SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE ORIENTACIÓN ASESORÍA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE ORIENTACIÓN	11- Dic -2025			E.S.E Centro Oriente Alejandro Chaparro
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Nora Lyena Gutierrez	EDAD 58	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	51875851
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Machetá		MUNICIPIO	Gutierrez Boyacá
TELÉFONO CELULAR	3193624438		NÚMERO DE CONTACTO ACUDIENTE	3134503971
TIPO DE ASEGURAMIENTO	CONTRIBUTIVO [X] SUBSIDIADO [ ]	CONVENIO [ ] EXCEPCIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS Nueva EPS
¿Cuenta con riesgo biológico?	[ ]			[ ] [X]
¿Cuenta con riesgo psicosocial?	[ ] [X]	¿Cuenta con riesgo ambiental?	¿Cuenta con riesgo químico? [X] [ ]	¿Cuenta con riesgo ergonómico? [ ] [X]
MEDIO DE ATENCIÓN	Puesto de Salud.			

SERVICIOS A LOS QUE SE ORIENTA AL USUARIO

1 Citología
2 Vacuna Influenza
3

MOTIVO DE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA ORIENTACIÓN

Hace tiempo no se realizo el examen

AUTORIZACIÓN

Yo Nora Lyena Gutierrez identificado(a) con CC número 51875851 por medio de mi firma doy X mi autorización para compartir con otras entidades en el marco del objeto de la presente orientación

PROFESIONAL QUE ORIENTA		USUARIO ORIENTADO	
NOMBRE	Estela Rodela	FIRMA	Nh. Eulyena Gut
CARGO	Aux Enfermería	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Estela Rodela	FIRMA	No se Fir - Gut

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA	NOMBRE PS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Citología		PS Machetá	Jefe Diviana

Documento elaborado por	11/12/25
Apoyo técnico	Aux Enfermería
Perfil Evaluador	Estela Rodela

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO IIS ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACION REMISION A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	13/ Dic / 2025			
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO	Nelly Salamanca Lamprea	EDAD 62		
RESIDENCIA	Nachetá			
TELEFONO DE CONTACTO	3177755160			
TIPO AFILIACION	CONTRIBUTIVO X	SUBSIDIADO	ESPECIAL	EPS/EAPB Nueva Eps
	VINCULADO	EXCEPCION		
¿Cuenta con red de apoyo?	SI	NO X	¿Cuenta con servicio de telefonía celular?	SI X NO
IPS DE ATENCION	Puesto de salud			

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

1 Medicina General	4 Psicologia
2 Ortopedia	5 Esp. Cirugia de Mama
3 Ecografia	6 Vacuna Influenza

BREVE DESCRIPCION QUE MOTIVA LA CANALIZACION

Llaba tiempo intentando Sacar las citas y no ha sido posible
Se le dificulta viajar hasta el pueblo para solicitarlas

AUTORIZACION

Yo Nelly Salamanca Lamprea identificado(a) con CC numero 39534055 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	Estela Robles	FIRMA	Nelly Salamanca L.
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACION	Hogar.
FIRMA	Estela Robles	FIRMA	Nelly

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por	Estela Robles
Apoyo técnico	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	13-NOV-2025

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD TN 3010 8946

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	11- Dic - 2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			ESE Centro Oriente Almeidas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO	Maria Eugenia Gamez	EDAD	59	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	39793590
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Machetá			DIRECCIÓN	Cra 4a #
TELÉFONO DE CONTACTO	3156859787			TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	OCUPACIÓN	Familiar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Gestante de riesgo según RIAS					SI [ ] NO [X]
Consultorio equipado complementariamente	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	Canalización Equipo Básico SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN	Recomendada Salud				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

1. Nutricion
2. Vacuna Influenza
3.
4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Requiere Valoracion por nutricion. y no ha podido sacar la cita

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Eugenia Gamez identificado (a) con CC número 39793590 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	Estela Robles	FIRMA	
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Estela Robles	FIRMA	Maria Eugenia Gamez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA	NOMBRE IPS	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Nutricion		Chaconta	

Documento elaborado por	Estela Robles
Agente Técnico	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	11/Nov/2025