Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Ficha.
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD II

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	02/03/26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN.	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Carolina Alcaraz P	EDAD: 16 a	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	TI 1041531390	FN. 2010 09.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon		DIRECCI"N:	Vda Checua.	
TELEFONO DE CONTACTO:	3112398352		TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		EPS/EAPB	Famisanar	
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.	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 ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria sin vacuna de vph

AUTORIZACI"N

Yo Mateo Pregoa 1069101234 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	Natalia Sanabria.	FIRMA	Mateo P.
CARGO		OCUPACI"N	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÖA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 14.

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	02/03/26		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		HSVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Darwin Ramos	**EDAD:** 15a		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	TI 1076[illegible]
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			**DIRECCI"N:**	Vda Checua
TELEFONO DE CONTACTO:	3203997678			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Nueva Eps
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FN 27/2 2011.

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor sin vacuna de vph

AUTORIZACI"N

Yo Olga Maria Troncoso Identificado (a) con CC número 20985467 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	
NOMBRE	Natalia Sanabria
CARGO	Aux de enf
FIRMA	Natalia

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	@ Olga M Troncoso 03
OCUPACI"N	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Ficha 15
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	210312026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Monica Sanabria.	EDAD: 36a		TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	CC.1102042446 FN 2110 89
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon.			DIRECCI"N:	Vda Checua.
TELEFONO DE CONTACTO:	3104183509 18			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva. EPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria sin control de odontologia, solo puede citas en la tarde

AUTORIZACI"N

Yo Monica Sanabria Sanchez Identificado (a) con CC número 1102042446 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	Natalia Sanabria Blanco	FIRMA	Monica Sanabria S.
CARGO	Aux de enf	OCUPACI"N	Florez
FIRMA	Natalia S.	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Ficha 15

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	210312 6.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSV PN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Mariam Martinez	EDAD: 3.		TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	RC 1056032619
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCI"N:	Vda Chewa.
TELEFONO DE CONTACTO:	3104835098			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	NEPS
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.	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 ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FN. 05/7/22

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor sin control de odontologia, cita solo en la tarde

AUTORIZACI"N

Yo Monica Sanabria Identificado (a) con CC número 1102042446 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	Natalia Sanabria	FIRMA	Monica Sanabria
CARGO	Aux enf	OCUPACI"N	Madre.
FIRMA	Natalia S.	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD Ficha 15

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	02/03/2026	**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**			HSV PN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Camila Martinez	**EDAD:** 11 a.		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	TI 1034323402
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			**DIRECCI"N:**	Vda Checua.
TELEFONO DE CONTACTO:	3104835098			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]		**EPS/EAPB**	NEPS
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.	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 ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FN. 15/2/15

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor sin controles de odontologia.

AUTORIZACI"N

Yo Monica Sanabria Identificado (a) con C.C número 1102412046 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	Natalia Sanabria.	**FIRMA**	Monica Sanabria
CARGO	Aux de enf	**OCUPACI"N**	Madre
FIRMA	Natalia SP	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 21.

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11 3/26		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Rosa Maria Acosta.	**EDAD:** 92	**TIPO Y N/MERO DE IDENTIFICACI"N:**	CC 20560914	FN! 312 34
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon.		**DIRECCI"N:**	Vda Checua.	
TELEFONO DE CONTACTO:	3247356574.		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			**EPS/EAPB**	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [X] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [X]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Se cita usuaria a jornada de salud el dia 26/3/26

AUTORIZACI"N

Yo Rosa Acosta Identificado (a) con CC número 20560914 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	
NOMBRE	Natalia Sanabria
CARGO	Aux de enf
FIRMA	Natalia SP

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Rosa Maria
OCUPACI"N	Hogar
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina interna	26/03/26	HSVPN	Jornada de salud

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 22

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11/3/26		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Yessica Carolina Poveda	**EDAD:** 23	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**		Cc 1003775353
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón		**DIRECCI"N:**		Vda Checua.
TELEFONO DE CONTACTO:	3203357806.		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐		ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI ☒ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FN. 7/5/02

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria sin control, solo pide en la tarde

AUTORIZACI"N

Yo Yessica Poveda. Identificado (a) con CC número 1003775353 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	
NOMBRE	Natalia Sanabria
CARGO	Aux de enf
FIRMA	Natalia SP

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yessica Poveda
OCUPACI"N	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina general	26/3/26 2pm	HSVPN	Jornada de salud
odontología	26/3/26 3pm	HSVPN	Jornada de salud

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 22

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	1113126		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		Hosp PN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	erick david Martinez	**EDAD:**		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	R.C 1069102593
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon.			**DIRECCI"N:**	Vda Checua
TELEFONO DE CONTACTO:	3203357806			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FN. 27/01/23.

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. odontologia	4.
2. Pediatria	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor sin control de odontologia.

AUTORIZACI"N

Yo Yesica Poveda Identificado (a) con CC número 1003775353 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	Natalia Sanabria P.	**FIRMA**	Yessica Poveda
CARGO		**OCUPACI"N**	
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
odontologia	2613126 3pm	HSVPN	Jornada desarrollo

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Ficha 23

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11/3/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Reina Custodia Anzola	EDAD:	44	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	cc 52858195
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCI"N:	vda Chequa
TELEFONO DE CONTACTO:	3229616728			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	NEPS
Grupos de riesgo según RIAS	Cardiovascular		Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCI"N:	Hospital Sucursal de Red				

FN. 25/2 81

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Secretaria para jornada de salud

AUTORIZACI"N

Yo Reina Anzola Identificado (a) con CC número 52881.95 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	Natalia Sombra	FIRMA	Reina Anzola
CARGO	Aux de enf	OCUPACI"N	Hogar
FIRMA	Natalia	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
medicina general	26/3/26 12pm	HSVPN.	Jornada de salud

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	/

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 23

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11/3/26	**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**			HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Guillermina Arzola	**EDAD:**	94.	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	CC 21085550
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			**DIRECCI"N:**	vda Checua
TELEFONO DE CONTACTO:	3239616928			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			**EPS/EAPB**	NEPS.
Grupos de riesgo según RIAS	Cardiovascular	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [X] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCI"N:	Tipaquira. - Nemocón.				

FN. 15/7/31.

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Se cita usuaria a jornada de salud a valoración por medicina interna

AUTORIZACI"N

Yo Reina Arzola. Identificado (a) con CC número 52858195 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	Natalia Sanabria	**FIRMA**	Reina Arzola
CARGO	Rx de enf	**OCUPACI"N**	
FIRMA	Natalia SS	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Med interna	26/3/26	HSVPN	Jornada Salud Sabana

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 23

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11/3/26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HOVPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ovidio Rueda	EDAD:	80	TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	CC 3116134
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			DIRECCI"N:	1/ da chacua.
TELEFONO DE CONTACTO:	3239616728			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X CONTRIBUTIVO ESPECIAL VINCULADO SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	NEPS
Grupos de riesgo según RIAS	Cardiovascular	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 ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul.				

FW 3118 45

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Se cita usuario a jornada de salud en Vda Suata para valoracion por medicina interna

AUTORIZACI"N

Yo Reina Arboleda Identificado (a) con CC número 52850195 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	Natalia Sanabria	FIRMA	
CARGO	Aux de enf	OCUPACI"N	
FIRMA	Natalia S	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Md interna	26/3/26.	HOVPN	Jornada de salud

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÕA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 26

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	11/3/26.	**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**			Hosp PN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Leidy Milena Santos	**EDAD:** 29		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	cc 1093802917
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			**DIRECCI"N:**	Vda Checua
TELEFONO DE CONTACTO:	3134590942			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	NEPS
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San Vicente de Paul				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Enfermería.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Vovariasn. control de método de planificación

AUTORIZACI"N

Yo Leidy Santos Identificado (a) con Ce número 1093802917 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	Natalia Sanabria.	**FIRMA**	de AYDIS.
CARGO	Aux dcenf	**OCUPACI"N**	
FIRMA	Natalia S.	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

FN. 01/10/96

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÖA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 26

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	01/3/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hosvpn.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Gustavo Valderrama	**EDAD:** 41.		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	cc 80549486
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			**DIRECCI"N:**	Vda Casablanca
TELEFONO DE CONTACTO:	3102377780.			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			**EPS/EAPB**	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS	Ninguno.		Canalización Equipo Básico		SI ☒ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☒	Canalización a servicios sociales	SI ☒ NO ☐
IPS DE ATENCI"N:	Zipaquira.				

FN. 1/7 84.

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Portabilidad	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuario solicita ayuda para portabilidad en el municipio

AUTORIZACI"N

Yo José Gustavo Valderrama identificado (a) con CC número 80549486 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	Natalia Sonabre	**FIRMA**	Gustavo V.
CARGO	Aux de enf	**OCUPACI"N**	
FIRMA	Natalia S	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Ficha 10

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	15/3/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Geraldin Riveros	EDAD: 23.		TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:	dc1003660806
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.			DIRECCI"N:	Vda Casablanca.
TELEFONO DE CONTACTO:	3019469966			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 X	Canalización servicios institucionales	SI / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCI"N:	Hospital San vicente de Paul				

FN. 5/3/03

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ginecologia	4.
2. Psicologia	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Se cita vacuna en forma de salud en patio bonito, segun lo indica la vacuna. Tuvo perdida fetal

AUTORIZACI"N

Yo Geraldin Riveros Identificado (a) con CC número 1003.660806 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	Natalia zanabria	FIRMA	Geraldin Rivera.
CARGO	Auxiliar enfermeria	OCUPACI"N	
FIRMA	Natalia	FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner