita citarlo mas pronto posible.

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Angelina Castro Identificado (a) con CC número 21102230 por medio de mi firm.
__NO___ autorizo que mi Información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Rosa Esperanza Borda Calleros
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	Rosa Esperanza Borda Calle

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Maria Angelina Castro
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Maria Angelina Castro

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERV
Control cronicos	17-4-2026	Centro de Salud	Walter Antonio Yamaucki

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner