IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IP5031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3006244 R. Farmacia

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Heidy Natalia	Obregon Rivas	CC	1076 822 200	19 Marzo 1994	Colombia	Sanitas	302 949 1194	Santo Domingo	Heydikom@hotmail	HB Varivax	2 2	Heidy Rivas

HB = 1
Varicela = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IP0031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo inoculadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, ni rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068144. APH

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Liz Keila	Diaz Yucuna	CC	1017227 171	27-12 1994	Colom Amazona	Nueva EPS	314733 1795	Bello Horizonte Robledo	lkdiaz yuegm com	HB Varivax Vaxigrip	1 1 A	Liz Keila Diaz Yucuna
	18 10 24	Norfalia	Mosquera Ramirez	CC	1003786 420	16-08 1993	Colom Riosucio	Salud Total	333222 6174	Robledo Aurora	ramirez maquelis egm com.	HB Varivax Vaxigrip	1 1 A	Norfalia M.
	18 10 24	Valentina	Garcia Varela	CC	1023 622 237	21 DIC 2003	colombia Med	Salud total	300 150 8883	Paris	Valentina garcia@ iek.edu .com	HB Varivax INF (A)	2 2	Valentina G.

Varicela = 3
HB = 3
INF = 3

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IP8031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo inscriptadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068144 APH.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	#	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Mauricio	Bastidas Garcia	CC		1025884574	15-05-2005	colom Med	Salud Total	317522 4252	12 octubre	mauricio bastidas egm com	vancela TT HB vaxigrp	U 1 1 A	Mauricio B.
	18 10 24	Gisell	Arroyave Saldarriaga	CC		1036444699	08-12-2005	colom ENVI	Sura	304425 5056	envigado Mina	arroyavesg 07 e gm com	HB varivax vaxigrp	1 1 A	Gisell Arroyave S.
	18 10 24	Maria Alejandra	Seña Gomez	CC		1035420790	26-03-2007	colom Coparca	Sura	311260 3647	Copacabana Hisencanda	alejaseña 2603e gm com	HB varivax vaxigrp	1 1 A	Maria Alejandra S.C
	18 10 24	Lia	Sanchez Vasquez	TI		1137059799	09-11-2006	colom peruana	Sura	315025 2922	Girardota Yerbabuena Juan Cojo	lia san. vasquez 0911 e gm com	HB varivax vaxigrp	1 1 A	
	18 10 24	Lorena	Marzola Narvaez	CC		1037121397	10-10-2006	colom Chigorodo	Sura	322574 3230	caucedo	mn lorena 99 e gm com	HB varivax vaxigrp	1 1 A	Lorena M
	18 10 24	Harold Steven	Londoño Berrecos	CC		1000644727	11-02-2002	colom Med	Sura	31358 26201	Pabloteo diamante	Haroldlondono 43 egm com	HB TT varivax vaxigrp	1 1 1 A	Harold L.
	18 10 24	Sebastian	Holguin Henao	CC		1000089660	29-07-2000	colom Med	Nueva EPS	300210 9702	francia	Sebastiaoo egm com	HB TT varivax vaxigrp	1 1 1 A	Sebastian Holguin H.

varivax = 7 INF = 7
HB = 7 TT = 3

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068144 Prehospitalaria AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	18 10 24	Sara Maria	Palacio Restrepo	TI	1115 185 687	04 Marzo 2007	colombia valle	Salud Total	302 244 8686	la Estrella	Sarapalacio @laura. edu.co	HB INF. varivax	1 A 1	sara mana.
2	18 10 24	Laura Daniela	Londoño Pineda	CC	1020 484 112	04 enero 1998	Colombia Bello	Sura	310 597 7808	San Martin Bello	laura daniela 9801 @ gmail	HB varivax INF	2 1 A	laura londoño.
3	18 10 24	Juan Carlos	Chica Hoyos	TI	1039 089 326	25 nov 2007	Colombia Necoli	Nueva EPS	313 535 8879	Calazans	Chicaho yosj@ gmail. com	HB.TT varivax INF	1 1 A	J. Juan Carlos
4	18 10 24	Luisa Fda.	Florez Marin	CC	1004 738 052	22 Julio 2003	Colombia Pereira	Sura	301 791 1995	Guayabal	luisaFlorez 3007@ gmail. com	HB varivax INF	1 1 A	+luisaflorez
5	18 10 24	Brayan Alexander	Torres lopera	CC	1000569 554	08-09 2003	colom Bello	Sura	30119 79969	Bello Mesa	apiretados life2@ 6mail.com	TT. HB varicela	R1 1 1.	Brayan Jose
6	18 10 24	Juana	Buitrago Acevedo	CC	1001686 962.	30-05 2003	colom Itagui	Sura.	322719 4140	Estella pedrero	acevedo juana 738@ gm. com	varigrip		Juana Buitrago
7	18 10 24	Manuela	Sanchez Ospina	CC	102588 2359.	05-08 2004	colom Med	Nueva EPS	301792 2448	Robledo Miramar	ma-sanchez. ospina egm com.	HB varicela varigrip	1 1 A	manuela Sánchez

HB=6
INF=6
varicela=6
TT=2

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-P[illegible]

Versión: 02

Vigencia desde: 29/11/2021

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2931424 Enfermeria

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Sofia	Gavira Isaza	TI	1038263 200	30-11 2006	colom	ponal	312089 8477	Manrique Rainal	gabimaa sof191106 egm com.	Varicela	2.	Sofía Gavira

varicela = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 29234431 Rey Farmacia AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
		Sandra Milena	Villada Alzate	CC	1033 753 723	17 abril 1993	colombia caldas	Sura	305 732 0736	Bello	Sandram. v@hot mail. com	Varivax	2	Sandra Villada
		Susana Aleinad.	Garces Jeal.	PPT	5514953	16.06 2006	Venezue	Sura.	310 53 178 30	sta Helena	susana aleinad Garces@ gmail. com.	Varivax	2.	
		Sindy Yuliana	Rios Cano	CC	1001461 274	2001 1996	colom	Sura	304637 6042.	copacaba cristo rey	yuricano 23 egm Com.	Varivax	2	Yuliana Rios
		Karol Nallely	Suarez Castro	cc	1033468 142	01.01 2004.	colom	Sura	313777 5932	Bello eduardo	karolm a422 e gm. Com	varivax	2	Karol Suarez
		Edgar Duvan	Gonzalez Hernandez	cc	1001 547 315	06 oct 1998	colombia Nech?	Nueva EPS	301 281 6336	Manrique la uva	Edgar Pallarez @gmail	Varivax	2	

Varicela: 5

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-P8031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 29925444 At Prehospitalario AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

Ir	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Juan David	De Antonio Vasco	CC	1023 624 226	19 agost 2004	colombia	salud total	301 794 7460	Robledo	Vasco67 52 @ gmail. com	varivax	2	
	18 10 24	Nayeli	londoño Montoya	TI	1026137 726	16.06 2007	colom	Sura	322627 2164	Estrella Tablaza	Nayeli londoño montoya egm com	varivax	2	Nayeli londoño
	18 10 24	Alejandro	Barmentos Hernandez	CC	1026000 041	13.12 2013	colom	coosalud	312783 1091	socorro San fiuler	alejandro barmento 337 e gm com	varivax	2	
	18 10 24	Wendy Vanessa	Durango Gomez	CC	1001580 730	10.11 2003	Colom	Sura	311365 6236	Robledo Bello Orizonte	wendy durangoa egm com	varivax	2	Wendy Durango
	18 10 24	Ang Sofia	Aguirre Arcila	CC	1013341 453	10.10 2006	Colom	Sura	304653 4107	Robledo Pyjano	Sofia Docs.10 egm com	varivax	2	
	18 10 24	Valeria	Agudelo Cartagena	CC	1023627 238	15.09 2005	Colom Med	Sura	301435 9368	Itagui Tablaza	valeria. agudelo. cartagena egm com	varivax	2	Valeria Agudelo C.
	18 10 24	Andres Alejandro	Pineda Gonzalez	CC	713 38 776	29 DIC 1978	Colombia Med	Sura	304 329 2969	Manrique Central	Pineda 123@ hotmail. com	varivax	2	

Varicela = 7

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS01
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2992544 APH

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Ir	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
		Maria Camila	Sierra Viana	TI	1017 628 972	11 enero 2007	Colombia	Sura	305 255 1660	Belen	Sierra Viana m&@ gmail	Varivax	2	
		Isabela	Moñoz Hernandez	CC	1035 418 866	15 mayo 2006	Colombia	Sura	320 695 0382	la Pedrera Copaca bana	Isabelahz 061@ gmail. com	Varivax	2	· Isabela H.
		Lina Marcela	Florez Polgarín	CC	1006 191 286	19 Julio 2001	Colombia	Salud Total	324 787 9104	la orquidea Bello	linamarce laFlorez Polgarin4 @gmail.	Varivax	2	Lina Florez
		Mariana	Mesa Garcia	CC	1000 143 002	21 agosto 2003	Colombia	Savia Salud	302 283 2962	San Pablo Manrigue	mesama riana21 08@ gmail	Varivax	2	Mariana Mesa

varicela = 4

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-PR031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 26685211 Aten Prehospitalaria AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Sebastian	Guisao Idarraga	CC	1025 644 303	27 Abril 2005	Colombia	Nueva EPS	317 391 3380	Bello	Guisao tatan 2704 2005@	INF	A	SEBASTIAN GUISAO

INF= 1

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: Sena 2822257 Salud Oral AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Yuney	Florez Zapata	CC	1000 438 996	27 sep 2002	Colom.	Savia Salud	317 343 6565	la Francia	yuney F zapata @gmail. com	varivax	2	Yuney Florez Zapata
	18 10 24	Alvi Camila	ACevedo Florez	CC	1017 123 091	11 Julio 2003	colombi	Salud Total	324 394 8201	Santo Domingo	Camila11 Florez @gmail. com	HB varivax INF	1 1 A	-camila A
	18 10 24	Angie Esperanza	Ruiz Sepulveda	CC	1006 432 766	03 Junio 2000	colomb	Savia Salud	310 601 0999	Encizo	Angiese Pulveda 1620 @ gmail	varivax	2	angie Ruiz
	18 10 24	Sebastian	Hernandez Perez	cc	1033 488 516	09 enero 2006	colombia	Salud Total	333 256 7135	San Javier	Sebastian hP9091 @gmail.	varivax	2	Sebastian
	18 10 24	Yina Yorley	Mena Mena	CC	1006 637 149	09 enero 2002	colombia	Salud Total	300 677 6236	Encizo el pinar	Yorley mena a @gmail.	varivax	2	Yina mena
	18 10 24													
	18 10 24													

Varicela = 5
HB = 1
INF = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IP8001
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2874472 Serv. Farmaceuticos AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAR	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Yineth Tatiana	Quirama Diaz	CC	1193 078 085	09 enero 2001	colombi	Sura	312 729 2328	Paris Bello	NO	HB Varivax	2 2	tatiana

HB = 1
varicela = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3065825 R Farmacia

AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

Ít	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
		Angie Paola	Serna Moncada	TI	1013 960 205	16 Abril 2007	Colombia	Nueva EPS	321 895 7320	Belen	angie Paola serna1 @gmail.	HB Varivax INF.	1 1 A	- Angie serna
		Sofia	Muñoz Escobar	TI	1022 147 603	14 Sep 2007	Colombia	Savia Salud	301 660 5737	San tander B	smunoz escobar 26@ gmail	AB. Varivax INF	1 1 A	Sofia Muñoz
		Elizabeth	Montoya Marín	CC	1000 757 539	10 enero 2002	Colombia	Sura	300 612 2455	Aranjuez	montoya.eliza 1001 @gmail	HB Varivax INF	1 1 A	Elizabeth M.
		Zulma Zulay	Romero Jaramillo	CC	1017 155 060	13 Mayo 1987	Colombia la guajira	Coo Salud	311 430 6195	Salvador	zulma.zulay @outlot.es	HB Varivax INF	1 1 A	Zulma Romero
		Mariana	Carrillo Escobar	CC	1020 411 377	16 enero 2006	Colombia	Sura	315 4218 959	Copacabana	mariana bck carrillo 8@gmail	HB Varivax INF	1 1 A	Mariana Carrillo.
		Paula Camila	Bermudez Giraldo	CC	1073 609 149	14 marzo 1998	Colombia pelva	Nueva eps	315 6961 337	Buenos Aires	Pcbg08 @gmail	HB. Varivax INF	R 1 A	Paula Bermudez
		Cristian Estiven	Castañeda Vasquez	CC	1152 471 428	25 sep 1999	Colombia	Sura	312 626 1186	Belen	Estiven1999 @gmail.com	HB-TT Varivax INF	1 1	Cristian C.

HB = 7 TT = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3065825 R Farmacia

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	#	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Juan Manuel	Posada Delgado	CC		1018 233 250	29 abril 2006	Colombia	Salud total	317 451 9421	Castilla	Posada delgrago manuel @gmail	HB-TT Varivax INF	1 1 A	xJuan Ma
	18 10 24	SoFia	Martinez Marin	CC		1033 179 655	30 Abril 2006	Colombia	Sura	324 368 9326	Buenos Aires	SoFiamartinez m81 02@gmail.	HB Varivax INF	2 2 A	SoFia Martinez
	18 10 24	Dawlis EFrain	Cordoba Martinez	CC		1037 616 156	29 Sep 1991	Colombia	Sura	321 723 8630	Manrique	efrain 2409 @outlook. es	HB-TT Varicela INF	R 2 A	Efrain Cordoba
									Sanitas	30					

HB=3 TT=2
Varicela=2 INF=3

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS031
Version: 02
Vigencia desde: 29/01/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068133

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Natalia Andrea	Ortiz Carvajal	CC	1013 340 745	28 Abril 2006	colombia	Sura	318 801 3560	la Aurora	natalia andrea ort1285 @gmail.	HB varivax INF.	1 1 A	
	18 10 24	Yealy Salome	Becerra Mejia	CC	1127 050 053	18 junio 2006	Colombia	Sanitas	301 678 0990	San Javier	Salome becerra 006@ gmail.	HB varivax INF.	1 1 A	Yealy S. Becerra M
	18 10 24	Audrey Tatiana	Portilla Ramirez	CC	1006 502 813	13 mayo 2001	colombia Coyaima	Sura	321 518 9199	Robledo	tatiporti 17 @ gmail. com	INF:	A	Audrey Tatiana.
	18 10 24	Maria Jose	Lozano Alvarez	CC	1066 721 509	14 oct 2003	Colombia Cordoba	Sura	301 132 6981	Villatina	maria. lozano SFCO @gmail.	HB varivax INF.	1 1	Maria Lozano.
	18 10 24	Marta Leonilde	Palomino Silva	CC	66 958 472	24 agosto 1975	Colombia valle	Savia Salud	318 599 6126	Sabaneta Cra 43	ma24ps @gmail. com	varivax INF.	2 A	Maria L. Palomino
	18 10 24	Paula Andrea	Maldonado Velez	CC	1041 147 364	31 agosto 2006	Colombia	Nueva eps	319 599 1084	laureles San Joaquin	andream 3505 @gmail. com	HB varivax	1 1	-Paula Maldonado
	18 10 24	Ana Sofia	Velasquez Hernandez	CC	1037 856 373	04 Feb 2006	Colombia Jerico	Sura	321 860 8484	Bolivar	Hernandez arcosofia 864 @ gmail	HB varivax INF.	1 1 A	- Ana Velasquez

HB= 5 INF=6

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS31
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068133

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION/BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Isabela	Villalba Estrada	CC	1018 229 481	09 Julio 2005	Colombia	Sura	315 044 1268	Copacabana	Isabelavillalba38@gmail.	HB Varivax INF	1 1 A	Isabela V.
	18 10 24	Mariana	Vivas Vargas	CC	1027 800 611	03 mayo 2004	Colombia	Savia Salud	301 7232 442	Belen	Mariana Vivas2000@gmail.com	HB varivax INF	1 1 A	Mariana Vivas
	18 10 24	Nicolle Valeria	Mira Vasquez	TI	1023 592 932	30 DIC 2006	Colombia	Sura	311 563 5612	Aranjuez	nmira8875@gmail.com	HB Varivax INF	1 1 A	Nicolle Valeria Mira
	18 10 24	Maria Fda	londoño Urrego	CC	1020 431 866	07 junio 1990	Colombia Estrella	Salud Total	317 227 3699	Buenos Aires	marilon05317@gmail.com	HB Varivax INF	2 1 A	Fernanda I.
	18 10 24	Lindana Yarid	Arango Sanchez	CC	1040 572 177	18 nov 2005	Colombia	Savia salud	317 714 3629	Andalucia Bello	Arango lndana@gmail.com	HB Varivax INF	1 1 A	Lindana.
	18 10 24	Laury Nataly	Cermeño Doria	CC	1066 512 508	07 DIC 2005	Colombia	Nueva eps	300 531 8557	Salvador Buenos Aires	Nataly doria66@gmail.com	HB Varivax INF	1 1 A	
	18 10 24	Natalia Andrea	Marrugo Gomez	CC	1041 974 757	29 enero 2005	Colombia	Nueva EPS	312 836 4353	San Antonio de prado	Natalia marrugo705@gmail.	HB Varivax INF	1 2 A	Natalia M.

HB=7 INF=7
varicela=7

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Código: F-GV-PB031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068133 Gestion Adm. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Ir.	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Valery Yhoana	Martinez Ramirez	CC	1106 949 150	24 Abril 2006	Colom Tolima	Salud total	305 383 6716	Vereda Itagui	martinez valery354 @gmail. com	Varivax	1	
	18 10 24	Maria Fda	Atilano Alvarez	CC	1000 654 355	07 mayo 2003	Colombia Med	Savia Salud	302 424 3962	San Antonio de Prado	mariaalvarez207 os@ gmail.	HB Varivax INF	1 1 A	
	18 10 24	Yira Biviana	Marroquin Acevedo	CC	32 183 192	01 Junio 1982	Colombia	Sura	301 410 0338	Castilla Francisco Zea	yiramarroquin@ gmail. com	HB Varivax INF	1 1 A	
	18 10 24	Maria Paula	Saldarriaga Gonzalez	CC	1000 644 864	12 enero 2002	Colombia	Sura	300 637 5314	Campo Valdez	Saldarriagagonzalezm6 @gmail	HB Varivax INF	1 1 A	
	18 10 24	Maria Camila	Lopez Ruiz	CC	1000 883 589	11 marzo 2000	Colombia	Sura	315 253 4498	Popular 1	lospellruiz@ gmail	HB Varivax INF	1 1 1	
	18 10 24	Valentina	Areiza Varela	CC	1036 683 533	26 nov 1998	Colombia	Nueva eps	306 489 2971	la ortenca Itagui	Vale98 126@ gmail. com	HB Varivax INF	1 1 A	
	18 10 24	Karen	Zuleta Marín	CC	1036 677 098	11 DIC 1997	Colombia	Sura	305 241 4659	San Cristoba	Karen Zuleta997@ gmail	HB Varivax INF	1 1 A	

HB = 6 INF = 6
Varicela = 7

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068133

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	#	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Carolina	Jaramillo Garcia	cc		1017 275 277	03 nov 1999	Colombia	Sura	320 716 0944	Robledo	CS1703 14.CJ@ gmail.	HB Varivax INF	1 1 A	Carolina Jaramillo +
	18 10 24	Kelly Johana	Peña Restrepo	cc		1027 946 689	26 enero 2005	Colombia Apartado	nueva eps	301 704 0155	copacabana tabla 29	Kjohana 5126@ gmail. com	HB Varivax INF	1 1 A	Johana Restrepo.
	18 10 24	Stephanie Paola	Martinez Hurtado	CC		1007 243 318	19 mayo 2001	Colombia	Salud Total	321 567 2857	Rachel Bello	Pm830 8059@ Hotmail. com	HB Varivax INF	1 1 A	- Stephany
	18 10 24	Tatiana	Mosquera Garcia	CC		1000 900 334	05 Oct 2001	Colombia	Sura	300 1353 167	Popular 1	tatiana mosquera garcia 1 @gmail.	HB Varivax INF	1 1 A	Tatiana Mosquera

HB=4 INF=4
Varicela=4

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-P[illegible]
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo inscritas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2923478

AUXILIAR VACUNADOR(A): Natalia

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	#	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Valentina	Hernandez Cardona	CC		1025 645 095	15 Julio 2005	Colombia	Salud Total	324 562 8167	Yarumito	valentina hernandacardona207@gmail	Varivax	2	Valentina H
	18 10 24	Venus Melissa	Botero Londoño	TI		1018 237 303	02 mayo 2007	colombia	Salud Total	316 416 8751	12 octubre	venus botero01@gmail.	Varivax	2	Venus
	18 10 24	Haminton Andres	Valencia Gomez	CC		1021 922 330	15 Julio 2003	Colombia	Savia Salud	321 618 4486	Estadio	Andres V. g3715@gmail	Varivax	2	Andres V.G
	18 10 24	Diego Alejandro	Guerra Llanos	CC		1000 888 005	07 marzo 2001	Colombia	Sura	312 603 1005	Robledo	NO tiene	HB TT Varivax	2 2 2	
	18 10 24	Harold Stevan	Gallego Hernandez	CC		1000 193 748	30 NOV 2000	Colombia	Savia Salud	324 118 3198	Santa Cruz	Stivenn gallego@gmail.	Varivax	2	Harold Gallego
	18 10 24	Carina Del Carmen	Martinez Urango	TI		1027 953 720	06 Feb 2006	Colombia	Savia Salud	321 342 1129	Bueno Aires	Karinadel carmen martinez osorio@gmail	Varivax HB INF	2 3 A	- Carina.
	18 10 24	Elizabeth	Martinez Ramirez	CC		1193 121 725	19 Julio 2000	Colombia Cucuta	Savia Salud	304 4812 848	la Candelaria	elizabeth martinez2826@gmail	HB INF	3 A	Elizabeth Martinez

Varicela 6
HB 3
TT 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-PB031
Versión: 01
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2923478 APH

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Catalina	Gutierrez Pineda	CC	1001 139 429	14 Junio 2001	Colombia	Sanitas	305 862 5260	Granizal	Samkg martinez @gmail. com.	Varivax	2	

Varicela 1.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS031
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2846956

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Laura Yesenia	Montoya Montoya	 CC	1020 427 647	03 enero 1990	colombiana	Salud Total	300 868 3240	12 octubre	Yesenia montoya-121812@gmail.	HB INF	3 A	Yesenia Montoya

HB 1
Inf 1.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIS SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION | ESTANDAR HABILITACION: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como garante, autorizo de mi capitación libre y voluntaria AUTORIZO la aplicación de las vacunas dosis establecidas, habiendo sido orientado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas, siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no frotar, no rascar y no reabrir heridas.

CONVENIO 2923460

AUXILIAR VACUNADOR(A)

N	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	S	X	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCIÓN BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Isabela	Bolivar Rios		CC	1035 974 430	04 Oct 2006	Colombia	Sura	300 538 0103	San Antonio de Prado	Isabela bolivar rios34 @gmail.	Varivax	2	Isabela B.
	18 10 24	Valery	Rodriguez Paternina		CC	1042 825 239	24 nov 2004	Colombiana	Casalud	313 373 1020	Villatina	Rodriguez Valery 3 66@gm ail.com	Varicela	2	ValeryR
	18 20 24	Sara Yineth	Gallo Leon		CC	1000 292 574	16 Marzo 2002	Colombia Med	Sura	304 566 8228	Encizo	saragallo 1013 @gmail.	HB Varivax	2 2	Yineth Gallo
	18 10 24	Sara	Vargas Garcia		CC	1020 110 187	18 Mayo 2006	Colombia Med	Sura	312 203 3785	Santo Domingo	barrios garcia sara 94@gm	Varivax	2	Sara Vargas
	18 10 24	Melanny	Mora Torres		CC	1025 644 256	31 Marzo 2005	Colombia	Nueva EPS	304 449 1529	Zamora Santa Rita	Melanny Mora 31 03@gmail	Varivax	2	Melanny Mora
	18 10 24	Yeraldine	Perez Arango		CC	1032 097 729	22 marzo 2006	Colombia	Sura	301 717 7993	Robledo	Yeral.pe. 97@ gmail	HB Varivax	2 2	Yeraldin Perez
	18 10 24	Heylen Naomi	Rodriguez Palacio		TI	1026 134 401	20 Julio 2007	Colombia	Savia Salud	314 781 8732	Caicedo	Naomipala to @g mail.com	HB Varivax	2 2	Naomi R

Varicela 7
HB 3

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Codigo: F-GV-IPS011
Version: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2923460

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	18 10 24	Ana Maria	Zapata	CC	1025 882 530	12 Sep 2004	Colombia	Nueva eps	305 448 0977	Flores Rodedo	Anamaria Zapata36 @gmail	HB Varivax	2 2	Ana María 2

Varicela 1
HB 1