ASIGNACION DE CITA

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

Lugar: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON Carrera 6 N° 9 - 40 Sur

Telefono: Citas 301 138 1276

Fecha: lunes, 16 marzo 2026 **Hora:** 4:00PM **Nro Cita:** 686184

Nombre: DYLAN SAMUEL VASQUEZ RODRIGUEZ **Documento:** 1071789324

Empresa Responsable: NUEVA EPS S.A.

Contrato: CAPITADO SUBSIDIADO **Usuario:** DAYRA MARCELA MOLINA N

Especialidad: ENFERMERIA **Profesional:** SEBASTIAN CAMILO PECHA SANCHEZ

Procedimiento: R3280-PLANIFICACION

Lateralidad: **Consultorio:** ENFERMERIA 107

****

Observacion: COPIA DEL DOCUMENTO

****

Estimado(a) RECUERDE LLEGAR TREINTA (30) MINUTOS ANTES DE CUMPLIR LA CITA PARA FACTURAR, NO OLVIDE LA AUTORIZACIÓN DE LA EPS VIGENTE, ORDEN MEDICA, HISTORIA CLINICA, RESULTADO DE EXAMENES Y COPAGO O COUTA MODERADORA DEPENDIENDO DE SU CATEGORIA DE AFILIACIÓN, ¡GRACIAS!

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 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 / 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 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Luisa Juliana Gordillo [illegible]	FIRMA	Angie Rodriguez
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
16-03-2026	Planificacion familiar	HSVP	Sebastian Pecha

Documento elaborado por:	Luisa Juliana Gordillo Gordillo
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	04-03-2026.

Powered by CamScanner