Gobernación Cundinamarca

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

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 11-03/26. | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | HSVPN. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Andelin del Valle Portillo Escobar | EDAD: 28 AÑOS | | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | PPT 1015689 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Nemocon. | | | DIRECCIÓN: | Astorga. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3208863110. | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [X] / VINCULADO [ ] | CONTRIBUTIVO [V] / 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. Planificacion Familiar. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

El año pasado estaba haciendo proceso para el pomeroy y por problemas con la EPS anterio no realizo proceso

**AUTORIZACIÓN**

Yo Andelin del Valle Portillo Escobar Identificado ( a) con PPT número 1015689 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 | Luz Jamile Buitrago Velasquez | FIRMA | Andelin Portillo. |
| CARGO | Auxiliar de Enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | Luz Jamile Buitrago V | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Jamile Buitrago Velasquez |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 11-02/26. |

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 | 16-03/26 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | HSUPN. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO : | Santiago Guarin Urquijo. | EDAD: | 24 Años | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 1003824338 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Nemocon | | | DIRECCIÓN: | Asturga. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3007473848. | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [ ] / VINCULADO [ ] | CONTRIBUTIVO [V] / 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. Psicologia. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Santiago Guarin Urquijo Identificado ( a) con CC número 1003824338. 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 | Luz Yamile Buitrago Velasquez | FIRMA | |
| CARGO | Auxiliar de Enfermeria. | OCUPACIÓN | Adm. finca. |
| FIRMA | | FIRMA | Santiago Guarin |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Yamile Buitrago Velasquez |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 16-03/26. |

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** | 16-03/26 | | **E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA** | | HSVPN. |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:** | Karen Daniela Cruz García | **EDAD:** 23 AÑOS | | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | CC 1062414279. |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | Nemocon. | | | **DIRECCIÓN:** | Astorga. |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3006862737. | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐ | CONTRIBUTIVO ☑ / SIN AFILIACIÓN ☐ | ESPECIAL ☐ | **EPS/EAPB** | NEPS. |
| 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. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Karen Daniela Cruz Garcia Identificado ( a) con CC número 1062414279 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** | Luz Yamile Buitrago Velásquez | **FIRMA** | Karen Cruz. |
| **CARGO** | Auxiliar de Enfermería. | **OCUPACIÓN** | hogar. |
| **FIRMA** | Yamile Buitrago | **FIRMA** | Karen D. Cruz |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Yamile Buitrago U. |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 16-03/26. |

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 | 11-03/26 | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | | HSUPN. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Sara Victoria Mora Portillo | EDAD: | 22 meses | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC 1075694611 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Nemocon. | | | DIRECCIÓN: | Astorga. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3208863110. | | | 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. Valoración Integral para la primera Infancia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Sara Victoria Mora Portillo Identificado ( a) con RC número 1075694611 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 | Luz Yamile Buitrago Velosquez | FIRMA | (madre) Andelin Portillo |
| CARGO | Auxiliar de enfermería. | OCUPACIÓN | Hogar. |
| FIRMA | Yamile Buitrago V | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Yamile Buitrago Velosquez |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 11-03/26 |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

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

**FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACIÓN | 11-03/26 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | HSUPN |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Alan David Portillo Escobar | EDAD: | 6 años | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | RC 1023044131 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Nemocon | | | DIRECCIÓN: | Asturga. |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3208863110. | | | 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: | | | | | |

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

| | |
|---|---|
| 1. Valoración Integral para la Infan | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Alan David Portillo Escobar Identificado ( a) con RC número 1023044131 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 | Luz Jamile Buitrago Velasquez | FIRMA | (mama) Adelin Portillo |
| CARGO | Auxiliar de Enfermeria. | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Jamile Buitrago Velasquez |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 11-03/26. |

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 | 10-03/26 | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | HSUPN. |
| NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO: | Luis Alfonso Jimenez G | EDAD: | 74 Años | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 333383 |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Nemocon. | | | DIRECCIÓN: | Astorga |
| TELEFONO DE CONTACTO: | 3203764186. | | | TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO: | |
| TIPO ASEGURAMIENTO: | SUBSIDIADO [Y] / 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. Medicina | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

Yo Luis Alfonso Jimenez Grande Identificado ( a) con CC número 1333387 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 | Luz Yamile Buitrago Velasquez | FIRMA | |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar. |
| FIRMA | Yamile Buitrago V | FIRMA | |

**SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES**

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

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | Luz Yamile Buitrago V |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | 18-03/26. |

Powered by CamScanner