Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20/04/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hospital Chocontá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Julia Mayorga Mora		EDAD: 19/02/1972	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	cc: 20493322
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá			DIRECCIÓN:	Predio De Sol
TELEFONO DE CONTACTO:	3112707733			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [/]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Compensar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	Hospital Chocontá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza ete para cita Medicina General para lectura de examenes con el fin de garantia los servicos de salud.

AUTORIZACIÓN

Yo Julia Mayorga Mora Identificado (a) con Cc número 20493322 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	Judith Baquero Jiménez	FIRMA	Julia Mayorga
CARGO	Auxiliar Enfermería	OCUPACIÓN	
FIRMA	Judith Baquero Jiménez	FIRMA	Julia Mayorga

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Judith Baquero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	20/04/2026

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	20/04/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Chocontá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Efraín Murcia Moyoga	EDAD: 14/01/1961		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3003446
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá	65 AÑOS		DIRECCIÓN:	Piedra de Sal.
TELEFONO DE CONTACTO:	3504370463			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Famisanar.
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:	Hospital Chocontá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicina General 09:30am.	4.
2. Vacunación Influenza.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza pte. adulto mayor al servicio de medicina general por presentar síntomas generales, vacunación influenza con el fin de garantizar los servicios en salud.

AUTORIZACIÓN

Yo Efraín Murcia Moyoga Identificado (a) con CC número 3003446 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	Judith Bocanegra	FIRMA	Efraín Murcia M
CARGO	Auxiliar en Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar.
FIRMA	Judith Bocanegra	FIRMA	Efraín Murcia M

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina.			
Vacunacion	Abril 2026	Hospital	Murcia Borrega.

Documento elaborado por:	Judith Bocanegra
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	20/04/2026

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

FECHA DE CANALIZACIÓN	22/04/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hospital Chocontá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ernesto Lopez Lopez	EDAD: 61 AÑOS		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 3003497
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá	15/05/1964		DIRECCIÓN:	Pueblo Viejo
TELEFONO DE CONTACTO:	3142954531			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3124455871.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [/]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
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:	Hospital Chocontá				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza pte a medicina general para control medico por dx de Hepatitis.

AUTORIZACIÓN

Yo Ernesto Lopez Lopez Identificado (a) con CC número 3003497 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	Judith Bocanegra
CARGO	Auxiliar Enfermeria
FIRMA	Judith Bocanegra

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Ernesto López
OCUPACIÓN	
FIRMA	Ernesto López

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Judith Bocanegra
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	22/04/2026

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Abril 2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Choconta
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Andrea Romero Parra	EDAD: 33 Años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC-23754370
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Choconta	08/05/1990		DIRECCIÓN:	Pueblo Viejo
TELEFONO DE CONTACTO:	3132902899			TELEFONO 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:	Hospital Choconta.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Resultado Toma Citologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza ete para entrega de resultado toma citologia. ya que no ha sido posible el resultado.

AUTORIZACIÓN

Yo Andrea Romero Parra Identificado (a) con C número 23754370 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	Judith Baquero
CARGO	Auxiliar Enfermeria
FIRMA	Judith Baquero.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Clara Romero
OCUPACIÓN	
FIRMA	Clara Romero

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Enfermeria	Abril 2026	Hospital.	Angie.

Documento elaborado por:	Judith Baquero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	Abril 2026.

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Abril 2026.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Hospital Chocontá
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Ethan Jose Diaz Gil	EDAD:	6 Años	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC=1069269838
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá	16/03/2026		DIRECCIÓN:	Rebolvejo.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144572710			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [/] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		ESPECIAL [ ]	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatria	4.
2. Crecimiento y Desarrollo 22 Abril	5.
3. 08:00am	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza pte a los servicos de pediatria, crecimiento y desarrollo

AUTORIZACIÓN

Yo Eliana Gil Identificado (a) con ____ número _____ 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	Judith Baquero
CARGO	Auxiliar en Enfermeria
FIRMA	Judith Baquero

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Eliana Gil
OCUPACIÓN	
FIRMA	Eliana Gil.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	Abril 2026	Hospital	

Documento elaborado por:	Judith Baquero
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	Abril 2026

Powered by CamScanner