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	13/05/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Region de Salud Centro Puente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Leidy yobana Vivas Hernandez	EDAD: 36 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 1074908216
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Barrio Reniquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3118651478			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3118651478
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoracion de odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia a valoracion de odontologia hace un año

AUTORIZACIÓN

Yo Leidy yobana Vivas Hernandez Identificado (a) con C.C número 1074908216 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	Laura Vanessa Vidal Galvis
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	Laura Galvis

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	x Leidy Yovana Vivas H.
OCUPACIÓN	Ama de Casa
FIRMA	x Leidy Yovana Vivas H.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
paciente pendiente por asignacion de cita.			

Documento elaborado por:	Laura Vanessa Vidal Galvis
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	13/05/2026

Scanned with 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	13/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de Salud centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jose Antonio Vivas Vivas	EDAD: 73 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 415472
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Vereda Renguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3118651478			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3118651478
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
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. Valoracion de Medicina General	4.
2. Toma de antigeno prostatico	5.
3. Valoracion de Medicina general	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia a valoracion de Medicina general ni de odontologia hace un año.

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Agustin Vivas Vivas Identificado (a) con C.C número 415472 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	Luis Vanesa Vidal Galvis
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	Luis Galvis

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	x Jose A Vivas
OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA	Jose A Vivas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Se solicita cita y autorizacion por Compensar.			

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with 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	13/05/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Region De salud centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Agustin Vivas Vivas	EDAD	61 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 3202844
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Vereda Renguita
TELEFONO DE CONTACTO	3202026094			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3202026094
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
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. Valoracion de medicina General	4.
2. Valoracion de Odontologia	5.
3. Vacunacion de influenza	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia a valoracion de medicina general, odontologia y vacunacion de influenza hace un año.

AUTORIZACIÓN

Yo Agustin Vivas Vivas Identificado (a) con C.C número 3202844 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	Laura Vanessa Vidal Goluis
CARGO	Auxiliar De Enfermeria
FIRMA	Laura Goluis

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	xAgustin Vivas
OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA	xAgustin Vivas

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Se solicita autorizacion y cita medica-paciente pendiente por asistir.			

Documento elaborado por:	Laura Vanessa Vidal Goluis
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	13/05/2026

Scanned with 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	13/01/2026	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Región de salud centro oriente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Francy Lorena Viuda Toilet	EDAD: 16 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1074908377
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Uelido Renguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3113092792			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3113092792
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
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. Valoracion de Odontologia	4.
2. Valoracion de medicina general	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin asistencia a valoracion de medicina general y odontologia hace un año.

AUTORIZACIÓN

Yo Francy Lorena Viuda Toilet Identificado (a) con T.I número 1074908377 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	Jaula Vanessa Vidal Salas	FIRMA	Fransi Lorena
CARGO	Auxiliar De Enfermeria	OCUPACIÓN	Estudiante
FIRMA	Jaula Salas	FIRMA	Fransi Lorena

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
paciente pendiente por valoracion y cito medico. - paciente pendiente por asistir.			

Documento elaborado por:	Jaula Vanessa Vidal Salas
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	13/01/2026

Scanned with 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	14/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de Salud centro Oriente Almeda
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Jose Santos Ramirez Hernandez	EDAD: 48 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 3203559
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Vereda Penquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3125019234			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3125019234
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
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. Valoracion de odontologia	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia a valoracion de odontologia.

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Santos Ramirez Hernandez Identificado (a) con C.C número 3203359 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	Jovio Vanessa Vidal Goluis
CARGO	Aux. Enfermeria
FIRMA	Jovio Goluis

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	xJose Santos Ramirez
OCUPACIÓN	oficios Varios
FIRMA	xJose Santos Ramirez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Se solicita autorizacion por compensar.			

Documento elaborado por:	Jovio Vanessa Vidal Goluis
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	14/05/2026

Scanned with 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	15/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dino Sofia Jabotan Rodriguez	EDAD: 4 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	R.C 1016554312
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Vereda Penquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3224439472			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3224439472
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoracion de odontologia	4.
2. Vacunacion COVID	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente no asistido a valoracion de odontologia - se conolizo para vacunacion COVID.

AUTORIZACIÓN

Yo Luisa Johana Rodriguez penagos Identificado (a) con C.C número 1028675469 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	Laura Vanessa Ardila Galvis	FIRMA	Luisa Johana RP
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Ama de casa.
FIRMA	Laura Galvis	FIRMA	Luisa Johana RP

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
paciente pendiente por asistir a los servicios.			

Documento elaborado por:	Laura Vanessa Ardila Galvis
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	15/05/2026

Scanned with 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	15/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de salud centro Oriente Almidos
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jovio Juliana Idrobon Rodriguez	EDAD: 5 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	R.C 1028675546 9
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibuta			DIRECCIÓN:	Vereda Renguira
TELEFONO DE CONTACTO:	3224439472			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3224439472
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] 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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Servicio de vacunacion	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se remite menor al servicio de vacunacion (Biologico 5 años) esquema incompleto para la edad.

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Johana Rodriguez Penagos Identificado (a) con C.C número 1013654795 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	Jovio Vanessa Uribe Golus
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	Jovio Golus

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Luisa Johana P. P
OCUPACIÓN	Ama de casa
FIRMA	Luisa Johana P. P

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Paciente pendiente por asistencia al servicio de vacunacion.			

Documento elaborado por:	Jovio Vanessa Uribe Golus
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	15/05/2026

Scanned with 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	15/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de Salud Centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Juan obdulio Iobaton Iobaton	EDAD: 71 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 3202675
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Veredo Renquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3123229511			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3123229511
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Comperoor
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Medicino General	4.
2. Valoracion de odontologia	5.
3. Vacunación ok influenza	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia al servicio de medicina general, odontologia y vacunacion ok influenza.

AUTORIZACIÓN

Yo Juan obdulio Iobaton Iobaton Identificado (a) con C C número 3202675 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	Laura Vanessa Vidal Galvis
CARGO	Auxiliar de Enfermeria
FIRMA	Laura Galvis

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Agricultor
OCUPACIÓN	Jubilado/a
FIRMA	Jubilado/a

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
paciente pendiente por los otros los servicios medicos			

Documento elaborado por:	Laura Vanessa Vidal Galvis
Apoyo técnico:	AUX Enfermeria
Fecha Elaboración	15/05/2026

Scanned with 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	15/05/2026		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Region de salud centro Oriente Almeidas
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Maria Natalia Jimenez Heredia	EDAD: 76 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 21100936
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita			DIRECCIÓN:	Vereda Ranquira
TELEFONO DE CONTACTO:	3228950302			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3228950302
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Compensar
	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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Valoracion de medicina general	4.
2. Valoracion de odontologia	5.
3. Vacunacion de influenco	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

paciente sin asistencia a valoracion de medicina general - odontologia - no cuenta con esquema de vacunacion de influenco.

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Natalia Jimenez Heredia Identificado (a) con C.C número 21100936 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	Laura Vanessa Vidal Galvis	FIRMA	Maria Natalia Jimenez H.
CARGO	Auxiliar de Enfermeria	OCUPACIÓN	Ama de casa.
FIRMA	Laura Galvis	FIRMA	Maria Natalia Jimenez H.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
paciente pendiente por asignacion de cita.			

Documento elaborado por:	Laura Vanessa Vidal Galvis
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria
Fecha Elaboración	15/05/2026

Scanned with CamScanner