	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 Garcia	EDAD: 8-8-2011 (14)		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1076745725
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. Oriental
TELEFONO DE CONTACTO:	3204632463			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	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 ☐ 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 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:	Malcol David Bolivar Garzon		EDAD: 16	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1016741943
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	V. oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3204632465			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. Vacunacion: VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con Valora Pendiente

AUTORIZACIÓN

Yo Jaud! Garzon Gamicca 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Luisa Johana Gordillo Tor...	FIRMA	x
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 Tores
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	01- 03- 2026

Powered by CamScanner

45

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 Bastidas Rodriguez	EDAD: 9/07/2010 16		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1071789224
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	vereda Oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3203976192			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/RAPS	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. 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 Bastidas) 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	Sebastian 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 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN REMISIVA A RUTAS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	2/03/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HGVOP
NOMBRE CORRECTO DEL USUARIO:	Jeanny Rodriguez	EDAD	33	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1071290006
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nocaima			DIRECCIÓN	vereda oratorio
TELEFONO DE CONTACTO:	3203926172			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/IAPB	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:					

SERVICIOS 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

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			HSVP
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	sofia saray vasquez Reyes	EDAD:	8/03/2024 1 2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069 754 840
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 C.
CARGO	[illegible]	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