



FORM 3. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Número de formulario



La salud
es de todos

Minsalud

Los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

1. Información del usuario para relacionar datos de prueba rápida y canalización a servicios de salud

1.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP

1.2. Número de identificación

1.3. Primer nombre

1.3.1. Segundo nombre

1.3.2. Primer apellido

1.3.3. Segundo apellido

1.4. Motivo de direccionamiento

Acepta ser contactado para continuar con el proceso de canalización

☐ SI ☐ NO

Teléfono de contacto

Acepta que su información sea compartida con otros actores en el proceso de canalización

☐ SI ☐ NO

Firma del usuario

2. Resultado prueba rápida

2.1. Fecha de aplicación de la prueba rápida

AAAA

MM

DD

2.2. Resultado reactivo o positivo para prueba de:

☐ VIH

☐ Hepatitis B

☐ Sífilis

☐ Hepatitis C

2.3. Servicio al que se remite al usuario

☐ Vacunación Hepatitis B

☐ Atención en salud

3. Gestión con la EAPB/ Prestador de sevicios de salud

3.1. Nombre de la institución que remite al usuario

3.5. ¿Necesita acompañamiento para portabilidad ? ☐ SI ☐ NO

3.2. Nombre del responsable en la institución que remite al usuario

3.6. Nombre EAPB confirmada

3.3. Nombre de la Institución de salud a la que se remite al usuario

3.7 Nombre de la institución donde se asignó la cita

3.4. ¿Necesita acompañamiento para movilidad ? ☐ SI ☐ NO

4. Momento uno de contacto con el usuario

4.1. Fecha de contacto

AAAA

MM

DD

4.2. Dificultad para ubicar al usuario

- ☐ No se presentó dificultad
☐ Desplazamiento a otras ciudades
☐ No se encuentra en el sitio de contacto
☐ No contesta, no responde llamadas, teléfono errado
☐ Desiste del acompañamiento durante el proceso
☐ No aplica (utilice esta opción solo para personas fallecidas)

4.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud

- ☐ Afiliación al SGSSS ☐ Dificultades económicas
☐ Autorizaciones ☐ Inasistencia a citas programadas
☐ Asignación de cita ☐ Trámites pendientes por el usuario
☐ Entrega de tratamiento ☐ Ninguna
☐ Dependiente del usuario ☐ Otra
☐ Inactivo en el sistema (EAPB)

4.4. Descripción de la dificultad para acceder a los servicios de salud

4.5. Descripción de la gestión realizada

4.6. ¿Accedió a servicios de salud? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

4.6.1.Caso cerrado SI () NO ()

4.6.1.1 Motivo de cierre:

- ☐ Accedió a programa o tratamiento ☐ Persona fallecida
☐ Imposibilidad de ubicar al usuario ☐ Usuario no acepta realizar la segunda prueba
☐ Disentimiento del usuario
☐ Usuario informa diagnóstico previo
☐ Usuario informa segunda prueba no reactiva

4.6.1.2 Fecha de cierre:

AAAA

MM

DD

5. Momento dos de contacto con el usuario

5.1. Fecha de contacto

AAAA

MM

DD

5.2. Dificultad para ubicar al usuario

- ☐ No se presentó dificultad
☐ Desplazamiento a otras ciudades
☐ No se encuentra en el sitio de contacto
☐ No contesta, no responde llamadas, teléfono errado
☐ Desiste del acompañamiento durante el proceso
☐ No aplica (utilice esta opción solo para personas fallecidas)

5.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud

- ☐ Afiliación al SGSSS ☐ Dificultades económicas
☐ Autorizaciones ☐ Inasistencia a citas programadas
☐ Asignación de cita ☐ Trámites pendientes por el usuario
☐ Entrega de tratamiento ☐ Ninguna
☐ Dependiente del usuario ☐ Otra
☐ Inactivo en el sistema (EAPB)

5.4. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud

5.5. Descripción de la gestión realizada

5.6. ¿Accedió a servicios de salud? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

5.6.1 Caso cerrado SI () NO ()

5.6.1.1 Motivo de cierre:

- ☐ Accedió a programa o tratamiento ☐ Persona fallecida
☐ Imposibilidad de ubicar al usuario ☐ Usuario no acepta realizar la segunda prueba
☐ Disentimiento del usuario
☐ Usuario informa diagnóstico previo
☐ Usuario informa segunda prueba no reactiva

5.6.1.2 Fecha de cierre:

AAAA

MM

DD



Los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

6. Momento tres de contacto con el usuario

6.1. Fecha de contacto	AAAA	MM	DD
6.2. Dificultad para ubicar al usuario			
☐ No se presentó dificultad			
☐ Desplazamiento a otras ciudades			
☐ No se encuentra en el sitio de contacto			
☐ No contesta, no responde llamadas, teléfono errado			
☐ Desiste del acompañamiento durante el proceso			
☐ No aplica (utilice esta opción solo para personas fallecidas)			
6.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud			
☐ Afiliación al SGSSS	☐ Dificultades económicas		
☐ Autorizaciones	☐ Inasistencia a citas programadas		
☐ Asignación de cita	☐ Trámites pendientes por el usuario		
☐ Entrega de tratamiento	☐ Ninguna		
☐ Dependiente del usuario	☐ Otra		
☐ Inactivo en el sistema (EAPB)			
6.4. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud			
6.5. Descripción de la gestión realizada			
6.6. ¿Accedió a servicios de salud?	☐ SI	☐ NO	☐ No aplica
6.6.1 Caso cerrado SI () NO ()			
6.6.1.1 Motivo de cierre:			
☐ Accedió a programa o tratamiento	☐ Persona fallecida		
☐ Imposibilidad de ubicar al usuario	☐ Usuario no acepta realizar la segunda prueba		
☐ Disentimiento del usuario			
☐ Usuario informa diagnóstico previo			
☐ Usuario informa segunda prueba no reactiva			
6.6.1.2 Fecha de cierre:	AAAA	MM	DD

7. Gestión con EAPB o Prestadores de servicios de salud, seguimiento al proceso de atención

Verificación inicial			
7.1. Diagnóstico previo de VIH	☐ SI ☐ NO	7.1.1. Fecha del diagnóstico	AAAA MM DD
7.2. Usuario en programa de VIH	☐ SI ☐ NO	7.2.1. Fecha de acceso al programa	AAAA MM DD
7.3. Usuario en tratamiento en los últimos 12 meses	☐ SI ☐ NO		
7.4. Caso cerrado	☐ SI ☐ NO	7.4.1. Fecha de cierre	AAAA MM DD
Fases del proceso de atención			
7.5. Valoración inicial	☐ SI ☐ NO	7.5.1. Fecha de valoración inicial	AAAA MM DD
7.6. Confirmación del diagnóstico	☐ SI ☐ NO	7.6.1. Fecha de confirmación de diagnóstico	AAAA MM DD
7.7. Acceso al programa	☐ SI ☐ NO	7.7.1. Fecha de acceso a programa de atención y exámenes complementarios	AAAA MM DD
7.8. Accedió al tratamiento	☐ SI ☐ NO	7.8.1. Fecha de acceso al tratamiento	AAAA MM DD
7.9. Caso cerrado	☐ SI ☐ NO	7.9.1. Fecha de cierre	AAAA MM DD
7.10. Reportado a Sivigila	☐ SI ☐ NO		
7.11. Gestión pendiente por el usuario para acceso al programa			
7.12. Gestión pendiente desde el prestador de servicios de salud			

Versión_02_2021
 FORM 3.



FORM 3. CANALIZACIÓN A
 SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Número de formulario



La salud
es de todos

Minsalud

Fecha de canalización

AAAA

MM

DD

Los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

1. Datos de residencia del usuario:

1.1. Departamento _____ 1.3. Localidad/comuna _____
 1.2. Municipio _____ 1.4. Barrio _____

2. Canalización a servicios de protección social. Diligencie estos campos si el usuario solo requiere canalización a servicios de protección social y no a servicios de salud.

2.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP
 2.2. Número de identificación _____
 2.3. Primer nombre _____ 2.3.1. Segundo nombre _____ 2.3.2. Primer apellido _____ 2.3.3. Segundo apellido _____

3. Caracterización del usuario canalizado a servicios de protección social

☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE*
☐ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ☐ SPA ☐ GESTANTE ☐ POB. GENERAL ☐ TB *Pais de procedencia _____
 3.1. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.2. Fecha de nacimiento AAAA MM DD 3.2.1 Edad en años cumplidos _____
 3.3. Tipo de servicio al que se direcciona (seleccione una o varias opciones según corresponda)
☐ Educación ☐ Cedulación ☐ Paquetes nutricionales ☐ Subsidios del Estado ☐ Aseguramiento ☐ Grupo de apoyo ☐ Otro Cuál _____
 3.4. Nombre de la Institución donde se direcciona al usuario _____

Acepta que su información sea compartida con otros actores en el proceso de canalización ☐ SI ☐ NO Firma del usuario _____

4. Momento uno de contacto con el usuario

4.1. Fecha del seguimiento 1 AAAA MM DD 4.4. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de protección social _____
 4.2. Accedió a servicios sociales ☐ SI ☐ NO
 4.3. Dificultad para el acceso a servicios de protección social
☐ No hay disponibilidad de cupo ☐ No fue atendido ☐ Dependiente del usuario
☐ No cumple criterios de inclusión del programa ☐ Otra ☐ Ninguna 4.5. Gestión realizada _____

5. Momento dos de contacto con el usuario

5.1. Fecha del seguimiento 2 AAAA MM DD 5.4. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de protección social _____
 5.2. Accedió a servicios sociales ☐ SI ☐ NO
 5.3. Dificultad para el acceso a servicios de protección social
☐ No hay disponibilidad de cupo ☐ No fue atendido ☐ Dependiente del usuario
☐ No cumple criterios de inclusión del programa ☐ Otra ☐ Ninguna 5.5. Gestión realizada _____

6. Resumen de servicios entregados. Si el usuario accedió a paquetes nutricionales, reporte la fecha en que fue entregado y el responsable de la entrega

	Fecha	Firma del usuario	Firma del responsable de la entrega	Beneficiarios por familia	Observaciones
1	AAAA MM DD				
2	AAAA MM DD				
3	AAAA MM DD				
4	AAAA MM DD				
5	AAAA MM DD				
6	AAAA MM DD				

7. Proceso cerrado ☐ SI ☐ NO 7.1. Fecha de cierre AAAA MM DD

CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL



La salud
es de todos

Minsalud

Ciudad

Fecha de canalización

AAAA

MM

DD

1. Datos del usuario canalizado. Diligencie estos campos si el usuario solo requiere canalización a servicios de protección social y no a servicios de salud.

1.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP
 1.2. Número de identificación _____
 1.3. Primer nombre _____ 1.3.1. Segundo nombre _____ 1.3.2. Primer apellido _____ 1.3.3. Segundo apellido _____

2. Servicios de protección social

2.1 Nombre de la institución que lo remite _____ 2.2 Nombre de la institución a la que se remite _____
 2.3. Tipo de servicio al que se direcciona (seleccione una o varias opciones según corresponda)
☐ Educación ☐ Cedulación ☐ Paquetes nutricionales ☐ Subsidios del Estado ☐ Aseguramiento ☐ Grupo de apoyo ☐ Otro Cuál _____
 2.4. Nombre de quien realiza la canalización _____ 2.5. Firma _____

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

S E R V I C I O