Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD 13109157

FECHA DE CANALIZACIÓN	19 marzo 126		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Pastor Jimenez Tribaldo	EDAD: 68		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1927925
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Macheta			DIRECCIÓN:	Garcia
TELEFONO DE CONTACTO:	3124556052			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115319081
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Sanitas
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina general.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza formato de canalización a usuario quien no asiste al servicio medico hace varios años ya que refiere no tener el punto de atencion cercano mediante la cual remitir al en salud se realiza tramite para portabilidad en puesto de salud.

AUTORIZACIÓN

Yo Pastor Jimenez. Identificado (a) con CC número 1927925. 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	Yenifer Cobaleda.	FIRMA	Pastor J.
CARGO	Auxiliar enfermeria.	OCUPACIÓN	Pensionado
FIRMA	Yenifer C.	FIRMA	Pastor J.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria.
Fecha Elaboración	19/03/26.

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	19/marzo/26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	NIDIA Mercedes Tellez	EDAD: 65		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41784619
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Machetá			DIRECCIÓN:	Gaucca
TELEFONO DE CONTACTO	3124556052			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115319089
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Sanitas.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud Machetá.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza toma de canalización a usuaria quien por medio de la corresponsal en salud se realiza tramite de portabilidad para el puesto de salud.

AUTORIZACIÓN

Yo Nidia Jimenez Identificado (a) con CC número 41784619 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	Yenifer Castañeda.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	YeniferC	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	YeniferC.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria.
Fecha Elaboración	19/03/26.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD 08/07/2013

FECHA DE CANALIZACIÓN	19/3/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Maria Jose endet Mendet	EDAD: 12.		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1115861887
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Pacheta			DIRECCIÓN:	Gazuca bajo
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3124814103
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia		Canalización Equipo Básico		SI / NO X
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud Pacheta				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Padre de la menor refiere NO colocarle la vacuna de VPH.

AUTORIZACIÓN

Yo Oscar Eduardo Endet Identificado (a) con CC número 86079466 por medio de mi firma SI __ NO X autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Yenifer Castañeda.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermería.	OCUPACIÓN	
FIRMA	Yenifer C.	FIRMA	Oscar Endet

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	Aux-Enfermera.
Fecha Elaboración	19/03/26.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD 2/5/18.

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	19-03-26.		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Yeik Endet Mendet		EDAD: 7.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1074908720.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Machetá			DIRECCIÓN:	Garzas
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3129819103
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Infancia		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud Machetá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General	4.
2. Odontologica	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza al menor al servicio de medicina general y odontologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Oscar Eduardo Endet Identificado (a) con CC número 86070460 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	Yenifer Castañeda.	FIRMA	
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	OFICIOS VARIOS
FIRMA	YeniferC	FIRMA	XOscar End

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria.
Fecha Elaboración	19/03/26.

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 14/12/2011

FECHA DE CANALIZACIÓN	25/03/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Juan Pablo Pico Mendez	EDAD: 14		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1029287782
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Machetá.			DIRECCIÓN:	Garuca Bajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3183461145			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS	Adolexencia.		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 Adolexente.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Derailza Canalización a control del adolexente ya que se le brinda educacion a la acudiente (Mamá) y le interesa asistir con su hijo a esa cita.

AUTORIZACIÓN

Yo Ruby Paola Mendez Identificado (a) con CC número 1024463933 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	Yenifer Castaneda.	FIRMA	Paola M.
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Acudiente.
FIRMA	Yenifer C.	FIRMA	Ruby Paola M.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Consulta Joven	14/04/26 3:00pm	P.S Machetá	Dra. Karen Patiño

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	Auxiliar Enfermeria.
Fecha Elaboración	25/03/2026

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

20/12/67

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25/3/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Javier Penilla Neira		EDAD: 64	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79290526
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Machete			DIRECCIÓN:	Gonzalo Sur
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3193552697
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	coosalud
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS	Adulto		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	[X] SI	NO [ ] Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Mediana General	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza canalizan a usuario a medicina general 99 que refiere no asiste al servicio medico hace mas de dos años.

AUTORIZACIÓN

Yo Javier Penilla Neira Identificado (a) con CC número 79290526 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	Yenifer Castañeda.	FIRMA	Javier.
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA	Yenifer C.	FIRMA	[huella]

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
MEDICINA GENERAL	13/04/26 8:40am	P.S. Machetá	Dra Olga Mallarc.

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	25/03/26
Fecha Elaboración	Aux. Enfermería

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD 23105186

FECHA DE CANALIZACIÓN	25/03/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ruby Paola Mendez	EDAD: 39		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024463933
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Macheta			DIRECCIÓN:	Gazuca Bajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3183461145			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS	Adulter		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios Institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control Adulter	4.
2. Citologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza usuaria a control Adulter y citologia, por medio de la consejeria en salud se realiza el tramite para el cambio del lugar de atencion de la usuaria.

AUTORIZACIÓN

Yo Ruby Paola Mendez Identificado (a) con CC número 1024463933 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	Jenifer Castañeda	FIRMA	Paola M.
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Ubal Emergente
FIRMA	Jenifer C.	FIRMA	Ruby Paola Mendez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Consulta Adulter	14/04/26 2:40pm	P.J. Macheta	Dra. Karen Perdomo
Citologia	14/04/26 2:20	P.J. Macheta	Enfermera Paulina P.

Documento elaborado por:	Jenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	25/03/26

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

151051983

FECHA DE CANALIZACIÓN	25/03/2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			H.S.M.P.C
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Arnulfo Andres Moreno	EDAD: 42		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74282841
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Machetá.			DIRECCIÓN:	Garza Bajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3133979371			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Coosalud
Grupos de riesgo según RIAS	Adultez	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario quien refiere tener molestia dolor hace unos dias en una muela y no poder comer y masticar bien. Tambien refiere que le interesa asistir a consulta por medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Arnulfo Andres Moreno Identificado (a) con CC número 74282841 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	Jenifer Cañaveda	FIRMA	Arnulfo A.
CARGO	Auxiliar enfermeria.	OCUPACIÓN	Agricultura
FIRMA	Jenifer C.	FIRMA	Arnulfo Moreno

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina General	14/04/26 10:00am	P.S. Machetá	Dra Karen Perdomo
Odontologia	14/04/26 9:30am	P.S. Machetá	Dra. Laura M. Lopez

Documento elaborado por:	Jenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. enfermeria
Fecha Elaboración	25/03/26.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

03102165

FECHA DE CANALIZACIÓN	26/03/26.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			H.S.H.P.C
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Maria Hernandez	EDAD: 61		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20720693
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Machetea			DIRECCIÓN:	San Bernabe
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3112844 8064
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Coosalud.
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez.		Canalización Equipo Básico		SI [X] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud Machetea				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Control vejez	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza canalización a usuaria a control de vejez ya que refiere no asistir al servicio medico hace mas de un año.

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Hernandez Identificado (a) con CC número 20720693 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	Yenifer Castaneda	FIRMA	Maria H.
CARGO	Auxiliar Enfermeria.	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Yenifer C.	FIRMA	Maria Elena Hernandez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Consulta Adulter	1604/26 1100	P.S. Machetea	Dra Karen P.

Documento elaborado por:	Yenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria.
Fecha Elaboración	26/03/26

Atentamente.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD PIOGISS

FECHA DE CANALIZACIÓN	26/03/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Miguel Garzon	EDAD: 71		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	316997
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Macheta			DIRECCIÓN:	San Bernabe
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Coosalud
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez		Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios Institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de salud Macheta.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario quien refiere tener una muela que se le mueve y se le hace difícil comer, se realiza canalizacion al servicio de odontologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Miguel Garzon Identificado (a) con CC número 316997. 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	Jenifer Castaneda	FIRMA	Miguel B.
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Jenifer C.	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontologia	16/04/26 12:30	P.S. Macheta	Dra. Laura Espana

Documento elaborado por:	Jenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	26/03/26

Ha un 2acs

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD 24/12/43

FECHA DE CANALIZACIÓN	31/03/2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			H.S.M.P.C.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Alcides Ramirez	EDAD: 82		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	316396
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Macheta.			DIRECCIÓN:	Garcia Bajo
TELEFONO DE CONTACTO:	3144680667.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	Coosalud.
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez.		Canalización Equipo Básico		SI X / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI / NO X	Canalización a servicios sociales	SI X / NO
IPS DE ATENCIÓN:	Restrepo Salud.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Desarrollo Social	4.
2. Vivienda.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza visita de caracterizacion familiar donde se evidencia nucleo familiar de 3 adultos mayores, quienes viven en casa antigua de adobe, piso de tierra, techo de paja, no cuenta con baño sanitario, ni lavadero y su habitacion esta en condicion precaria, se realiza Acta donde se remite a Desarrollo Social y Personeria.

AUTORIZACIÓN

Yo Alcides Ramirez Identificado (a) con CC número 316396 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	Jenifer Castañeda.	FIRMA	Alcides R.
CARGO	Auxiliar Enfermeria	OCUPACIÓN	Agricultura
FIRMA	Jenifer C	FIRMA	Alcides Ramire

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Jenifer C.
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	31/03/26.

Powered by CamScanner