BASE DE DATOS APRENDICES A VACUNAR 2024

PROGRAMA DE FORMACIÓN	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2869827	Irma marcela acevedo pizano	CC	43973776	marcea229@gmail.com	3008718960

7

1 VAX 18'P
1 HB
1 VARICELA.

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Código: F-GV-IP0031 Versión: 02 Vigencia desde: 28/11/2023

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 otros 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 masajes.

CONVENIO: Ficha 2360827 Servicios Farmaceuticos NOMBRE VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	13 09 24	Irmd Monceld	Acevedo Pizano	CC	43973 776	20. 05 1984	Colom	Srd	300 871 8960	Urbanal An 40	Marced224 @Gmail. com.	Vd y Hep HB. Varicela	A Incl. Inc	Arceld Acevedo

BASE DE DATOS APRENDICES A VACUNAR 2024

PROGRAMA DE FORMACIÓN	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	ANDIS AUDITH AVILES CANO	CC	1040502143	avilescanoandy@gmail.com	3226932821
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	MARIA CELESTE BERNAL LOPEZ	CC	1066524934	mariaceleste942@gmail.com	3145787115
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	LUISA FERNANDA SERNA MEJIA	CC	1152701192	luisamejia0195@gmail.com	3165052008
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	YURANY ANDREA ZAPATA CORTES	CC	1152701624	yurany1024@outlook.es	3045754528
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	DIANIS ESTHER CAÑAVERA RIOS	CC	1193206769	riosdianis21@gmail.com	3174581298
Técnico en Servicios Farmaceuticos	2823129	MARIA SOFIA RAMIREZ	TI	1018236118	soficasta.0116@gmail.com	3042870908

6.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-PS031
Versión: 02
Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2823129

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	13-09-2024	Mariol Sofia	Ramirez Castañeda	T.I	1018 236 118	16-01-2007	colom	nuevo eps	3216233490	Arauca/as 1 Bello	sofiarasta. 2116@ gmail. com.	HB Varivax Vaxigrip	(1) (1)	

PROGRAMA DE FORMACIÓN	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ
Tecnología en gestión administrativa del sector Salud 2711540		MELANY DAYANA SUAZA ARANG
Tecnología en gestión administrativa del sector Salud 2711540		CRISTIAN CAMILO MURILLO

2

TT 1
NB 1
U0 1 U0 X 1
U0 X 1 S 0 . P 1

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP0031
Versión: 02
Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2711540

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
(1)	13-09-2024	Cristian Camilo	murillo Perez	C.C	1038801259	24-12-1987	colom	sura	3175367324	Prado Bello Cr 45# 52-73	ccmurillo952@soysena.edu.co	Varicela TT HB	(1) (1) (1)	Cristian Murillo
	13-09-2024	Cristian Camilo	murillo Perez	C.C	1038801259	24-12-1987	colom	sura	3175367324	Prado Cl 45# 52-73	ccmurillo952@soysena.edu.co	VAXB, IPV	(1)	Cristian Murillo

BASE DE DATOS APRENDICES A VACUNAR 2024

PROGRAMA DE FORMACIÓ	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDI	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
TECNOLOGIA ATECION PREI	2770464	JUAN CARLOS ALZATE RIVERA	CC	1018227218	juancarlos.0601@hotmail.co	3003632590
TECNOLOGIA ATECION PREI	2770464	GIAMPIERO JIMENEZ BADRA	PPT	4922371	giampiqiuv@gmail.com	3244754173
TECNOLOGIA ATECION PREI	2770464	Julio Luis serrano Reginó	C.C	1007727360	julio511serrano@gmail.com	3024715072
TECNOLOGIA ATECION PREI	2770464	KELLY YOJANA ARIAS CARDONA	CC	1038866862	kellyaria2614@gmail.com	3023438715
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770460	DIANA ALEXANDRA LAVERDE BERNAL	CC	1001362856	dianaalexandralaverde@gm	3185406473
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770460	MARLON ALEXIS MEDINA GRANADOS	CC	1033339996	firemagm@hotmail.com	3144378922
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770464	SIU LING MARQUEZ RIVERO	PPT	1769949	siurivero@gmail.com	3011894713
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770464	JULIETH ALEXANDRA ESCOBAR VILLOTA	CC	1086578245	juliethaesvi@gmail.com	3153329595
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770464	VANESSA SALAZAR BEDOYA	CC	1152211954	vano.2.2@hotmail.com	3204965584
TECNOLOGÍA ATENCIÓN PRE	2770464	JUAN CAMILO QUINTERO ARENAS	CC	1027660004	juanarenas0502@gmail.com	3146421834

Toma sandwich pollas bejaranas

cc 1002088012

10

Vaxigrip 6

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031 | Versión: 02 | Vigencia desde: 28/11/2023

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

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: Ficha 2770164 AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	13-09-2024	Giampiro	Jiménez Bodio	PT	1027237706	2005	Ven	Sura	3214754173	Barrio San Antonio	no tiene	Vaxigrip	A	
2	13-09-2024	Tania Sandith.	Pozas Bejarano	C.C	1002088012	24-12-2002	Colom	Sanitas Salud	3136774211	San Javier Cl 107# 35-34	Tanias bejarano@gmail.com	Vaxigrip	A	
3	13-09-2024	Marlon Alexis	Medina Granados	C.C	1033339996	24-01-1993	Colom	Sanitas Salud	3144378922	Amago Cl 47A 50-106	Fuegos melhotmail.com	Vaxigrip	A	
4	13-09-2024	Juan Camilo	Quintero Arenas	C.C	1027660004	05-02-2004	Colom	Sura	3146421834	villatina Cl. no sabe.	juanquintero0502@gmail.com	Vaxigrip	A	
5	13-09-2024	Julio Luis	Serrano Regino	C.C	1007727360	14-04-2000	Colom	Sanitas Salud	3024715072	Enciso Cl 64 # 17-95	juliosanitas@gmail.com	Vaxigrip	A	
7	13-09-2024	Maria Isabel	Serna Marulanda	C.C	1035441901	19-08-1999	Colom	Sura	3106382880	machado Cl 45# 84-59	isasrma 1999@Hotmail.com		A	
6	13-09-2024	Kelly yojana	Arias Cardona	C.C	1038866862	14-02-2005	Colom	Sura	3023437158715	Fatima Cl 59B #59-59	Kelly.arias2614@gmail.com	Vaxigrip	A	

BASE DE DATOS APRENDICES A VACUNAR 2024

PROGRAMA DE FORMACIÓN	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
Técnico en apoyo administrativo en salud	2874470	Xiomara Mesa gutierrez	CC	1020477396	xiomy1712@gmail.com	3023271355
Técnico en apoyo Administrativo en salud	2874470	Angela yazmin Martínez piedrahita	CC	1038770425	jazminmartinezp2095@gmail.com	3023271355

Se llamo
2 Errado

	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-PB031
SupliMed	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
		Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2874470 AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (F/M)	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	13-09-2024	Xiomara	mesa Gutierrez	F	1020 477 396	17-12-1996	Colom	Sura	302327 1355	Robledo Cr 78# 90-24	xiomy1712 email. com.	Varicela HB Varigrip	1 1 1	Xiomara M.

BASE DE DATOS APRENDICES A VACUNAR 2024

PROGRAMA DE FORMACIÓN	NÚMERO DE FICHA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
Tenologia en Regenci	2765712	lizeth johanna useche aponte	CC	1098733271	lizelyemreyfe@gmail.com	3178765489
Tenologia en Regenci	2765712	Gisel cañaveral rivas	CC	1035436538	gisel2526@gmail.com	3196081248
Tenologia en Regenci	2765712	Catherine madrid buitrago	CC	1035236235	madridcaterine201427@gmail.com	3014880017
Tenologia en Regenci	2765712	Julian fernando palacio	CC	1042772020	julianpalaciorp@gmail.com	3113444846
Tenologia en Regenci	2765712	David alejandro arango	CC	1001359231	arangodavid1997@gmail.com	3044971680
Tenologia en Regenci	2765712	Marley dallana amaya	CC	1007241821	dallanabustamante09@gmail.com	3175474425
Tenologia en Regenci	2765712	Marinelsy zuñiga	CC	1133679457	zmari1732@gmail.com	3044006751
Tenologia en Regenci	2765712	Luisa fernanda jaramillo	CC	1234990404	jaramiloechavaria@gmail.com	3106122851
Tenologia en Regenci	2765712	Yurley ramirez posada	CC	43275853	ramirezaudalia@gmail.com	3187808636
Tenologia en Regenci	2765712	Maria caterine mosquera	CC	1017232477	kate3006@hotmail.com	3128515506
Tenologia en Regenci	2765712	Valentina trujillo vasquez	CC	1234988297	valentina020997@hotmail.com	3216377847
Tenologia en Regenci	2765712	Lenis diliana rosero acevedo	CC	1128455403	lenisrosero@gmail.com	3024726434
Tenologia en Regenci	2765712	Luisa maria torres cuadros	CC	1035874858	luisatorres0330@gmail.com	3135511147
Tenologia en Regenci	2765712	Paula andrea morales marin	CC	1000403750	pacmoralesmarin09@gmail.com	3222243274
Tenologia en Regenci	2765712	Ivone yesenia cano garcia	CC	1075269090	yesy081492@gmail.com	3125683956
Tenologia en Regenci	2765712	Edier johan barinas romero	CC	1007469653	johanbarinas@outlook.es	3182844548
Tenologia en Regenci	2765712	Darly estefania guzman grajales	CC	1151448450	guzmanstefix@hotmail.com	3245402665
Tenologia en Regenci	2765712	Viviana marcela acevedo isaza	CC	1036613857	vivi-paisa88@hotmail.com	3153519739
Tenologia en Regenci	2765712	Mariana henao villegas	CC	1216726227	henaovillegasmariana@gmail.com	3147175713
Tenologia en Regenci	2765712	Maria alejandra monsalve	CC	1035426584	marialejamonsalve@gmail.com	3052026463
Tenologia en Regenci	2765712	Ana manuela araut tarasona	CC	1001546902	anaarrauty@gmail.com	3024146757
Tenologia en Regenci	2765712	leidy janneth palomeque pino	CC	32209466	leidy.palomeque.p@gmail.com	3128180789
Tenologia en Regenci	2765712	Diana milena raigoza betancur	CC	43162148	diana226@hotmail.com	3126989523
Tenologia en Regenci	2765712	Leidy johanna garcia mazo	CC	1020403361	ljgarcia0911@gmail.com	3126830735
Tenologia en Regenci	2765712	Maria isabel serna marulanda	CC	1035442901	isaserna1999@hotmail.com	3106382880
Tenologia en Regenci	2765712	Jessica milena grajales	CC	1026145216	jessig9202@gmail.com	3177667688
Tenologia en Regenci	2765712	Manuela rodriguez monsalve	CC	1000899668		3135730523
Tenologia en Regenci	2765712	Maria fernanda giraldo	CC	1037651427	m.fernanda10512@gmail.com	3128012866
Tenologia en Regenci	2765712	Joys Katerine Areiza Arenas	CC	1001500907	kathe areiza@gmail.com	3022640761
Tenologia en Regenci	2765712	Manuela Balbin Piedrahita	CC	1001391551	200babinmanuela@gmail.com	3017740251
Tenologia en Regenci	2765712	Maria dahiana gonzalez	CC	1022098273	dahianagonzalez3@gmail.com	3007208895

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-P8031
Versión: 02
Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2765712

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	13-09 2024	Maria Isabel	Suarez Maldonado	C.C	1035442901	19-08 1999	colom	Sura	3106388880	Machado Clase # 84-59	Rosasuarez1999@Hotmail.com	Vaxigrip HB	A 1	Maria Isabel
2	13-09 2024	Leidy Johanna	Garcia Mazo	C.C	1020403361	21-12 1986	colom.	Sura	3176830735	Bello Viudo Potrillo	Ljgarcia0911@gmail.com.	Vaxigrip Varivax HB	A 1 1	
3	13-09 2024	Diana Milena	Ramirez Blanco	C.C	43162148	26-12 1979	colom	Sura	3126989523	Envigado Cl 52 Sur 39E-37	dianaz26@Hotmail.com.	Varicela Vaxigrip HB	1 A R	
4	13-09 2024	Manuela	Balbin Piedrahita	C.C	1001391551	28-05 2000	Colom	Sura	3017710251	Viudo Sabaneta	zoobalbinmanuela@gmail.com.	Varicela HB Vaxigrip	1 1 A	Manuela
5	13-09 2024	Maria Alejandra	Monsalve Acevedo	C.C	1035426584	27-02 1992	colom	Sura	3052026463	Portugal Cl 62 #18-45 Copacabana	mariadejo monsalve@gmail.com.	Varicela HB Vaxigrip	1 R A	Alejandra M.
6	13-09 2024	Mariana	Hinao Villegas	C.C	1216726777	19-03 1998	colom	Sura	3147175713	Cl 20A # 54A-04 Int 201 Enciso	hinaovillegasmariana@gmail.com.	Vaxigrip HB Varicela	A 3 1	Mariana H
7	13-09 2024	Yuriley Audalia	Ramirez Posada	C.C	43275853	05-11 1981	colom.	Sura	3184808636	Trinidad Cl 73 # 65F-57	ramirezaudalia@gmail.com.	HB Vaxigrip Varicela	3 1 1	Yuriley R.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP0031
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: Ficha 2765712

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	13-09-2024	Jessica Milena	Grajales Amariles	C.C	1026145912	09-02-1997	Colom	Sura	3015789206	Caldas Cl 49# 131 Sur 69	jessi1592@gmail.com	HB Varicela Vaxigrip	2 1 A	
9	13-09-2024	Luisa Fernanda	Jaramillo Echavarria	C.C	1234990404	19-10-1998	Colom	Sura	3106122851	P. San Antonio Piedra Cr 81A #42 Sur-21	jaramillo luisa@gmail.com	HB Vaxigrip Varicela	1 A 1	
10	13-09-2024	Julian Fernando	Palacio Restrepo	C.C	1042772020	24-04-1994	Colom	Sura	3113444846	Santa Cruz Cl 50C # 100-74	julian palacio rp@gmail.com	HB TT Varicela	R R1 1	
	13-09-2024	Julian Fernando	Palacio Restrepo	C.C	1042772020	24-04-1991	Colom	Sura	3113444846	Santa Cruz Cl 50C # 100-74	julian palacio rp@gmail.com	Vaxigrip	A	
11	13-09-2024	Valentina	Trujillo Vasquez	C.C	1234988797	07-09-1997	Colom	Sura	3216377847	Aranjuez Cr 45A # 90-44	valentina0709970@Hotmail.com	Varicela Vaxigrip HB	1 A 2	
12	13-09-2024	Maria Catalina	Mosquera Moreno	C.C	1017232477	30-06-1995	Colom	Sanitas	3128515506	B. Aires Cr 10A # 43E-29	Kate3006@Hotmail.com	Varicela HB Vaxigrip	A 1 A	
13	13-09-2024	Leidy Janneth	Palomeque Pino	C.C	1027094466	08-03-1983	Colom	Sura	3128180789	Robledo Campiño Cl 91A # 66-25	leidy.palomeque@gmail.com	HB Varicela Vaxigrip	1 1 A	

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-PS031
Versión: 02
Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2765712

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
14	13-09 2024	Inis Diana	Rosero Alvedo	C.C	1128455 403	04-02 1997	colom	salud total	3027726434	19 de abril no sabe	Inis vastine gmail. com.	HB Varicela Vaxigrip	(2) (1) (A)	Leidi R.
15	13-09 2024	catherine	madrid Buitrago	C.C	1035 236 235	27-01 1999	colom	salud total	3014880017	Barbosa Villa Isaza	madrid catherine 2014778 gmail.com.	HB Varicela Vaxigrip	(1) (1) (A)	Catherine M
16	13-09 2024	Paula Andrea	Morales Marin	C.C	1000 403750	09-05 2003	colom	sura	3222743274	Cl 59 # 80-210 el bosque	paomorales morning gmail. com.	HB Varicela Vaxigrip	(2) (2) (A)	Paula
17	13-09 2024	Gisel	Cañaveral Rivas	C.C	1035 436 538	26-03 1996	colom	sura	3196081248	ducado Cl 68 # 57-35	gisel2526 gmail. com.	Varicela Vaxigrip	(2) (A)	Gisel C1
18	13-09 2024	luisa Maria	Torres Cuadros	C.C	103587 4858	14-08 1996	colom	sura	3135511147	congol Cl 59 # 47-42	luisa torresosso gmail. com.	HB Vaxigrip Varicela	(3) (A) (R)	
19	13-09 2024	manuela	Rodriguez Monsalve	C.C	1000 899 668	26-09 2002	colom	sura	3135730923	Robledo Kandy No Sabe.	rodriguez ysmile gmail. com.	Varicela HB Vaxigrip	(1) (2) (A)	+ Manuela R.
20	13-09 2024	lizeth johana	Oseche Aponte	C.C	1098733 271	28-11 1997	colom	salud total	3178765489	niquia Cr 65 # 41A-15	lizelyem rivera gmail. com	Varicela HB Vaxigrip	(1) (1) (A)	

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
Versión: 02
Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2765712

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
21	13-09-2024	Joys Katerine	Arteza Arenas	C.C	1001500907	18-07-1995	colom	nueva eps	3022640761	Sto domingo no sabe	katherarteza@gmail.com.	HB Vaxigrip Varicela	1 A 2	
22	13-09-2024	Ivone yesenia	Cano Garcia	C.C	1075269090	14-08-1997	colom	sura	3125683956	manchester cl 46A # 46-59	yesy0814@gmail.com.	Varicela HB Vaxigrip	1 1 A	
23	13-09-2024	maria Fernanda	Giraldo Builes	C.C	1037651427	09-06-1996	colom	sura	3128012866	loreto cl 29A # 37-106 107 201	m.fernandadaiosiz@gmail.com.	Varicela Vaxigrip HB	1 A 1	
24	13-09-2024	Maria Dahiana	Gonzalez Pineda	C.C	1022098273	03-11-1995	colom	sura	3007708895	castillo cl 77 # 96-75	dahianagonzalez23@gmail.com.	HB Varicela Vaxigrip	1 1 A	
25	13-09-2024	Ediel Johan	Barinas Romero	C.C	1007469653	21-12-2000	colom	sura	3102844548	Segovia Torres Sebastian	johanbarinas@outlook.es	TT HB Varicela	1 1 1	
	13-09-2024	Ediel Johan	Barinas Romero	C.C	1007469653	21-12-2000	colom	sura	3102844548	Torres San Sebastian.	johanbarinase@outlook.es	Vaxigrip	A	
26	13-09-2024	Daily Estefania	Guzman Grigales	C.C	1151448450	03-05-1997	colom	sura	3245402665	Robledo cl 75 # 89A-29	guzmanstefixe@hotmail.com.	Varicela HB Vaxigrip	1 1 A	

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IP5031
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
		Vigencia desde: 28/11/2023

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: Ficha 2765712 AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
27	13-09-2024	Viviana Marcela	Acevedo Isaza	C.C	1036615857	11-03-1988	colom	sura	3153351739	robledo primavera cl 95A # 84-21	vivi-29isa88@hotmail.com	Varicela Vaxigrip HVB	1 A 1	Vivianaa
28	13-09-2024	marinelsy	zuñiga mosquera	C.C	1133679457	20-06-1999	colom	sura	3044006751	santo domingo cl 107C #20-29	zmo117329@gmail.com	Varicela Vaxigrip HVB	1 A 1	Hannelsy
29	13-09-2024	mailey Dallana	Amaya Bustamante	C.C	1007241821	09-01-2001	colom	nueva eps	3175474475	el salvador cl 39# 35A-33	dallanabustamante09@gmail.com	Varicela HB Vaxigrip	1 2 A	Dallana
30	13-09-2024	David Alejandro	Arango Quintero	C.C	1001359731	09-09-1997	colom	sura	3044971680	manrique cintia cl 84 #39A-48	daarango13zemi sina.udu.co	HB Varicela TT	1 1 1	David A
30	13-09-2024	David Alejandro	Arango Quintero	C.C	1001359731	09-09-1997	colom	sura	3044971680	manrique cintia cl 84 # 39A-48	daarango13zemi sina.udu.co	Vaxigrip	A	David A