SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

31

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sebastian Bolivar Gordo	EDAD:	8-8-2011 46	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076743725
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. Orotoso
TELEFONO DE CONTACTO:	3204652463			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS					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. Vacunacion UPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con Vacunacion pendiente

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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01-03-2026

Powered by CamScanner

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

31

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01- 03- 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Marcol David Bolivar Garzon	EDAD: 16	04-04-2009	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076741943
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3204632465			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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunacion: VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con Vacuna Pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo David Garzon Garnica identificado (a) con CC número 1070304711 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	Luisa Johana Garcia Toro
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	C.C 1070008876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	X
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Garcia Toro
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01- 03- 2026

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

31

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	1- 03- 2023	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Laudi Garzon Garnica	EDAD: 13-04-88 39		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1070304711
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3204632465			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / CONTRIBUTIVO X / ESPECIAL ☐ / VINCULADO ☐ / SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:		Canalización servicios Institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Tamizaje de seno	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Aux enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01-03-2023

Powered by CamScanner

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

31

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	1- 03- 2023		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Laudi Carbon Garnica		**EDAD:** 13-04-88 39	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1070304711
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCIÓN:**	V. oratoño
TELEFONO DE CONTACTO:	3204632465			**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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Tamizaje de seno	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Aux enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01-03-2023

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

32

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	1-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSUB
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Carmen Alicia Palacios Moncada	EDAD: 305 - 1962 14		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C 20758596
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3208499143			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Internista	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente requiere valoración con medico Internista

AUTORIZACIÓN

Yo Carmen Alicia Palacios Moncada identificado (a) con CC número 20758596 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	C.C 1070008876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Alicia Palacios Moncada
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01-03-2026

Powered by CamScanner

32

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	01/03/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVOP
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Victor Henry Garzón Cortez	EDAD: 27/10/1963 63		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20789
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3208499193			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontologia 40 min Luz Dary Ramirez	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente requiere cita de odontologia con la dra Luz Dary de 40 min.

AUTORIZACIÓN

Yo Victor Garzón identificado (a) con CC número 20789 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	Luisa Johana Gordillo Torre	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070009876	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

33

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	02-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSUP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Hermelindo Acosta	EDAD: 26-03-26 34		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11405054
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3142326189			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 X / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medico General	4.
2. Examen próstata	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente con citas de: médico general y exama de próstata.

AUTORIZACIÓN

Yo Hermelindo Acosta Identificado (a) con CC número 11405054 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		FIRMA	X Hermelindo Acosta
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-03-2026.

Powered by CamScanner

Gobierno de Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

34

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Daniel Alejandro Bravo Garzon		EDAD: 5-01-2003 23	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016736737
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3107487361			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control del Método	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente se canaliza a cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Daniel Alejandro Bravo Garzon identificado (a) con CC número 1016736737 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	Luisa Johana Gordillo Torres Auxiliar de enfermeria C.C 1070000076
CARGO	
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Daniel Bravo
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-03-2026

Powered by CamScanner

35

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	02-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Sebastian Sierra Bravo		EDAD: 13-04-22 / 4	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1015693485
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3242349927			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatra	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor se canaliza a Pediatra

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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Dayana Bravo
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1070008876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-03-2026

Powered by CamScanner

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

36

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	03-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Eloisa Rodriguez		EDAD: 31-12-27 99	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21156146
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3134801742			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios Institucionales	Canalización Equipo Básico SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cambio de IPS	4.
2. cita medico General	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente que EPS no ha dado citas de crónicos cancela citas, se realiza Cambio de IPS

AUTORIZACIÓN

Yo María Isabel Contreras Padilla Identificado (a) con CC número 35400705 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	Luisa Johana Cordillo Torres	FIRMA	Maria Contreras
CARGO	Auxiliar de farmacia	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
03-03-2026	06-03-2026	HSVP	
Cambio de IPS			

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-03-2026

Powered by CamScanner

37 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	3/03/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		#SVDP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yenifer Andreina León ARIZA		EDAD: 15/02/1988 AA	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1233924183
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3008109223			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 X NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Queja supersalud	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

virginiaariza23@gmail **BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

-Paciente con queja a la supersalud y cita de odontología Pendiente.

AUTORIZACIÓN

Yo Yenifer León Virginia Ariza Identificado (a) con CC número 1233924183 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Virginia Ariza
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1070000076	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
08-03-2026 Queja Supersalud	08-03-2026	HSVP	Luisa Gordillo

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Tom
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-03-2026

Powered by CamScanner

37

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	31/03/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVOP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Virginia Isabel Anza Ortiz	EDAD:	23/10/1960 66	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075692604
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3008105223			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 X / 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

- Paciente con cita de odontologia pendiente.

AUTORIZACIÓN

Yo Virginia Anza Identificado (a) con CC número 1075692604 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	Luisa Johana Gordillo Tarazona
CARGO	Auxiliar de enfermeria CC 1070008876
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Virginia Anza
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Tarazona
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-03-2026

Powered by CamScanner

39

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	03-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVOP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ana Olivia Venegas Acosta	EDAD: 2/02/1957 69		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23488683
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3142456412			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	sanitas
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[X] NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Sisben	4.
2. Control de tension	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

se canaliza a oficina de sisben para ser reencuestada

AUTORIZACIÓN

Yo Ana olivia venegas acosta Identificado (a) con CC número 23488683 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	Luisa Juliana Gordillo Torres	FIRMA	X Ana Venegas
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control de tension	02-03-2026		Luisa G
	10-03-2026		Luisa G
	04-03-2026		Luisa G

Documento elaborado por:	Luisa Juliana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-03-2026.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

43

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	04-04-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Keiller Dang Silva Galindo	EDAD: 3	14-12-2021	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1069102434
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3115957303			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatría	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con cita y Valoracion Pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Adriana Galindo Suarez Identificado (a) con CC número 1075680739 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Aux de enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Adriana Galindo
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
18-03-2026	Pediatría	HSVP	Dra claudia

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	04-04-2026.

Powered by CamScanner

A4

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	09-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Adriana Catalina Cubillos Rodriguez		EDAD: 5-06-2002 24	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1003882254
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Agua Clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3002064416			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Sanitas
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios Institucionales	Canalización Equipo Básico SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Sisben	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente canalizada con la oficina del sisben

AUTORIZACIÓN

Yo Adriana Cubillos Identificado (a) con CC número 1003882254 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Adriana Cubillos R.
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1073[illegible]876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	09-03-2026

Powered by CamScanner

44

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	09-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Noah Isabella León Cubillos	EDAD:	4/09/2023 3	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1093458048
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3002064416			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Sanitas
	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. Pediatra 8:am	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Adriana Cubillos Identificado (a) con CC número 1003882254 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	
CARGO	Luisa Johana Cordillo Torres Auxiliar de enfermería
FIRMA	C.C 1070000876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	X Adriana Cubillos
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	18-03-2026	HSVP.	

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	09-03-2026

Powered by CamScanner

95

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	09-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Gabriel Hernando Cubillos Gomez		EDAD: 31/08/1993	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 93290 897
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Aga cbrg
TELEFONO DE CONTACTO:	3188542025			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 NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medico General	4.
2. Estamcana 2a/o	5.
3. - Otra 6 a 2	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes y

AUTORIZACIÓN

Yo Gabriel Cubillos Identificado (a) con CC número 93290 897 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		FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina G	09-03-2026	HSVP	Medicina General

Documento elaborado por:	Luisa Johana Bordito Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	09-03-2026

Powered by CamScanner

46 Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2/03/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dilan Samuel Basquez Rodriguez	EDAD: 9/07/2010 16		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071789321
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3203976172			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 X / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificacion Familiar	4.
2. Vacunación	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Menor con vacunación Pendiente y remitido a Planificación familiar.

AUTORIZACIÓN

Yo (Dilan Basquez) Angie Rodriguez Identificado (a) con CC número 1069717008 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	Luisa Juliana Gordillo
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	C.C 1070008876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
16-03-2026	Planificacion Familiar	Hsvp	Elastian Pecha

Documento elaborado por:	Luisa Juliana Gordillo Tomo
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-03-2026.

Powered by CamScanner

46

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2/03/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVOP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jeronimo Basquez Rodriguez		EDAD: 31/07/2013 13	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1071790006
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3203976172			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 X NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con vacunación Pendiente.

AUTORIZACIÓN

Yo Angie Rodriguez identificado (a) con CC número 1069717008 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	Luisa Johana Gordillo Tom	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1070008876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Tom
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-03-2026

Powered by CamScanner

46

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	02-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angie Marcela Rodriguez		EDAD: 15/11/86 39	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1069717007
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Vereda Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3203976172			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS					SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios Institucionales	Canalización Equipo Básico SI NO	Canalización a servicios sociales	SI X NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medico general	4.
2. cita de ecografia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita de médico general pendiente.

AUTORIZACIÓN

Yo Angie Rodriguez Identificado (a) con cc número 1069717007 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	Luisa Johana Cordillo Torre	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008676	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	16-03-2026	HSVP.	NICOL BADILLO
cita ecografia abdomen total	19:02-2026	HSVP.	HSVP.

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cordillo Toro
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	02-02-2026

Powered by CamScanner

A7

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	09-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVDP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Eduardo Rodriguez Muñoz	EDAD:	12-12-1986 40	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1078367458
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3219831651			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. Medicina Interna	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Eduardo Rodriguez identificado (a) con CC número 1078367458 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	C.C 1070008876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	X
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	09-03-2026

Powered by CamScanner

98

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13 - 03 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sharik Dayana Vasquez Rebes	EDAD: 5/12/06 20		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1069725839
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Aga clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3006 12 3422			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS					SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente con cita pendiente y remitido a aseguramiento

AUTORIZACIÓN

Yo Sharik Vasquez Identificado (a) con CC número 1069725839 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	XSharik D Vasquez R
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026.

Powered by CamScanner

A8

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13 - 03 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Paola Reyes Ramos	EDAD: 24/07/1981 45		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1069713453
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3232820717			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento	4. CCV
2. SISBEN	5. Cambio de IPS
3. Tamizaje	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Reyes Identificado (a) con CC número 1069713453 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	
CARGO	Luisa Johana Gordillo Torres Auxiliar de enfermería C.C 1070008876
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	X Leidy P. Reyes R.
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner

48

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13 - 03 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HJVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sofia Sofay Vasquez Reyes	EDAD: 8/03/2014 12		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069 754 340
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3232820717			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / 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. Vacunacion	4.
2. Pediatria	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Reyes Identificado (a) con CC número 1069713453 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	C.C 1070008878 Auxiliar de enfermeria	FIRMA	Leidy J Reyes R
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03- 2026

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13 - 03 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HJSP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Rosa Maria Gomez Bello	EDAD: 26/01/1975		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 52.601264
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Aba clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3114990663			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL			EPS/EAPB	salud total
	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. CCV	4.
2. mamografia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

-Paciente con citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa maria Gomez Identificado (a) con CC número 52601264 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		FIRMA	x Rosa Gomez
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008878	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03- 2026

Powered by CamScanner

50

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HJVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Pablo Gutierres Prieto	EDAD: 6/9/2004 22		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1076240750
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3009239456			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontologia	4.
2. M. General	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Juan Pablo Gutierres Identificado (a) con CC número 1076240750 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	Luisa Juliana Gordillo Torres
CARGO	Auxiliar de enfermeria
FIRMA	C.C 1070009876

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Juan Pablo Echeverri.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Juliana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERSECTORIAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13 - 02 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HDVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yenny Julieth Alonso Lopez	EDAD:	25/04/1989 37	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 1003625944
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	300 7-52 9191			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO:	CONTRIBUTIVO: X	ESPECIAL:	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO:	SIN AFILIACIÓN:			
Grupos de riesgo según RIAS					SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios Institucionales	Canalización Equipo Básico: SI NO	Canalización a entidades sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. citologia.	4.
2. citas odontologia · Bogota	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Yenny Alonso Identificado (a) con cc número 1003625944 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		FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1020008876	OCUPACIÓN	
FIRMA	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Yenny Alonso

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03 - 2026

Powered by CamScanner

51

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	18-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Kevin Julian Rodriguez Alonso	EDAD:	23/07/2014 12	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075 870 109
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3007524191			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 servidos sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. control de CyD	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Yenny Alonso Identificado (a) con cc número 1003 625 944 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		FIRMA	Yenny Alonso
CARGO	Luisa Johana Gordillo Torres Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
18-03-2026	Pediatria	Hsvp	Dra claudia

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner

S1 Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luis Eduardo Rodriguez	EDAD:	12/12/1986 40	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1078367938
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua Llana
TELEFONO DE CONTACTO:	3219831651			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	famisar
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. odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Rodriguez Identificado (a) con CC número 1078367938 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Luis EP
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1070008876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	09-2026

Powered by CamScanner

S2 Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsvp
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Alberto Niño Acuña	EDAD: 26/09/89 4 Años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 73377734
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	73377734			DIRECCIÓN:	Agua Clara.
TELEFONO DE CONTACTO:	3216073550			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ / SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	mutual ser
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. Medico General	4.
2. Aseguramiento	5.
3. Bienestar	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Juan Alberto Niño Acuña Identificado (a) con CC número 73377734 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Auxiliar de enfermería C.C 1070008826
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	* JUAN. NIÑO
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner

63

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25 - 03 - 2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	John Fredy Julio Fernandez		EDAD: 28/12/1998 30	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1049944617
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3027535036			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo John Fredy Julio identificado (a) con CC número 1049944617 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	—	FIRMA	
CARGO	Luisa Johana Gordillo Torres Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	1070008876	FIRMA	John F

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	05-. 2026

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Camilo Suarez.		EDAD: 05-2-1978	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033337579
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Oratorio Aguacharco
TELEFONO DE CONTACTO:	3505744394			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Salud total/ 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. SISBEN	4.
2. Cambio IPS	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Juan camilo Suarez Identificado (a) con CC número 1033337579 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	Luisa Johana Gordillo Torres
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026.

Powered by CamScanner

57

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15 - 03 - 2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVP.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Brayan stiven duran olguin	EDAD: 10-03-1999 27		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1029 64 3094
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	300 823 9456			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. Sisben	4.
2. cambio IPS	5.
3. Odontologia	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con citas Pendientes

AUTORIZACIÓN

Yo Brayan stiven Puran olguin Identificado (a) con CC número 1029 64 3094 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	Luisa Johana Cardillo Torres	FIRMA	Brayan
CARGO	Auxiliar de enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cardillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026.

Powered by CamScanner

SS

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15 - 03 - 2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leidy Consuelo Botia Sella		EDAD: 39 6/12/86	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC: 1049944617
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua Clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3226297700			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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cambio IPS	4.
2. levetiracetam 500 mg.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente solicita cambio de IPS...

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Botia identificado (a) con CC número 1049944617 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Leidy Botia
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1070008876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03- 2026

Powered by CamScanner

58

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Esteban Copinosa Botia		EDAD: 17-03-2016 10	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1075685358
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Agua clara
TELEFONO DE CONTACTO:	3226297709			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatria	4.
2. Queja supersalud por NO	5.
3. Entrega de medicamentos	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

- Paciente con cita pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy Consuelo Botia ___ Identificado (a) con CC número 1075 870 554 ___ 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	Luisa Johana Gordillo Torres	FIRMA	Leidy Botia
CARGO	Auxiliar de enfermeria C.C 1070008876	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Queja supersalud	19-03-2026	HSVP	Luisa Gordillo

Documento elaborado por:	Luisa Johana Gordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner

59

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	8-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Mary estella cortero de Garzon		EDAD: 3-01-49 77	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35400662
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3107487361			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	compensar
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS					SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Taponamiento de oido H.6	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Taponamiento de oido se canaliza para Medicina General

AUTORIZACIÓN

Yo Mary Estella cortero de Garzon Identificado (a) con CC número 35400662 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	Luisa Johana Cordillo Torres	FIRMA	Mary Estella C
CARGO	Auxiliar de enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA	C.C 1076666876	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luisa Johana Cordillo Torres
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	03-2026

Powered by CamScanner