SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

IPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

NTACTO: CARLOS JIMENEZ-312141435

LUGAR: SENA MINORISTA

FECHA: MARTES 17 SEPTIEMBRE 2024 - 8:00 AM - 4:00 PM

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	**220501623D**	**30/11/2026**	**154**	**126**		**28**	
VARIVAX	**Y008950**	**30/04/2026**	**150**	**138**		**12**	
VAXIGRIP	**Y3A681V**	**30/12/2024**	**60**	**6**		**54**	
ANTITETANICA	**220800224A**	**28/02/2027**	**30**	21		9	
ENTREGA:	**Juan Buitrago**		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

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: 29 24 355 | AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8.	17 09 24.	Agle Mariana	Rojas Alvarez	T.I	1.027 803 708	09 11 2006	colom	Sura	3022001618	cll30c69 A35. belen violetto	Rojasmariana 104@ gmail.com	Varivax HB.	2. 2	x Mariana R
9	17 09 24.	Santiago.	Roiz Valencia	CC	1.018 234 103.	23 07 2006.	colom	Sura.	3127959782	cll 97A #96-23. 12 de Octubre	Santiago gil valencia 1997@ gmail coM	TT HB Varivax	2. 2. 2.	x Santiago
10.	17 09 24.	Mariana	Londoño Cardona	CC	1.001 015 035.	30 04. 2002	colom.	nueva eps.	3028661050	cll2 A # 78 A10 Belen R.	Antonella. 080219 @gmail com.	Varivax H.B.	2. 2.	Mariana L.
11	17 09 24.	Karen Lorena.	gomez. Marin.	T.I	1.033 489 388.	20 10 2006	colom	Salud total	3004479604	cll100# 35A 58. Manrique San Pablo	Karen lorenag 15@gmail coM.	H.B. Vancela	2 2.	
12	17 SEP 2024	Maria Isabel	muñoz Hincapie	C.C	1017 926 765	28-11 2005	colom	SURA	3219600760	manrique (nitoa) cl 81 # 42-17	mmunoz hincapie esmail. com.	Varicela HB	Z Z	maria isabel muñoz
13	17 Sep 2024	Kevin Andres	Mejia Gaviria	C.C	1001 360 467	19-08 2003	colom	SURA	3006760754	manrique cl 42B# 88-93	Kevin andres mejia gadriae gmail.com.	TT Varicela H B	Z R Z	Kevin Mejia
14	17 Sep 2024	nicolle	muñoz ulloz	TI	1027 803 444	09-08 2006	colom	SURA	3245733352	Aranjuez cl 51 5A 88A -21	nicolle munoz ulloz gmail.com.	HB Varicela	Z R	Nicolle Muñoz

Varicela = 7
HB = 7
TT = 2

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP-031
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: 2924355.

AUXILIAR VACUNADOR(A): Mancera Clara.

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1.	17 sep 24.	Edith Yuliana	Guzman Socrquia	cc	1007 337 684	27 04 2000	col.	Nueva EPS.	313 495 6755.	K27 entre Nort Barboza	yuliana guzman suce@ gmail. com.	HB Varivax	2 2.	×Yuliana G
2	17 sep 24.	Crisly Natalia.	Lobo Julio	CC.	1032 178 843.	19 AG. 2006	cd.	Sanitas salud.	300 649 4770	Robleda (cambio dirección)	natalia Lobojulio 08@gmail. com.	HB Varivax	2 2.	×Natalia.
3	17 sep 24.	Claudia Manuela	Torres Uribe	CC.	1193 574 586.	02 JUN 2001	col	Sura.	314 378 5943	cra53 77-38 El bosque.	ct6024 989@ gmail. com	HB Varivax	2 2.	×Claudia
4	17 sep 24	Dina Marcela.	Palacio Luna	cc	1032 012423	20 08 2004	col	salud total.	320 831 3780.	Robledo el pesebre	Dina marcela Palacio luna@ gmail. com.	Varivax HB	2. 2.	Marcela ×Palacio
5	17 sep.	Ximena	Alarcon Foranda	cc.	1020 3962 03	19 JUN 2004	Col	Nueva EPS.	350 227 3553.	Calle 81e 61-15. Perez.	Foranda Ximena 123@ gmail.com.	HB Varivax	2 2	×. Ximena A.
6.	17 09 24.	Nelly Alejandra	Serna Murcia	cc	43 161 377.	05 12 1478	Colob.	sura.	3143998665	cra107 45A32 San Javier.	Alexit 4316@ Hotmail.com	HB. Varivax.	2 2.	×Nelly.
7.	17 09 24.	Kezlly Nikole.	Romero Somoza	TI	1.090 410 627	30 07. 2007.	Colomb.	Compensar.	cll 65g Barrio Santa fe.	3213626885	Romero Kezlly 56@ gmail.com.	H.B. Varivax.	2 2	×Kezlly

HB = 7
Varicela = 6
Varivax = 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP0031
Versión: 02
Vigente 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 masajo.

CONVENIO: Ficha 2024355

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	17 Sep 2024	John michael	zapata Montoya	C.C	1000 197 387	26-03 2002	colom	suia	350 808 9488	Dg 43B# 33B-06 alcalá	michael 672e gmail. com.	TT HB Varicela	(2) (2) (2)	
16	17 Sep 2024	ximena	Guisao Rodriguez		1020 110895	06-06 2006	colom	salud total	300 881 6138	UPS Antonia Cl 70A# 77A-81	ximena guisao 344@ gmail com.	Varicela HB	(2) (2)	Ximena G.
17	17 Sep 2024	kaolys janaina	Patrinina Ramos	C.C	1003 409 256	11-04 2003	colom	suia	302 4012 125	palmas de cataluña cr 26A # 38A-23	kaolys ramos @gmail. com.	HB Varicela	(2) (R)	Kaolys Patrinina

TT = 1
HB = 3
Varicela = 3

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: 2823118

AUXILIAR VACUNADOR(A): Maclara

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1.	17 sep 24.	Sindy catalina	Osorio Vargas	cc	1128 469 945.	06 NOV 1988.	col.	Sura.	300 721 4269.	av. 45 63-13 bello	cataosorio 88@ gmail. com.	~~Vaxigrip~~ HB	U. 3.	*Sindy Osorio
2	17 sep 24	Valentina Davila	Yepes	cc.	1001 369 645.	15 OCT. 2002	col.	sura.	300 596 1070	cra 91 a 65c 108 Robledo	davila 0916 @gucl. com.	Vaxigrip	U	*Valentina Davila

Vaxigrip. 2
HB 1

Varicela 20 - 11 5 - ND 17 Intl. 2

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Codigo: F-GV-PS031
Version: 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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: Ficha 2992515

AUXILIAR VACUNADOR(A): Mª clara

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17-SEP 2024	Valentina	Suaza Sanchez	T.I	1017928886	28-12 2006	Colom	Salud total	3016315115	popular cl 38 # 110C-36	usuazosanchez@gmail.com.	HB Varicela	(2) (1)	Valentina S
2	17 SEP 2024	Sandra Patricia	Osorio Rave	CC	43 165 024.	11 julio 1980	Colom	Bolivar.	321 717 3942.	Guayabitagui.	stasorio rave@hotmail.com.	Varicela	(2).	Sandra Osorio
3.	17 sep 24	Isabel Cristina.	Rendon Herrera	CC	1025 643646	27 en 2005.	Colomb.	Sura.	313 797 9159.	Nariño cra34 a 71-52.	isa780622@gmail.com.	Varicela HB	(2) (2)	
4.	17 sep 24	Ana Sofia	Giraldo Correa	CC	1035 974 202.	06 sep 2006	Colomb	Sura	301 449 9941	Clle 52 sur 72 24 San Antonio	anagiraldo.p1@gmail.com.	Varicela	(2).	
5	17 sep 24.	Javier Andres.	Mesa Rivera	CC.	1110 513341	10 07 1991	col.	Salud Total.	315 775 7663.	Clle 44 94-26 Apto 302 la America.	Jandresmesar@gmail.com	Varicela TT	2 2	Andrés Mesa R
6.	17 sep 24.	Evelyn	Seina calle	CC	1021 802 623.	03 04 2004	col.	Sura.	320 230 3285.	Cll 31A 33-37. Nariño oriental.	evegcalle05@gmail.com	HB Varicela	2 2.	Evelyn Seina Calle
7	17 sep 24	Sandra Maribel	López Castaño	CC.	1128 404334	18 AGOSTO 1986	col.	Sura	3234653234.	cra84A 104A-37 Progreso 2.	lopezcastanosandra@gmail.com.	HB Varicela	2 2	Sandra López

Varicela = 7
HB = 4
TT = 1

SuplMed

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: 2992545.

AUXILIAR VACUNADOR(A): Aldair.

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8.	17 sep 24.	Zahira Marcela	Vasquez Zuluaga	CC	1013 459 209.	22 07 2006	col.	Sura.	304 664 7115.	cra 94 #489 34- Floresta	(cra 94). zahiravasquez@gmail.com.	HB Varivax	2 2	*. Zv
9.	17 sep 24.	Angelica s	Seguro Machado.	TI	1017 928 382.	03 oct. 2006	col.	Sura	321 622 5436	Clle 3 # 3A-13. Aurelio Mejia Girardota.	angelicaseguro6@gmail.com.	HB	2	*Angelicas
10	17 sep	Paulina Urre	Urrego lopez.	TI	1017 183 008.	07 03 2008.	col.	sura.	320 568 2297.	Manrique Oriental cra 38 67-87.	urregopaulina58@gmail.com.	Varicela HB	2 2	*Paulind
11	17 sep.	dina Isabel.	Guerra Caballero	cc.	1193 101 293.	30 sep 2001	col.	Nueva EPS.	324 636 0279.	clle 54 11-13 Villatim	Yisque0082@gmail.com.	Varivax	(2)	*Lina g.
12.	17 sep.	Valentina.	lopez Betancur.	cc.	1002 965 192.	18 Julio 2002.	col.	SURA.	302 401 5087.	Sdo Domingo	valentinacstylinson@gmail.com.	Varivax HB	(2) (2).	* Valentina.
13.	17 sep.	Nicolás	Hincapie Avendaño	cc.	1000 760 357.	31 oct. 2002.	col.	Salud total.	491 4100.	clle 38 94-40 sta Monica.	nikyha1031@gmail.com	TT Varivax HB	2 2 2.	*. Nicolás H.
14.	17 sep.	laura.	Orozco Ortiz.	cc.	1020 494 669.	05 sep 1999.	col.	Sura.	321 856 9497.	clle 102 #6-52. Pedregal.	lauortiz@gmail.com.	Varivax HB	2 2.	*Lorty

Varicela = 6 -
FT = 1
HB = 6 -

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: 2992545. AUXILIAR VACUNADOR(A): Ma clara.

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15.	17 sep 2024.	Maira Alejandra	Parra lopez.	cc	1037 619 015.	23 04 1992	cd.	Sura.	316 147 5740.	Clle 56 asor 5ta 23 Semonal.	alga423 PL@gmail .com.	Varicela HB	2 2	Alejandra Parra.
16	17 09 24.	Laura Camila.	Muñoz Correa.	cc	1.000 403 548.	19 03. 2003.	col.	sura.	3003890903	cll 32 # 336 114. el salva.	Calaca7 25@gmail Com.	varivax HB	2. 2.	laura muñoz.
17	17 Sip 2024	Maiyn Liyan	colorado Cordoño	C.C	1000 441 896	23-02 2001	colom	Salud total	323432 1788	Cotativa cl 55 # 65-05	liyan colorado 12@ Smail. com.	HB Varicela	(2) (2)	Liyan colorado L.
18	17 Sip 2024	yadis mildiry	lopez Guisao	C	1039 284 447	08-08 2004	colom	coo salud	300 991 0755	Robledo cl 81 # 95-37	yis21540 @gmail. com.	HB Varisela Varicela	(1) (1) (1)	yadis lopez.
19	17 Sip 2024	zulema	ollez Rojas	T.I	1045 4232 88	24-09 2006	colom	coo salud	314866 2566	uva la libertad cl 56 BB # 138	Rojasax el2110 @gmail. com.	HB Varicela	(2) (R)	zulema Rojas.
20	17 sep 24	saul Diez	olivera	cc	1052 950 353.	27 jul 2004	cd.	Nueva EPS.	304 208 2299.	cra-51 cll 109a andalucia.	saulolivera 2707@ gmail. com	HB TT Varivax.	2. 2	
21	17 sep 24.	Ana cristina	Rueda Chambergo.	cc.	1035 234 935.	07 Feb 1998.	col.	Nueva EPS	310 705 3524.	cra 28 100-78 La Esperanza	cris.tina -020798 @gmail .com.	varivax	2	Ana Rueda

Varicela = 7
TT = 1
HB = 6
Incluen = 1

	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
SupliMed	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	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: 2992545 · AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
22.	17 sep 2024.	luna Esmeralda	Siepa Villegas	cc.	1025 763024.	22 jul 2006.	Colom.	sanitas salud	323 437 9046.	Cra 57 sur 62 D-23 San Antonio prado	luna villegas @gmail com.	Vaxigrip HB Varivax	1 1 1	xluna

1 vaxigrip
1 HB
1 varicela

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 29939104

AUXILIAR VACUNADOR(A): Aidan Bedoya

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCIÓN-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
7	17.09.2024	Maria Jose	Hoyos Alvarez	CC	1067901259	14.01.2003	Colom	Mutual ser	3145446822	Castilla	mhoyosalvarez55@gmail.com	HB Varivax	2 2	
8	17.09.2024	Ana Maria	Carvajal Navarro	CC	1022142158	12.01.2004	Colomb	Sanitas	3148651843	Cr 60 # 38-61 Bello	ana091222004@gmail.com	Varivax	2	
9	17.09.2024	Karen Yolie	Moreno Murillo	CC	1077455625	05.04.1992	Colom	Sura	3244390895	Cr 23B Cll 84B-50 Santo Domingo	karenyoliemorenomurillo@gmail.com	HB Varivax	2 2	Karen
10	17.09.2024	Estefania	Usuga Cadiza	TI	1018236804	13.04.2007	Colom	Sanitas Salud	3135303517	Cll125A Cr50C-8 el Playon	yesicasofia1230@gmail.com	HB Varivax	2 2.	Estefania Usuga L.
11	17.09.2024	Estefania	Molina Arboleda	CC	1152211640	15.01.1996	Colom	Sura	3015556048 9.	Cll79B3B #96-94 Robledo Aures	estefania molina27@hotmail.com	HB Varivax NO VACUNADA	2 2	Estefania Molina
12	17.09.2024	Lesly Jackeline	Tavera Agudelo	CC	1000759688	09.08.2002	Colomb	Sura	3013572538	Cr 49C # 108-24 Andalucia Infraroja	leslyagudelo30@gmail.com	HB Varivax NO VACUNADA.	2 2	lesly tavera.
13	17.09.2024	Edimar Alejandra	Lopez Bogado	PPT	1551341	30.09.2000	Venezol.	Sanitas Salud	3047758814	Cll56AE # 20C-20 la libertad	edyb30@gmail.com	HB Varivax	2 2.	Edimar Lopez.

HB = 4.
varicela = 5

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: Ficha 29939104. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
14	17.09 2024	Stefany	Cuero Carmona	TI	1112391 380	02.12 2006	Colom	Salud Total	3028 670847	Barrio Paris Bello	Stefany cueros @gmail. com	Varivax	2.	Stefany
15	17.09 2024	Mildrey Melissa	Peña echavarria	CC	102564 6833	05.03 2006	Colom	Sanidad Militar	305392 3033	Cr 26 cc #38A-74 la Milagrosa	Melisha peña varela 10 @gmail. com	HB Varivax	2 2	Melisa peña
16	17.09 2024	Maribel	Restrepo Zapata	CC	43158 034	04.05 1971	Colomb	Sura	314724 0893	Cll 103D #22-35 Rebegral	maribel rpoz9@ gmail. com.	HB Varivax	2 2	Maribel
17	17.09 2024	Yesmith Adriana	Machacado Leon	CC	1052143 164	25.02 2006	Colom	Salud total	318265 2627	Cll 95 sur #92-195 La Estrella	machacado adriana77 @gmail. com	HB Varivax	2 2.	Adriana machacado
18	17.09 2024	Melisa	Martinez Moreno	CC	1054925 653	14.12 1997	Colomb	nueva eps	304340 4371	Cll 79C sur #52 -84 la estrella	Melimartinez moreno 538 @ gmail.com	Varivax	2	MELISA MARTINEZ.
19	17.09 2024	Karina	Corrales Villa	CC	103597 1539	22.11 2004	Colomb	nueva eps	310828 1715	Cimarai #1	karina corrales 544@ gmail.com	HB Varivax	2 2	Karina Corrales
20	17.09 2024	Pamela Karolin	Caro Lopez	TI C	1067092 329	12.09 2006	Colomb	Sura	310775 7441	Cll 89 # 54B-13 Arangoez	Carolopez pamelacaro @gmail. com.	HB Varivax	2 2	Pamela Caro

HP = 5.
Varicela = 7.

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: Ficha 3036185 AUXILIAR VACUNADOR(A): Aidan Bedoya

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN Nº	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	17.09 2024	Maria Camila	Garcia Ortiz	CC	1013457602	18.11 2004	Colomb	nueva EPS	3104787923	CR107C cll 45A-70 San Javier	mariacamila garo18@gmail.com	Varivax	2	Camila G.
16	17.09 2024	Jesus David	Agulimpia Oregoela	TI	1076818954	10.12 2006	Colomb	Salud Total	3104217831	CR101 # 70D-18 Robledo	Agulimpia jesusdavid@gmail.com.	TT Varivax HB	2 2 2	Jesus David
17	17.09 2024	Estefania	Marulanda Vargas	CC	1017257705	21.02 1999	Colomb	Sana Salud	3116178122	cll 106 # 43B-44 Popular 1	estefaniamarulandav@hotmail.com	HB Varivax	2. 2	Estefania Marulanda.
18	17.09 2024	Ruby Valentina	Cataño Heraо	CC	1002085727	19.07 2003	Colomb	Sura	3115109483	cll59#B3 CR68e-07 La Primavera	Valentina Herao874@gmail.com	HB Varivax	2 2	Ruby Cataño
19	17.09 2024	Nicolle Valeria	Tabarda Betancur	TI	1023634222	10.02 2008	Colomb	Sanitas	3218797921	CR43# 107B-105 INT 201 popular 1	Tabarda Betancur12@gmail.com	HB Varivax	2 2	Nicolle Tabarda
20	17.09 2024	Ricardo Leon	Posada Penagos	CC	71722835	19.09 1969	Colomb	Sura	3052037212	cll62 # 109A-120 Robledo	leonposadape@hotmail.com	TT Varivax	2 2	Ricardo Leon Posada.
21	17.09 2024.	Patricia Lucia	Cardozo Campos	CC	39282994	01.05 1980	Colomb	Sanidad militar	3112181547	CR74B #65-218 San Germán	patricia cardozocamp0010s@gmail.com	HB Varivax	2 2	PatriciaCardozo

HB = 5 → ventrelas = 1 ✓
TT = 2

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP-051
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 3036185

AUXILIAR VACUNADOR(A): Maria Claral Castro

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	17 Sep 2024	Genesis Margarita	Silbiran Diazco	C.C	1126 252 123	21-06 2000	colom	salud total	324 380 9492	San Javier no sabe	genesis silbiran 75@gmail. com.	HB Varicela	2 R	Genessilbiran
9	17 Sep 2024	yined Paola	Ibaiza Granada	C.C	1037 670 934	22-09 1999	colom	sura	300 279 1278	El Salado C174# 40s-51	yined99 @hotmail. com.	HB	R	Yined.
10	17 Sep 2024	luz Albany	Amarilles Londoño	C.C	1007 459 996	31-10 1995	colom	salud total	321706 0324	Buenaval C157# 9si-7	albani amarilis. 2@gmail. com	HB Varicela	2 R	Luz Albany Amarilles Londoño
11	17 Sep 2024	juan pablo	Moreno Espinosa	C.C	1052 943 431	30-07 2003	colom	caja copi	324574 9454	Colinas de riscso no sabe	moreno espinosa juanpabl 40@ gmail.com	HB TT Varicela	2 2 R	Juan pablo moreno
12	17 Sep	lorelys del carmen	Simanca ospino	C.C	1051 678 467	09-10 1998	colom	nueva eps	301766 9821	Juanxxiii C198B# 49A-23	simanca lorelys @gmail. com.	HB Varicela	2 R	Lorelys Simanca
13	17.09 2024	Estefania	Molina Arboleda	cc	1152211 640	15.01 1996	Colomb	Sural	301555 60489	Cll 71B #96-94 Robledo Aures	estefania molina27 @hotmail com	HB Varivax	2 2	
14	17.09 2024	Lesly Jackeline	Tavera Agudelo	cc	1000759 688	09.08 2002	Colomb	Sural	301357 7538	Cr 41C # 108-24 Andalucia la Francia	lesly agud elo 30@ gmail. com	HB Varivax	2 2	

HB 7
Varivax 6
TT 1

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

Código: F-GV-IP003-1
Versión: 02
Vigencia desde: 26/11/2023

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 3036185

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17 sep 2024	Sara	Pelea Santos	C.C	1152 456 630	01-10 1995	colom	nueva eps	3136678245	Guayabal cl53# 98sur-20	sara.pelea@email.com	HB Varicela	2 R	Sara Pelea
2	17 Sep 2024	Sandra Eugenia	monsalve Mari	C.C	43580 653	15-08 1973	colom	salud total	3182067903	la loma cl55# 129-62	sandra.monsalve.maine@gmail.com.	HB Varicela	3 1	Sandra Monsalve
3	17 sep 2024	Gloria Patricia	londoño Ruiz	C.C	43252 040	10-07 1982	colom	sura	3106367433	santa elena vereda Barro Blanco	gloma1982@gmail.com.	Varicela	R	
4	17 Sep 2024	claudia Maritza	Jimenez Garzon	C.C	1020 405 173	10-04 1987	colom	sura	3117081549	Toscana cr63# 111E-50	claumiazi.valle@gmail.com.	HB Varicela	2 R	claudia Jimenez
5	17 Sep 2024	Diana yancely	Heron Sena	C.C	1073 802 454.	14-04 1994	colom	salud total	3016814927	maniqui cl84A# 31A-31	Diana.Heron@email.com	HB Varicela	2 R	Diana Heron.
6	17 Sep 2024	Ana Sofia	Gomez londoño	C.C	1011393659	28-07 2005	colom	salud total	3106572743	maniqui cl85 # 32-28	a08965038@gmail.com.	HB Varicela	2 R	Sofia Gomez
7	17 Sep 2024	Ana Milena	Bermudez Tiano	C.C	43870 664	22-01 1980	colom	sura	3006335453	el tiamon cl40A# 48A-28	milebermudez@hotmail.com.	HB Varicela	2 R	MILENA BERMUDEZ

HB 6 -
Varicela 7 -

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: Ficha 2993904 AUXILIAR VACUNADOR(A): Aldair Usebyd.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17.09 2024	Maria Fernanda	Zapata Echeverri	CC	1035922 419	04.09 1999	Colom	Sura	3146933 4737	Cr 70A # 3 Castilla.	my-0420 @hotmail com	HB Varivax	2 2	MARIA FERNANDA
2	17.09 2024	Geraldin	Otalvaro Berrio	CC	1011511 881	12.05 2006	colom	Salud Total	324651 0315	Zamora Santa rita	Otalvaro geraldins @gmail. com	HB Varivax	2 2	Geraldin otalvaro Berrio.
3	17.09 2024	Angy Paola	Cordoba Cabrano	CC	1011511 628	16.01 2006	Colom	Sura	324474 2894	Cll 57D # 85e-50 Colinas de Calazans	Cordoba angy 48 @gmail. com	HB Varivax	2 2	Angy Cordoba
4	17.09 2024	Juliana	Saldarriaga Marsalve	CC	1025643 057	03.11 2004	Colombia	Salud Total	313576 9148	San javier el Salado	Saldarriaga marsalvejuliana @gmail. com	HB Varivax	2 2	Juliana Saldarriaga
5	17.09 2024	Luis Miguel	Guzman Betin	CC	103491 6668	11.06 2004	Colombia	Sura	300632 3018	Cll 116 # 69-46 Santander	Luismi Betin 60 @gmail. com	HB TT Varivax	2 2 2	Luis Miguel Guzman.
6	17.09 2024	Meliza	Restrepo Cortes	CC	101139 2274	31.01 2005	Colom	Sura	302352 0434	Cll 94 # 43B-20 La Salle.	melizares trepo 14 @gmail. com	HB Varivax	2 2	Meliza Restrepo.
	17.09 2024.	Ana Maria	Carvajal Navarro	CC	102214 2158	12.01 2004	Colom	Sanitas	3148651 843	Cr 60 # 3861 Bello	ana01122 004 @ gmail.com			

NO VACUNADA.

HB = 6
Varicela = 6
TT = 1

HB 10 Varicela 9 TT 1 Inf 0

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP8031 | 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 masajo.

CONVENIO: Ficha 2874470 AUXILIAR VACUNADOR(A): Mª clara.

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17.09 2024	Eliana Maria	Jaramillo Lopez	C.C	43580 186	30-11 1973	Colom	SURA	313495 3901	Victoria Gomez Cl 109 #63 B-49	eliana jll 73@ gmail. com.	HB	(2)	Eliana JLL
2.	17 sep 2024.	Mª Antonia N.	Niño. Realpe	cc.	1083 029 498.	21 sep 1997.	col.	Nueva EPS.	323 592 6042.	cra 71 95-84 Castilla	antonia laguado chavarro @gmail. com.	HB	(2)	Maria Niño
												Varilax	2	
3.	17 sep 2024.	Yasury Milena	Rueda Perez.	cc.	1020 106 602.	23 mar 2005	col.	sura salud.	304 563 1166.	caicedo	rueda yasury @gmail. com.	HB	2	Yasury
												Varilax	2.	
4.	17 sep 2024	Mariana	Montoya Gomez	cc.	1017 927 898.	26 julio 2006.	col.	salud total-	304 668 9429.	cra 82c 43a sur 11. San Antonio Picacho.	mariana montoya .826@ gmail.com	HB	2.	Mariana M.
												Varilax	2-	
5.	17 sep 2024	Ariana Isabel.	Mercado Guerra	TI	1064 897 796.	17 sep 2006	col.	Nueva EPS.	322 672 3793.	cra 37 81-93 Manizales.	ariana mercado 2006@ gmail.com.	HB.	2.	Ariana M
												Varilax	2	
6.	17 sep.	Laura Ximena	Puerta. Marin.	cc.	1033 180 416.	01 oct. 2006.	col.	Sura.	305 279 9018.	Calle 98 cc 86-81 Picacho.	marin ximena 233@ hotmail.com.	Varilax	2	
												HB	2.	Laura P
7.	17 sep.	Sebastian	Ortiz. Bedoya	cc.	1040 749 716.	14 dic. 1994.	Col	Sura.	314 529 7528.	cra 39 118 065 Itagüí.	sebas. bedoya 1494 @gmail.com.	HB	2	Sebastian O
												TT	2.	
												Varicela	2	

HB : 7
Varicela : 6
TT : 1

	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
SupliMed	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	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: 2874470.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	17 sep.	Yasira	Moreno Salcedo	cc.	1001 015229.	18 OCT. 2000.	col.	Salud Total	313 679 1625.	clle 18 90-39 Belén altavi.	yasira moreno 5 @ gmail. com.	HB Varicela	2. 2	*yasira
9.	17 sep.	Yulieth. Susana.	Serrano Tora	cc.	1022 145 860.	25 JUN 2006	col.	Sura.	301 500 4335.	cra 54 46a 18 Prados blancos.	yulieth susana9 @ gmail. com.	HB Varicela	2. 2.	Susana T.
10	17 sep.	Mariana	Ocampo Betancur.	TI	1035 855 036.	06 05 2009	col.	Savia Salud.	302 358 8458.	cra 14 3-14 Castilla mejia.	mariana ocampo b.17 @ gmail. com.	HB Varicela	2 2.	*Mariana.

HB = 3ª
Varicela 3ª

HB 17 Varicela 20 TT 4 Vaxi 0

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

ESTÁNDAR 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 2924358

AUXILIAR VACUNADOR(A): Maria clara.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	17 Sep 2024	Isabela	Toro Castiño	C.C	1036251258	10-11-2004	colom	sura	3148398018	limonal cl 64# 57A-08	toroisabela54@gmail.com.	HB Varicela	1 R	Isabela toro
9	17 Sep 2024	Ana Sofia	Taborda Ospina	T.I	1023 632 434	29-05-2007	colom	sura	3023852002	cr 51 # 93-72 Aranjuez	Taborda ospina anasofia@gmail.com.	HB Varicela	1 R	Sofia T.
10	17 Sep 2024	Karol Dayana	Montoya Ilon	C.C	1036448962	20-02-2005	colom	sura	3022791771	cl 111 # 80-67 santamii	karol montoya321@gmail.com.	HB Varicela	1 D	Karol Montoya
11	17 Sep 2024	Arley Felipe	lopez Pita	T.I	1038 542 165	12-03-2007	colom	sura	3127019725	Gabriela no sabe	lopezarleyfelipe@gmail.com.	HB TT Varicela	1 1 R	Arley L.
12	17 Sep 2024	Manuela	Pareja velez	C.C	1025 883 097	17-11-2004	colom	salud total	3022335512	Robledo cl 70# 91B-71	manuela179@gmail.com.	HB Varicela	1 R	manuela P.
13	17 Sep 2024	Maria camila	Altamar Jimenez	C.C	1035 874 398	29-02-1996	colom	salud total	3124705 5867	quitasol AV 36B# 65A65	altamar6226@gmail.com.	HB Varicela	1 R	Camila Altamar.
14	17 sep 2024	Camila	Arenas Martinez	C.C	1001418 438	30-12-2001	colom	sura	3117651698	Guayabal cl 89# 46-19	camilamz1130@gmail.com.	HB Varicela	1 R	Camila A.

HB = 7-
VariC = 7-
TT = 1

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 2974358

AUXILIAR VACUNADOR(A): Nª clara.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17 Sep 2024	Juan pablo	Arelondo Hurtado	C.C	1000 415 695	07-05 2001	colom	Savia salud	313501 8241	B Antioquia Cl 65T# 24-64	Juanpablo Hrb-001 @hotmail. com.	TT Varicela	2 R	Juan Pablo H.
2	17 Sep 2024	melany	Cardona Zapata	C.C	10405 71961	06-09 2005	colom	sura	300 8515O 79	San pio Dg 50# 32-41	cardona melanyo6 @gmail. com.	HB Varicela	2 R	Melany C.
3	17 Sep 2024	ximena	Holguin Trujillo	C.C	1021922 429	07-08 2004	colom	sura	314501 1672	altos de niguia Dg 69C # 4U39B int 210	ximena 3237763 @gmail. com.	Varicela	R	ximena H.
4	17 Sep 2024	valeria	Gutierrez Giraldo	C.C	10349 16373	15-03 2004	colom	sura	301505 2943	castilla Cl 72B# 96-37	angelita.19 m/01456 @gmail. com.	HB Varicela	2 R	Valeria.
5	17 Sep 2024	Daniela	Salazar Graciano	C.C	1018227 200	16-12 2004	colom	salud total	300311 6006	Castilla Cl91# 69-34	Dsalazar graciano @gmail com.	Varicela HB	R 2	Daniela.
6	17 Sep 2024	Jhedi Nelson	Ramirez Castro	C.C	98393 559	06-12 1975	colom	sura	316713 2957	Bello Av35#42A 62	Jhddyrel 07@ Hotmail. com.	TT HB Varicela	2 2 R	Jhedi Nelson Ramirez
7	17 Sep 2024	Jeffrison	Ramirez Cardona	C.C	1017275 596	09-11 1999	colom	sura	302 435 9241	colinas Niquia Cl57DD# 23-179	ramirezj 277-992 @gmail com.	TT HB Varicela	2 2 R	Jeffrison Ramirez Cardona

T.T = 3
HB = 5.
Varicela = 7

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP9031
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: 2924358.

AUXILIAR VACUNADOR(A): Maria clara.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	17 sep 2024	Elizabeth Cristina	lopez chavarria	cc	1036 631502.	18 jul. 1990	col.	salud total	321 861 87 90.	cra 73 97-113 castilla.	Cristi 900718 @gmail com.	HB Varivax	2 2	Elizabeth lopez
16	17 sep 2024.	Maria Victoria	Cordona Taborda	cc.	1017 275 207.	02 nov 1999.	col.	sonia salud.	302 761 8360	clle 104 b # 77-44 Pedregal.	maria victoria cordona taborda @gmail.com.	HB Varicela	2. 2	Maria V. Victoria
17	17 sep 2024.	Yasiris	Machado Moreno	cc	1032 012 006	11 jul 2006	col.	salud total.	312 782 6704.	clle 94-24c 121 int 106 stadamingo	yasiris moreno 15 @gmail.com	HB Varivax	2 2	Yasiris M
18	17 sep 2024	Sara	Ocoro Mosquera	cc.	10133 40676	14 mayo 2006	col.	salud total.	302 282 9036.	clle 94 cra 24c 126 stadamingo	ocoro sara11 @gmail.com	HB Varivax	2 2	Sara O
19	17 sep 2024	Tatiana Marcela	climaco Rojas	cc	1001 550 120	31 En. 1998.	col	Coosalud	310 542 7723.	clle 56a 25 bb 76 Encizo manantial	tamar. tc94 @gmail.com.	HB Varivax	2 2.	Tatiana
20	17 sep 2024	laura Vanessa	zapata Quiceno	cc	1000 205644.	25. jul 2002	col.	salud total.	324 426 7487.	cra 99b 49aa 14. santander jun 23.	lala zapata 2515 @gmail. com.	Varivax	2.	Laura zapata

HB = 5
Varicela = 6

HB 16 TT 3 Varicela 18 Inf 2

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: 2923492 AUXILIAR VACUNADOR(A): Mariaclara.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	17 09 24.	Jonathan David	Miranda Ramos	CC.	1.038 099 396.	09 09 2005.	Colo.	Sura.	3128061511	Corcarabanco.	miranda jonathan 399@ gmail.com.	HB Varicela TT	2. R. 2.	*Jonathan D.
9.	17 sep 24.	Melissa	Gonzalez Quintana	a	1017 233 144.	18 AG 1999.	Col.	Sura.	304347 4121.	calle 52 8-24 caicedo	melosa-269@ hotmail .com.	HB Varicox Varigrip	1 1 U.	*MelissaGonzalez
10	17 sep 24.	Manuela	Gonzale Gomez.	Cc.	102363l 797.	10 MARZO 2003	col.	Sura	316 2110l 72.	Calle 99 48-16 Stafric.	gonzalez gomez manuelab @gmail.ca.	HB Varicox Varigrip	1. 1 U	Manuela Gonzalez *
11.	17 sep 24.	Darcxy yeraldin	Goez Urrego	cc.	10220 94123	25 03 2006.	col.	sanna salud.	320 624 6764	Calle 104a 49-24 andalucia.	Urrego dar@gmail. com.	HB Varicox	2. R.	*YERALDIN GOEZ.
12	17 sep 2024.	Santiago C	Gaviria Arboleda	cc.	1021 923 420.	04 JUL. 2006	col.	Sura	311 931 2253.	cra 38 42-11 salvador.	ssantiago gav@ gmail.com	HB TT Varicox	2. 2. R	Santiago *Gaviria.
13	17 sep 2024	Darlin	Jaramillo ocampo	TI.	1034 919 222.	13 OCT. 2006	col.	sanna salud.	304 406 8195.	Calle 55 cra 6F9 int. 140 caicedo	darlin jaramillo ocampo @gmail. com.	HB Varicox	2. 2.	*Darlin Jaramillo
13	17. sep'	Judit.	Perez arbadia	Cc.	1128 392 097.	15 JUL. 1988	col.	Nueva EPS.	300 575 7007.	Calle 256 80a 40 Paris.	jpabadia @gmail. com.	HB	3.	Judith Perez

HB = 9
Varicela = 6
TT = 2
Varicox = 2

	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
SupliMed	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	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 fisicas 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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2923492. AUXILIAR VACUNADOR(A): Aldair

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1.	17 sep 24.	Paola Alexandra	Cabarcas Fontalvo	cc	1082 599 271	14 oct. 1992.	col	Coosalud	305 872 9999.	clle 49 99-99e 72 la Divisa.	paocabar cas18@ hotmail. com.	HB Varicela	2. 2.	Paola Cabarcas f.
2.	17 sep. 24.	dery Valentina.	Ocampo Quintero	cc.	1028 782 862.	14 dic 2005	col.	Sura.	304 242 2150.	crabs a #73-379 San Martin Bello.	veryvale 2005@ gmail. com.	HB Varicela	2 2	
3	17 sep	Maria Ines.	Martinez Perez.	cc	1067 934 532.	31 oct. 1994	col.	Sura.	300 515 8683.	clle 38 D 594 - 34. San Silvestre Bello	Mayito Perez152 @gmail. com	Varicela	2.	
4.	17 sep.	Dannys. Esther	Rojas Bertel.	cc.	1066 574 142.	05 04 2008	col.	Coosalud	312 819 5385.	dg 54 42-86. Noguera	danis ester15. @gmail. com.	HB Varicela.	2. R.	Dannys R. Rojas.
5.	17 sep	Leidy Isabela.	Giraldo Tibaquira	cc.	1039 285 920	16 04 2006	col.	Savia salud.	314 537 68 58.	cra 27c 72-162. Manga	giraldo issa54 @gmail. com.	Varicela	2.	Isabela
6	17 sep	Salma dolyne.	Alvarez Rodriguez.	cc.	1032 178 524.	26 Ab. 2006	col.	Sura.	302 335 4399.	clle 206 #77b09 Paris Bello.	salma alvarez 232@ hmc.co	HB Varicela	2 2	Salma.
7.	17 sep.	Valeria	Pastrana Rodriguez.	cc	1031 940 452.	08 Jun 2005	col.	Savia salud	319 765 6969.	cra 57a 83e27 Manga	Valeria Pastrana 47@ gmail com.	HB Varicela	2. 2	Valeria

HB : 5 -
Varicela : 7 -

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: 2923492 AUXILIAR VACUNADOR(A): Aldair.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
14	17 SEP 2024	Valentina	Alvarez Naranjo	C.C	1000 438 728	20-11 2003	colom	SURA	301344 3847	Cabildo CL 3 1A# 41-22	valez76 7@gmail com.	Varilrix HB	(1) (2)	Valentina Alvarez.
15	17 SEP 2024	Kely Dayana	Valencia Serna	C.C	1017 189 071	11-10 1990	colom	Sura	312 690 6312.	cra 82 aa 80 -37 Bavis.	Kely Valencia 8297@ gmail.com	Varilrix	R.	K. V
16	17 SEP 2024.	Manuela	Saldarriaga Garzón	CC	1017 927 688	05 JUN 2006	col.	Sura	300 436 8317.	cra65b 52b sur 54 Barichara.	manu saldarriaga 5.@ gmail.com	HB Varilrix	2. 2.	Manuela Saldarriaga
17	17 SEP 2024	Saray Michel.	Gutierrez Jaimes.	CC.	1025 640 981.	03 03 2004	col.	coosalud.	310 499 8002.	Palmas.	saray mg133 @ gmail. com.	HB Varilrix	2. R	Saray Gutiérrez
18	17 SEP 2024.	Milan Molina.	Molina	CC.	1152 1968 35.	03 08 1992	col.	Sura.	313 400 2350	calle 77c-25. Santander	milan m. 3840@ gmail.com.	Varilrix TT HB.	2 2 2.	

HB = 4
TT = 1
Varilrix = 5

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-PR031
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, extrañamiento, 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: 2992546

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
8	17 09 24.	Mariana	Revueltas Martinez	T.I	1.066 731 819.	04 10 2007	colob	nueva eps	3205380352	San Javier.	RevueltasMartinez mariana @gmail.com	HB. Varivax	2. 2.	Mariana Revueltas Martinez
9	17 09 24.	Laura Carolina	Pineda Ospina	cc.	1.143 325. 023.	14. 08. 2006.	colom	Sanitas	3217023240	cra 67# 106B21. Tejelo.	Pineda27 8703@ gmail.com	varivax HB.	2. 2.	Carolina Pineda.
10	17 09 24.	Carolay	Narvaez Tenorio	cc	1.032. 178 526.	14 05 2006.	colomb.	nueva eps	3146104006	cra 80 B cll 2 B Sur 30 Belen R.	carolay narvaez tenorio@ gmail.com	HB. Varivax.	2 2	
11	17 09 24.	Alejandra	Hurtado Ortiz.	cc	1.033. 257 984.	15 09 2005.	colomb	Sura	3146203478	cll 2#79 121 Belen R.	Alejandra hurtado 2183@ gmail.com	HB. Varivax	2 2	Alejandra Hurtado.
12.	17 09 24	Daniel Alejandro	Cartagena Garcia	cc	1.000 086 308	11 06 2002	Colomb	Sura	3244228537	cll 109 #47-42. Andalucia	TTernagarcia 200@ gmail.com.	TT. H.B Varivat	2 2 2.	Daniel Cartagena
13.	17 09 24.	Juan Daniel.	Alean Martinez	T.I	1.063. 282 817.	15 11 2006.	colomb	sanitas	3142449753	cll 105A #72-41 Pedregal.	Juandani Alean@ gmail.com.	TT H.B. Varivax	2. 2. 2.	Juan David Alean Martinez
14	17 09 2024	lina Marcela	Alvarez misas	C.C	1070 491 478	03- 04 1999	colom	sura	300 255 1747	Sto domingo cl 93# 24C-25	lina marcelo alvarez 1999@ gmail.com.	Varicela HB	(R) (2)	Lina Alvarez

HB 7-
Varicela 7-
TT 2

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F GV (P001)
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: 2992546. AUXILIAR VACUNADOR(A): Aldair.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	17 sep 2024.	Leidy Vanessa	Marulanda Granullo	CC	1001 132 694.	19 08 2001	col.	Sura.	301 396 0766.	Clle 56 Fb 18c 36. 13Nov.	vane0102 20@ gmail. com.	HB Varivax	2 2.	Leidy
2	17 sep 2024	Yuliana.	Calle Arroyave	CC	1000 539 550.	21 02 2001	col	Sura.	320 626 6742	Cra 46 94-38 Aranjuez	yucalle@soje gaken. net.co.	HB Varivax	2 2	Yulianac.
3	17 sep 2024	Kelly Yohana	Marin Posada	CC.	1152 212 378	31 dic 1995.	col	Sura.	314 802 3453.	Clle 49c 5-114 B.Aires	KYmarin 2027@ gmail. com.	HB Varivax	2 2	Kelly marín
4	17 sep 2024	Natalia del	Jimenez Alvarez	CC.	43 840 261.	01 08 1978	col	sura.	313 700 4749.	cra 100 44-20 Santavén	naty2406@ hotmail com.	HB Varivax	2 2	Natalia J.
5	17. sep 2024.	Jhonaton	como Ortiz	TI	1011 512479.	21 04 2007	col	Sura.	300 864 7023.	scm Cristobal	como Jhonaton 007@ gmail.com	TT. HB Varivax	2 2. 2	Jhonaton C.
6	17 sep 2024.	Solanyi Mirley	Tilano Julos	CC	1193 111 057.	18 Oct. 2001	col.	Sura	300 713 3162.	cra 31 Clle 93 109 Manrique	solanyi Tilano16@ gmail .com.	Varivax	2	Solanyi Tilano
7	17 sep 2024	Sofia	Grisales Rendon	TI	1020 302 596.	23 FEB 2004	col.	Nueva EPS.	320 730 4115.	El Retiro	Sofi Grisales 2302@ gmail. com.	HB	2	Sofia Grisales

HB = 6-
Varicela = 6-
TT = 1

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 2992546

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO	TIPO DOC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	17 Sep 2024	Ruth Esthel	Mercado Romero		C.C	1047 485 986	28-10 1995	Colom	Sura	315349 3276	Belen no sabe	Ruthmer cadiom ilde smail com	HB Varicela	(2) (R)	Ruth Mercado
16	17 Sep 2024	Katerin Dahiana	Grisales Garcia		C.C	1020 1045 94	03-09 2004	Colom	Sura	301396 0134	andalucia cl 49C # 110-67	Ksgrisales 14@ smail com.	HB Varicela	(2) (R)	Katerin Grisales

HB = 2
varicela = 2