

30-9-2000

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	Sangre de Pavo
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Yesica Dayana	EDAD: 25 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 1005994513
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nemocon	DIRECCIÓN:	Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3174621784	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	EPS/EAPB	Famisanar
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:	Nemocon		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO			
1. Planificación		4.	
2.		5.	
3.		6.	
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Sin control en planificación			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>Dayana Cupitra</u> Identificado (a) con CC número 1005994513			
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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	Ocupación	
FIRMA		FIRMA	<u>Dayana Cupitra</u>
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Planificación			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APD
Fecha Elaboración	25-3-2026

15-10-62



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Maria del Carmen Quintero	EDAD: 63 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 21058187
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nemocón	DIRECCIÓN:	Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3133992555	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐ EPS/EAPB: Jamisana
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:	Nemocón		

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente con dx Diabetes Artrosis. Para control con medicina general

AUTORIZACIÓN

Yo Maria del Carmen Quintero 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

NOMBRE	Andrea Quintero
CARGO	Aux Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Maria del Carmen Quintero

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina General	25-3-2026	Nemocón	

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	AP5
Fecha Elaboración	25-3-2026

22-3-22



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Yajaira Crespo Fernandez		EDAD	3 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Hemocom		DIRECCIÓN	Susata	
TELÉFONO DE CONTACTO	3209570360		TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO		
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
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: Hemocom

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatría	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor quien no asistido a Pediatría

AUTORIZACIÓN

Yo Yoselina Fernandez Identificado (a) con PPT número 8227231
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

NOMBRE	Andrea Quintero
CARGO	Auxiliar de enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
OCUPACIÓN	T formal
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:

Andrea Quintero
APS

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

25-3-2026

17-6-2023

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2020		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Jader Adul Fernandez M.		EDAD:	2an	OTRO PAIS 31359778
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Hemecan		DIRECCIÓN:		Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3222049089		TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐		EPS/EAPB
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☒			
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:					
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO					
1. Aseguramiento		4.			
2.		5.			
3.		6.			
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Venir con documento de otro país, sin aseguramiento Se educa					
AUTORIZACIÓN					
Yo Jader Adul Fernandez Joelina P. Identificado (a) con PPT número 6227201 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	Andrea Quintero		FIRMA		
CARGO	Auxiliar de Enfermería		Ocupación		
FIRMA			FIRMA	x/psolina	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER		
Aseguramiento					

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	AP3
Fecha Elaboración	26 3-2020

7-10-2004

 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	28-03-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Neimar Ivana Fernandez	EDAD	22 años
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nemoran	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	N° 31725 552
TELÉFONO DE CONTACTO	Nemoran 3135116835	DIRECCIÓN	Susata
TIPO DE ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☒	EPS/EAPB	
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:			
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO			
1. Aseguramiento	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Migrante sin documentación para ser afiliada a una EPS se orienta, según urgencia y realizar proceso			
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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Auxiliar de enfermería	Ocupación	
FIRMA		FIRMA	Neimar
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Aseguramiento			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	UPS
Fecha Elaboración	25-3-2026

22-2-2023

 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	25-03-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Kendry Eliacer Fernandez M		EDAD:	3 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Mamorón		DIRECCIÓN:		Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3235116835		TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☒			Ancan Waypu
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:	Huacra - Quajira				
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO					
1. Pediatría			4.		
2.			5.		
3.			6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Menor sin control Pediatría					
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	Andrea Quintero		FIRMA		
CARGO	Auxiliar de enfermería		OCUPACIÓN		
FIRMA			FIRMA	C. Lema	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER		
Aseguramiento					

Documento elaborado por:

Andrea Quintero

Apoyo técnico:

APS

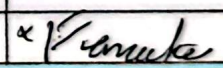
Fecha Elaboración

17-5-96

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN: 25-3-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA: San Vicente de Paul		
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO: Alber Fernandez Parques	EDAD: TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC de otro país 25200702		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Nemocan	DIRECCIÓN: Basato		
TELÉFONO DE CONTACTO: 3228473521	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☒	EPS/EAPS:		
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:			
Aseguramiento SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO			
1.	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Morale sin documentación, se educa para realizar proceso de Documento			
AUTORIZACIÓN			
Yo Alber Fernandez identificado (a) con CC número 25200702 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: Andrea Quintero	FIRMA:		
CARGO: Aux Enfermero	OCUPACIÓN:		
FIRMA:	FIRMA: 11/2/26		
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO: Aseguramiento	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración:	25-3-2026

24-9-2002

		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	25-3-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Fernando Juengo Jose Fernando	EDAD	2 Añ
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nimoca	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	COTROPAIS 31489135
TELÉFONO DE CONTACTO	3228473521	DIRECCIÓN	Susata
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☒	EPS/EAPB	
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:			
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO			
1. Aseguramiento	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Paciente sin documentación, se educa que debe realizar el procedimiento de documentos.			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>Fernando Juengo</u> Identificado (a) con <u>CV</u> número <u>31489135</u> 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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Aux enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Aseguramiento			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	25-3-2026

18-9-65

GOBIERNO DE CUNDINAMARCA		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD			
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD					
FECHA DE CANALIZACIÓN	11-04-2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Blanca Margarita Gomez		EDAD:	60 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 20758866
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nemocon		DIRECCIÓN:		Sucata
TELÉFONO DE CONTACTO	316 1540206		TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:		
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB: Pamsanar	
VINCULADO ☐		SIN AFILIACIÓN ☐			
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: 2ipagoiro					
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO					
1. Medicina General		4.			
2.		5.			
3.		6.			
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN					
Refiere que lleva mucho tiempo sin poder solicitar consulta					
AUTORIZACIÓN					
Yo <u>Blanca Gomez</u> identificado (a) con <u>CC</u> número <u>20758866</u> , por medio de mi firma <u>SI</u> <u>NO</u> autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.					
PROFESIONAL QUE CANALIZA			USUARIO CANALIZADO		
NOMBRE	Andrea Quintero		FIRMA		
CARGO	Aux. Enfermería		OCUPACIÓN		
FIRMA			FIRMA		
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES					
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER		
Medicina General		2ipagoiro			

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	11-04-2026

21-7-1962

 Gobierno de Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	11-04-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Jose Antonio Pinzon Torero	EDAD: 63 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 3102490
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Almoracon	DIRECCIÓN:	Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	316 1540206	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐ EPS/EAPB: Famisanari
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:	Zipaquira		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO			
1. Medicina General	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Refiere que lleva mucho tiempo sin consultas médicas. que los no les dan citas			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>Jose Pinzon</u> identificado (a) con <u>CC número 3102490</u> 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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermería	Ocupación	
FIRMA		FIRMA	Jose Pinzon
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina General		Zipaquira	

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	11-04-2026

14-01-2000

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	11-04-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San urgente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	María Katherine Pinton Gamboa	EDAD: 26años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: ca 1003480087
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón.	DIRECCIÓN:	Eusata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3224194058	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐ EPS/EAPB: Camisana.
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:	Nemocón		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO			
1. Medicina General		4.	
2.		5.	
3.		6.	
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Sin control de Medicina General			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>María Katherine Pinton Gamboa</u> identificado (a) con <u>ca</u> número <u>1003480087</u> 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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	María Pinton
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina General	15-4-2026	Nemocón	Camila Pareda

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	11-04-2026

8-4-21

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	12-04-2020	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Yader Alfonso González Antolima	EDAD: 5 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: RC 1069102337
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón	DIRECCIÓN:	Susata
TELÉFONO DE CONTACTO:	3223061851	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	
	VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐		
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:	Nemocón		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZÓ AL USUARIO			
1. Vacunación	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Sin vacuna esquema Santos, se educa y se informa que asista al hospital			
AUTORIZACIÓN			
Yo Yenisbeth Antolima		Identificado (a) con DNI número 5523800	
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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Asesora Enfermería	Ocupación	
FIRMA		FIRMA	Yenisbeth
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTÓ EL SER
Vacunación	12-04-20	Nemocón	

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	IPS
Fecha Elaboración	12-04-2020

13-2-17

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	12-04-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Enyerson Enrique Sarmiento	EDAD:	9 años
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	PPF-6513693
TELEFONO DE CONTACTO:	3223061YSI	DIRECCIÓN:	Susque
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐ EPS/EAPB Nueva OPS
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:	Nemacón		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO			
1. Vacunación	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Menor sin vacuna UPH			
AUTORIZACIÓN			
Yo Yenisbeth Antolima		Identificado (a) con PPF número 523806	
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	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Asa Enfermera	Ocupación	
FIRMA		FIRMA	X Yenisbeth
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	12-04-2026	Nemacón	

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-04-2026

2-6-66

 Gobernación Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	
FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD			
FECHA DE CANALIZACIÓN	12-04-2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Pedro Alejo Ruiz Rivera	EDAD: 59 años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC 31027 60
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón	DIRECCIÓN:	Susata 9
TELÉFONO DE CONTACTO:	3227968350	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ 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:	Nemocón		
SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO			
1. Medicina General	4.		
2.	5.		
3.	6.		
BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN			
Sin controles médicos			
AUTORIZACIÓN			
Yo <u>Pedro Ruiz</u> Identificado (a) con <u>CC</u> número <u>3102760</u> por medio de mi firma <u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.			
PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Andrea Quintero	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	
SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES			
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Medicina General	14-04-2026	Nemocón	Catalina Flores

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico:	APS
Fecha Elaboración	12-04-2026