



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	10-12-25	ESE HOSPITAL DE REFERENCIA	Tibinda
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Fabiola Gutierrez	EDAD	53
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Tibinda	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC
TELÉFONO DE CONTACTO	3213195024	DIRECCIÓN	V. Teguayuta
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☒ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐
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 ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN	ESE Region de Salud Centro Oriente Almerdes		

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| 1. Control Adultez | 4. Influenza |
| 2. Salud Oral | 5. |
| 3. Tamizaje Cervico Uterino | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza para control del Adulto y salud oral por riesgo cardiovascular ya que lleva mas de 2 años sin acudir tambien para vacuna Influenza, se canaliza para Tamizaje Cervico Uterino refugio no le gusta ir al medico, se pedira sobre la importancia de acudir pronto

AUTORIZACIÓN

Yo Fabiola Gutierrez Identificado (a) con CC número 25 021603 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	Jenny Constante Varga
CARGO	Asesora Enfermería
FIRMA	Jenny Varga

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	Fabiola Gutierrez
Ocupación	Hogar
FIRMA	Fabiola Gutierrez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control Adultez	Diciembre	Tibinda	
Salud Oral	Diciembre	Tibinda	
Tamizaje Cervico Uterino	Diciembre	Tibinda	

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Jenny C. Varga
Asesora Enfermería
10-12-25



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Tibaita	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Eliecer Llanos	EDAD:	ES	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC-2396677
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibaita	DIRECCIÓN:		N. Teguante	
TELÉFONO DE CONTACTO:	3102589863	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:			
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐	EPS/EAPB		Compensar	
	VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐				
Grupos de riesgo según RIAS	Control crónico	Canalización Equipo Básico		SI ☐ NO ☐	
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
IPS DE ATENCIÓN:	ESE Region Centro Oriente Amealta				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

1. Control crónico	4. Influenza
2. Salud oral	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario Asiste a control cada 3 meses por crónico, al día de exámenes se canaliza para salud oral y vacuna Influenza y había abandonado la ruta de Adulto Mayor Crónico, se canaliza nuevamente.

AUTORIZACIÓN

Yo Eliecer 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	Jenny C. Vargas
CARGO	Ases Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Control crónico	Diciembre	ESE Region CO	Dra. Linda R.

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Jenny C. Vargas
Ases Enfermería
10-12-25

Gobernación
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	16-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	Bogotá
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Giulian Rey	EDAD: 2	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: PP-A08451190
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tiborita	DIRECCIÓN:	V. Teguavita
TELÉFONO DE CONTACTO:	3207 347338	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Prepagada: Colsonitas
	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:	IPS Bogotá		

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZA AL USUARIO

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Vacunas Polio Ref. | 4. Vacuna Triple viral Ref. |
| 2. Vacunas DPT Ref. | 5. |
| 3. Vacuna FAmantli Ref. | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Pendiente vacunas Pentavalente - triple viral - Fiebre Amantli. madre refiere. Hevulo a Bogotá a aplicación de dosis pendientes; menor acude cada 3 meses por pediatría por medio de medicina prepagada, se le recuerda a madre la importancia de las vacunas, prevención de enfermedades.

AUTORIZACIÓN

Yo Joel Ospino R. Identificado (a) con CC número 1140864363 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	Jenny Constanta Vargas
CARGO	Aux. Enf.
FIRMA	Jenny Vargas

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	Joel Ospino R.
Ocupación	Independiente
FIRMA	Joel Ospino R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunas 10 meses		Bogotá	Bogotá

Se le informa a madre que la no aplicación es vulneración y riesgo al menor, madre se compromete a vacunarlo en IPS Bogotá.

Documento elaborado por:	Jenny L. Vargas
Apoyo técnico:	Aux. enf.
Fecha Elaboración	16-12-25

Gobernación
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	10-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Tibirita
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Gloria Maria Segura	EDAD:	6.5	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC. 51624715
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita	DIRECCIÓN:		V. Tegualta
TELÉFONO DE CONTACTO:	3138948003	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
Canalización a servicios sociales ☐ SI ☐ NO				
IPS DE ATENCIÓN:				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

- | | |
|-----------------------|----|
| 1. Tamizaje ADN - VPH | 4. |
| 2. Influenza | 5. |
| 3. | 6. |

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usaria Refrere realizo toma de Citología y ADN-VPH el mes pasado, esta a la espera de resultado, asiste a control cronico por hiperlipidemia tratada con Atorvastatina en IPS Bogota.

AUTORIZACIÓN

Yo Gloria Segura identificado (a) con CC número 51624715 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	Jenny C. Varga
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	<i>[Firma]</i>

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	Gloria Segura
OCUPACIÓN	
FIRMA	Gloria Segura

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

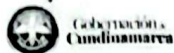
SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Tamizaje ADN - VPH	Octubre	Bogota	a espera de resultado
Influenza	Diciembre		

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Jenny C. Varga
Aux Enfermera
10-12-25



SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Tibirita.	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leonil de Romero de Hredia	EDAD:	75	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20420650
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibirita.	DIRECCIÓN:		Taquavite	
TELÉFONO DE CONTACTO:	320 3646092	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:			
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Compensar
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejer		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.	Vacuna Influenza	4.	
2.	Control crónico	5.	
3.		6.	

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

34-08-25 usuario acudio a control medico internista; pendiente control crónico en primera de Diciembre; acudio a control por Nutrición en Agosto; se canaliza para Influenza Anual.

AUTORIZACIÓN

Yo Leonil de Romero Identificado (a) con CC número 20420650 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	Jenny C. Vargas
CARGO	Aux. Enf.
FIRMA	<i>Jenny Vargas</i>

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	Leonil de Romero
Ocupación	Hogar
FIRMA	Leonil de Romero

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacuna	Diciembre	Tibirita	Influenza
Control crónico	Diciembre	Tibirita	Linda R

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Jenny C. Vargas
Aux. enfermera
13-12-25

GOBIERNO DE
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-12-25	E S E. HOSPITAL DE REFERENCIA	Tibrito.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Leonora Raita Morena	EDAD:	21 003052
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibrito.	DIRECCIÓN:	Teguanita.
TELÉFONO DE CONTACTO:	3114490892.	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐
EPS/EAPB			Compensa
Grupos de riesgo según RIAS	vejes		Canalización Equipo Básico ☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐
Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐		
IPS DE ATENCIÓN:	ESC-Región de Salud Páez de Oroya		

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

16-10-25 usuaria acudio a control cronico trimestral, se canaliza para vacuna de Influenza Anual, usuaria controlada, estable

AUTORIZACIÓN

Yo Leonora Raita Morena 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	Senny C. Vargas
CARGO	Asp. Enf.
FIRMA	<i>[Firma]</i>

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	<i>[Firma]</i>
Ocupación	<i>[Firma]</i>
FIRMA	<i>[Firma]</i>

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Influenza	Diciembre	Tibrito	-

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Senny C. Vargas
Asp. Enf.
13-12-25

GOBIERNO DE
CundinamarcaSECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-12-25	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	Tibrita.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Marco Tulio Heredia Valero	EDAD: 75	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 3001411.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Tibrita.	DIRECCIÓN:	Tegucante.
TELÉFONO DE CONTACTO:	3203646092	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	—
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Compensar
VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			
Grupos de riesgo según RIAS	Vejez - Discapacidad	Canalización Equipo Básico	☐ SI ☐ NO
Canalización equipos complementarios	☐ SI ☐ NO	Canalización servicios institucionales	☐ SI ☐ NO
		Canalización a servicios sociales	☐ SI ☐ NO
IPS DE ATENCIÓN:	EJE Region de Salud Centro Oriente Alameda.		

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación Influenza.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

02-10-25 Usuario acudio a control crónico e internista el día 31-10-25. Usuario con discapacidad física por antecedente de cirugía de cadera; último control por ortopedia en Agosto. Se canaliza para vacuna influenza.

AUTORIZACIÓN

Yo Marco Tulio Heredia identificado (a) con CC número 3001411 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	Jenny P. Vargas
CARGO	Aux. Enf.
FIRMA	<i>Jenny P. Vargas</i>

USUARIO CANALIZADO

FIRMA	<i>Marco Tulio Heredia</i>
Ocupación	Hogar
FIRMA	<i>Marco Tulio Heredia</i>

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacuna Influenza	Diciembre	Tibrita.	

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración

Jenny P. Vargas
Aux. Enf.
23-12-25