Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 23/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | Guatavita | | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 3058456 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES: | Moises | APELLIDOS | Sarmiento Rodriguez | EDAD | 72 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Vejez | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | 3115199341 | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Medicina general | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Moises Sarmiento Identificado ( a) con CC número 3058456 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 | Lavadice Fonseca | NOMBRE | Moises Sarmiento |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | ganado |
| FIRMA | | FIRMA | Moises Sarmiento |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina general | 23/02/2026 | ESE H6 | Perez Betancourt Luis Francisco |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 20/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 51767896 | DIRECCIÓN: | Conales | | |
| NOMBRES | Ana leonor | APELLIDOS | Gonzales | EDAD | 62 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3115199341 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | F |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | VEJEZ | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Ana leonor Gonzalez Identificado ( a) con CC número 51767896 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 | Laudice Feo ortiz | NOMBRE | Ana leonor Gonzalez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Ana Leonor Gonzalez |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS/ERICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que preta los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| odontologia | 23/02/2026 | ESE H G | Arevalo Muñoz Jennifer Zulay |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1071145580 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES | Jaime Humberto | APELLIDOS | Sarmiento | EDAD | 31 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3118516086 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Jaime humberto sarmiento identificado ( a) con CC número 1071145580 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 | laudica Feo ortiz | NOMBRE | Jaime humberto Sarmiento |
| CARGO | Auxiliar de enFermeria | OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | | FIRMA | Jaime |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Odontologia | 23/02/2026 | ESEHG | Arevalo Muñoz Jennifer Zulay |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 20/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Gutavita | E.S.E. HOSPITAL | | Gutavita | |
| Tipo de identificacion | RC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1071145061 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES | Sara yuliana | APELLIDOS | Sarmiento castañeda | EDAD | 7 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3118516086 | Nombre de la EPS / EAPB | FamiSanar | IPS / EAPB | Gutavita | GENERO | F |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | P. infancia | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Publica |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Sara yuliana sarmiento Identificado ( a) con RC número 1071145061 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 | Laudice Fco Ortiz | NOMBRE | Sara liliana Cartañeda |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | hogar |
| FIRMA | | FIRMA | sonialiliana castañeda |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Odontologia | 23/02/2026 | ESE H 6 | Arevalo Muñoz Jennifer Zulay |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 23/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1071143952 | DIRECCIÓN: | Corales | | | |
| NOMBRES | Sonia Liliana | APELLIDOS | Castañeda peñuela | EDAD | 29 | | | |
| NÚMERO DE CONTACTO. | 3195516096 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | F | |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun PIAS | Otros eventos de interes en salud Publica | |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | | |

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

| | |
|---|---|
| 1. odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Sonia Liliana Castañeda Identificado ( a) con CC número 1071143952 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 | Laudice Feo Ortiz | NOMBRE | Sonia Liliana Castañeda |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Sonia Liliana Castañeda |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| odontologia | 23/02/2026 | ESEH6 | Girardo Beltrago Sara Manuela |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 20/02/2023 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1032376582 | DIRECCIÓN: | Corales | | | |
| NOMBRES | Yobani Jesus | APELLIDOS | Rodriguez Sarmiento | EDAD | 39 | | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3103354984 | Nombre de la EPS / EAPB | Nueva EPS | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M | |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública | |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Yobani Jesus Rodriguez Identificado ( a) con CC número 1032376582 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 | Laudice Feo ortiz | NOMBRE | Yobani Jesus Rodriguez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Ganado |
| FIRMA | | FIRMA | |

## SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| odontologia | 23/02/2026 | ESEH G | Giraldo Beltrago Sara Manuela |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 20/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Gachavita | E.S.E. HOSPITAL | | Gachavita | |
| Tipo de identificacion | RC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1023992886 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES | Dominic Mathias | APELLIDOS | Rodriguez | EDAD | 2 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 1023992886 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Gachavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | P.in cia | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Publica |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Dominic Mathias Rodriguez Identificado ( a) con RC número 1023992886 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 canalizacion.

| PROFESIONAL QUE CANALIZA | | USUARIO CANALIZADO | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Laudive Leo | NOMBRE | Dominic Mathias Rodriguez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Deisy López |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Odontologia | 23/02/2026 | ESEHG | Giraldo Buitrago Sara Manuela |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 20/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 1069303061 | DIRECCIÓN: | carrles | | |
| NOMBRES | Deisy Johana | APELLIDOS | lopez Sarmiento | EDAD | 19 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3144559209 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | F |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adolescencia | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Deisy Johana lopez sarmiento identificado ( a) con CC número 1069303061 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 | Laurice Feo ortiz | NOMBRE | Deisy Johana López Sarmiento |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Hogar |
| FIRMA | | FIRMA | Deisy López |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Odontologia | 23/02/2026 | E.S.E H G | Giraldo Buitrago Sara Manuela |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 23/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | cc | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 3192054 | DIRECCIÓN: | Comps | | |
| NOMBRES: | Edgar Alfonso | APELLIDOS | Martinez Almanza | EDAD | 57 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3212755174 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Publica |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

| | |
|---|---|
| 1. Odontologia | 4. |
| 2. Medicina general | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

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 | Laudice Feo | NOMBRE | Edgar Alfonso Martinez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | | FIRMA | Edgar Martinez A. |

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVO-EFICIENTE (este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| odontologia | 23/02/2026 | ESE H G | Arevalo Muñoz Jennifer Zulay |
| Medicina general | 23/02/2026 | ESE H G | Perez Betancour Luis Francisco |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISIÓN INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 20652427 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES | Margarita | APELLIDOS | Jimenez Bautista | EDAD | 46 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3229589941 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | F |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultez | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Publica |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

| | |
|---|---|
| 1. medicina general | 4. |
| 2. citologia | 5. |
| 3. odontologia | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Margarita Jimenez Identificado ( a) con CC número 20652427 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 | Yaudice Fco ortiz | NOMBRE | Margarita Jimenez Bautista |
| CARGO | Auxiliar de Enfermería | OCUPACIÓN | [redacted] |
| FIRMA | | FIRMA | |

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVO/DEFICIENTE (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina general | 24/02/2026 | ESE H G | IBOGON ROJAS Mariana |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 19/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 80210993 | DIRECCIÓN: | | Comales | |
| NOMBRES | Jorge armando | APELLIDOS | Prieto Rodriguez | EDAD | 43 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3202503504 | Nombre de la EPS / EAPB | Nueva EPS | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Ecografias | 4. |
| 2. Solicitar citas | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACION

Yo Jorge armando Prieto Identificado ( a) con CC número 80210993 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 | Laudive Feo ortiz | NOMBRE | Jorge Prieto | |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | | Agricultor |
| FIRMA | | FIRMA | | Jorge Prieto |

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prelar los servicios)

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Ecografias | 21/02/26 | ESEHG | Miguel angel rivera Salgado |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 19/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 80564435 | DIRECCIÓN: | Corrales | | |
| NOMBRES | Anatolio | APELLIDOS | Rodriguez | EDAD | 65 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3125083931 | Nombre de la EPS / EAPB | Nueva EPS | IPS / EAPB | Guatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | vejez | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN**

| | |
|---|---|
| 1. Sisben | 4. |
| 2. Medicina general | 5. |
| 3. odontologia | 6. |

**OBSERVACIONES**

**AUTORIZACIÓN**

Yo anatolio Rodriguez identificado ( a) con CC número 80564435 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 | Yaudire Feo Ortiz | NOMBRE | anatolio Rodriguez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | hogar |
| FIRMA | | FIRMA | anatolio |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS/EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Sisben | 19/02/2026 | ESEH G | Sonia Bernal |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 19/02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA: | Guatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Guatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 80564435 | DIRECCIÓN: | Corales | | |
| NOMBRES | Rodolfo | APELLIDOS | Ramos Garzon | EDAD | 44 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO. | 3142309647 | Nombre de la EPS / EAPB | | IPS / EAPB | | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun PIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Rodolfo Ramos Garzon Identificado ( a) con CC número 80564435 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 | Laudice Fco Ortiz | NOMBRE | Rodolfo Ramos |
| CARGO | Auxiliar de Enfermeria | OCUPACIÓN | agricultor |
| FIRMA | | FIRMA | RODOLFO RAMOS |

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Sisben | 19/02/2026 | ESE H G | Sonia Bernal |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

**FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACION A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE CANALIZACION | 02/2026 | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | Gatavita | E.S.E. HOSPITAL | | Gatavita | |
| Tipo de identificacion | CC | No. DE IDENTIFICACIÓN: | 80564330 | DIRECCIÓN | Centes | | |
| NOMBRES | Luis Manuel | APELLIDOS | Rodriguez Sarmiento | EDAD | 44 | | |
| NÚMERO DE CONTACTO: | 3212805296 | Nombre de la EPS / EAPB | Famisanar | IPS / EAPB | Gatavita | GENERO | M |
| Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud | Adultos | Canalizacion profesionales de APS | | Otro tipo de canalizacion | | Grupos de riesgo segun RIAS | Otros eventos de interes en salud Pública |
| Canalizacion a servicios sociales | | otro tipo de canalizacion | | cual | | | |
| Breve descripcion que motiva la canalizacion | | | | | | | |

| SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN | |
|---|---|
| 1. Medicina general | 4. |
| 2. Ordenes autorizar | 5. |
| 3. | 6. |

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Manuel Rodriguez Identificado ( a) con CC número 80564330 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 | Laudice Feo | NOMBRE | Luis Manuel Rodriguez |
| CARGO | Auxiliar de enfermeria | OCUPACIÓN | Agricultor |
| FIRMA | | FIRMA | |

**SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)**

| SERVICIO | FECHA | IPS | FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO |
|---|---|---|---|
| Medicina general | 23/02/2026 | ESE HG | Ibagon Rojas Mariana |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elabrado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

Powered by CamScanner