Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FN 12-05-68

FORMATO DE REMISION INSTITUCIONAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	19-03-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Gacasca	E.S.E. HOSPITAL	San Antonio	Gualeuta	
Tipo de identificacion	PPT	No. DE IDENTIFICACIÓN:	6092683	DIRECCIÓN:			
NOMBRES	Yalarbi Camilo	APELLIDOS	Salas	EDAD			
NUMERO DE CONTACTO	3132018881	Nombre de la EPS / EAPB	NUEVA EPS	IPS / EAPB	Gacasca	GENERO	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		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. Control Cronico	4.
2.	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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Yalarbi Salas

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

Documento elabrado por:

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

	19-03-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guasca	E.S.E. HOSPITAL	San Antonio	Guatavita	
	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	2067021U	DIRECCIÓN:	La Floresta		
	Angelica Bahamon	APELLIDOS		EDAD			
	1069760514	Nombre de la EPS / EAPB	Compensar	IPS / EAPB	Guasca	GENERO	F
		Canalización profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Publica
		otro tipo de canalizacion		cual			

Control Cronico

4
5
6

_____ identificado (a) con ___ numero _____ 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Angelica Bahamon

DILIGENCIAMIENTO SERVICIO DE SALUD (ESTE ESPACIO ES EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL QUE PRESTAR LOS SERVICIOS)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE BUENAVENTURA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FN 20-4-85

	14-03-26	No. Historia de Identificación	Gonorrea	E.S.E. HOSPITAL	San Antonio de Getaucito		
		No. de identificación	Uretrago	DIRECCIÓN	La Floresta		
		EDAD	Faron Davez	EDAD			
		Nombre de la IPS ZUPS		IPS / EAPB		GENERO	
		Canalización contrarreferencia de IPS		Otro tipo de canalización		Grupos de riesgo según RIAS	
		Otro tipo de canalización		cual			

Vacunación Adulez

1
2
3

_____ 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	
		OCUPACIÓN	
		FIRMA	Martín Pabón

(Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que prestar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por	
Apoyo técnico	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	2.3.26		Garzon		Floresta	4506	
	26 Feb 2026		Olga Gonzalez		80		
			fms		cont	CSG	F

Alergia a cefalosporina

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.

USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Olga Garzon

	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

G7.

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	19-3-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guasca.	F.S.E. HOSPITAL		HSM6	
Tipo de identificacion		No. DE IDENTIFICACIÓN:	52091603	DIRECCIÓN:	la Floresa		
NOMBRES	Yoni Nancy	APELLIDOS	Delgado Leon.	EDAD	38 a.		
NUMERO DE CONTACTO	3103947999	Nombre de la EPS / EAPB	Ems	IPS / EAPB	Cond	CS6	GENERO F
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		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						1-7-67	

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1.	Consulta Adultez.	4.	
2.	Citologia-	5.	
3.	Mamografia.	6.	

OBSERVACIONES: en horas de la tarde. 3:30 pm. y llevar en la tarde.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ___ numero _____ 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		NOMBRE	
CARGO		OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

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

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner