

EMPRESA:
CONTACTO:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SENA CENTRAL (MINORISTA)
LUGAR: _____
FECHA: VIERNES 14 HORA 8:00 AM

BIOLOGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCION	OBSERVACIONES
ANTITETANICA	220800824B	31/07/2027	20	10		10 ✓	
INFLUVAC	H25	28/02/2025	23	23		0 ✓	
HEPATITIS B	220500424C	31/07/2027	40	56		0 ✓	
VARIVAX	Y11871	30/06/2026	40 +60	82		18 ✓	
ENTREGA:	ALEJANDRO URIBE	RECIBE:			ENTREGA:	José Jarama	

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION

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 tibia o fría en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141405

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
	14 02 25	Isabella	Cordoba OSBA	cc	1020 419 915	05 Feb 2007	Col Bello	Savia Salud	304 469 2364	Maria copaca- bana	no tiene	varicela HB	1 R	Isabella C.
	14 02 25	Maria Camila	Perez Giraldo	cc	1021 423 179	15 Feb 2006	Col Med	Sura	304 618 6832	Calabans	N/A.	varicela	1	Camila P.
	14 02 25	Sara	Velasquez Hijos	TI	1027 741 096	14 oct 2007	Col Med	Sura	319 2543 903	Guayabal	N/A	varicela	1	Sara V.H
	14 02 25	Maria Sofia	Laverde Acevedo	cc	1037 449 786	09 Dic 2006	Col San Roque	Sura	321 551 3543	Castilla	N/A	varicela	1	Maria Sofia

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 frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 314445

AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN SIEMPRE	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
	14 02 25	Paula Andrea	Varela Tungarife	CC	10335 400 882	15 nov 2006	Col cañas gardas	Salud Total	322 497 8218	Zaimeda Santa Rita	NO tiene	Varicela HB	1 2	Andrea
	14 02 25	María Camila	Montoya Ruiz	TI	10333 490 903	20 Marzo 2008	Col. Bello	Salva Salud	302 475 5060	Buenos Aires Bello	NO tiene	Varicela HB	1 2	Camila H
	14 02 25	Karen Dahiana	Velásquez Valbuena	TI	1020 114 401	04 oct 2007	Col Med.	Sura	31 649 4755	Bello Paris	NO tiene	Varicela HB	1	Karen V.
	14 02 25	Sara	Marín Gaurria	TI	1025 763 997	17 mayo 2007	Col Med	Sura	301 618 4740	San Javier	Saramarin os17@gmail. fern	Varicela HB	2 2	Sara
	14 02 25	Jessica Alexandrea	Aricapa Gallejo	CC	1000 399 524	24 julio 2001	Col Med	Sura	310 463 5578	Salvador Buenos Aires	makoyana hotmail. com	Varicela HB	2 2	Jessica Díaz
	14 02 25	Nicol Angelina	Marín Lopez	TI	1058 139 610	28 Dic 2007	Col Caldas Chinchipe	Salud Total	301 8914 911	la Estrella	NA	Varicela HB	1	Nicol Marín
	14 02 25	Derly Cristina	Ruerta Quintero	TI	1039 477 133	14 agosto 2007	Col Cabeza Ant	Sura	302 489 1501	Balebo las margaritas	NA	Varicela HB	1	Cristina P.

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas bajo 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 tibia o fría en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rasar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141405

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTADIOS DE VACUNACIÓN: HISTORIA CLINICA

AUXILIAR VACUNADOR(A):

N	FECHA	NOMBRES	APellidos	Tipo IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	PRIMA
14	02	Melissa	Jimenez	TI	1025 652 365	09 Abril 2008	Col Med	Salud	321 885 4294	Encizo Yanadas	N/A	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Melissa
14	02	Paula	Doran	TI	1064 898 353	16 Junio 2007	Col Cerezo Ayapel	Salud Total	312 811 5538	Manninge	N/A	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Paula
14	02	Andrea	Florez	CC	1007 241 490	28 Dic 2000	Col Bello	Sanitas	323 458 6499	Bello Bello Vista	N/A	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Andrea
14	02	Chelcy	Katherine	CC	1007 242 222	24 Sep 2000	Col Bello	Salud Total	312 253 1988	Bello Cairo	N/A	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Chelcy Meyda
14	02	Meyda	Agudelo	CC	1013 343 438	28 Sep 2007	Col Med	Salud	321 645 7733	Sinto Domingo	Quimberly Castañeda@gmail.com	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Quimberly Castañeda
14	02	María	Salas	CC	1074 437 173	18 Julio 2006	Col Bello	Salud	322 585 5780	Aurora	Salas. maria cecilia@gmail.com	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	María Cecilia
14	02	Cecilia	Quezada	CC	1063 281 085	11 Dic 2009	Col Bello	Salud	314 633 6567	Robledo Kennedy	Salas. maria cecilia@gmail.com	Varicela 1 HB 1 Influenza	1	Salas. R

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION
 CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas bajo 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 frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141405

AUXILIAR VACUNADOR(A):

3	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
14	02	Yoliana	Botero	CC	1017 124	31 Enero 1986	Col	Sura	300 632	Manrique	PO	Varicela 1	1	Yoliana
25	02	Andrea	Zapata	CC	547	1986	Col	Sura	3401	Manrique	fiene	HB 1	1	Yoliana
14	02	Valentina	Ospina	TI	1033 260	09 Dic 2007	Col	Sura	313 537	Plaza Rica	N/A	Varicela 1	1	Valentina C.
25	02	Abner			123	2007	Col	Sura	3381	San Cristobal	N/A	HB 1	1	Valentina C.
14	02	Mariana	Lezcano	CC	1079 288	20 Mayo 2005	Col	Nueva EPS	312 225	Emrzo la ladera	N/A	Varicela 1	1	Mariana L.
25	02	Mariana	Chaverra	CC	589	2005	Choco	EPS	2636	ladera	N/A	HB 1	1	Mariana L.
14	02	M Ines	Bonilla	CC	1728 477	26 Abril 1989	Col	Sura	324 518	Santa Elena	Alma cuenta oficial	Varicela 1	1	M Ines
25	02	Javier	Machaca	CC	1000 735	06 Oct 1999	Col	Sura	323 598	Aranguez	Felipe hernandez@gmail	HB 1	1	Felipe Hernan
14	02	Jhonatan	Diaz	CC	1216 723	14 Marzo 1997	Col	Nueva EPS	324 646	Manrique	Diazregina@gmail	HB 1	1	Jhonatan
25	02	David	Pestrepo	CC	107	1997	Med	EPS	4685		David Pestrepo@gmail	HB 1	1	David Pestrepo
14	02	Valeria	Montoya	CC	1035 976	14 Feb 2008	Col	Sura Salud	301 455	Uersalhez Santa	N/A	Varicela 1	1	Valeria
25	02		Rios	CC	488		Itagui		2464	Barbala	N/A	HB 1	1	Montoya

3141406

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 rasar y no realizar masaje.

CONVENIO: 344405

AUXILIAR VACUNADOR(A):

2	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN-BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
14	02	Ana	Ramirez	cc	1032 326	29 enero 2007	Col	Pueva EPS	310 626	Boston	N/A	Varicela 1 HB	1	Ana Sofía E.
25		Sofia	Casas	cc	769	2007	Col	EPS	7177		N/A			
14	02	Ana Sofia	1023 632	cc	Alvares	29 Abril 2007	Col	Pueva EPS	302 391	Campo valeler	N/A	Varicela 1 HB	1	Ana Sofía
25			146	cc	Hernandez	2007	Med	EPS	2477		N/A			
14	02	Celeste	Rano	cc	1020 102	05 Marzo 2004	Col	Sura	361 769	Buenos Aires	Celeste Canossa@gmail.com	Varicela 1 HB	1	Celeste Cano V.
25			Ueler	cc	965	2004	Med		0238					
14	02	Samuel	Malina	cc	1090 572	16 marzo 2006	Col	Sura	300 812	Verde San Antonio	N/A	Varicela 1 TT	1	Samuel M.
25			Valencia	cc	531	2006	Itayui		1572		N/A	HB	1	
14	02	Mariana	Montoya	cc	1025 651	07 Feb 2008	Col	Pueva EPS	302 242	Enigado El Triunfo	N/A	Varicela 1 HB	1	Mariana M.
25			Montoya	cc	776	2008	Med		7535		N/A			
14	02	Jaura	Carrea	TI	1615 188	28 junio 2007	Col	Sura	304 4316	San Jaurer la loma	N/A	Varicela 1 HB	1	Jaura Gomez
25		Valeria	Gomez	TI	625	2007	Med		136		N/A			
14	02	Sara	Muñoz	TI	1020 419	10 marzo 2007	Col	Saura Salud	304 470	Prado Bello	Munoz Prestrejo Sara@gmail.	Varicela 1 HB	1	Sara Muñoz
25		Isabela	Restrepo	TI	957	2007	Bello		4725					

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS

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 frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 9191913 Salud Oral

AUXILIAR VACUNADOR(A):

FECHA	NOMBRES	APellidos	Tipo IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
14 02 25	Manuela	Echeverri Mora	CC	1033 256 026	01. 12. 1003	Col	salud salud	313 444 4566	Belen	N/A	Vaccela 1	1	Manuela E.
14 02 25	Yuliana	Landeo Mantoro	CC	1000 084 465	01. 01. 2002	Col	salud total	300 364 0564	Campo valdes	N/A	Vaccela 1	1	Yuliana Land.
14 02 25	Karol Daniela	Bedano Gallago	CC	1020 124 064	20 03. 2004	Col	salud	314 244 2544	20 JUNIO 2004	N/A	Vaccela 1	1	Daniela
14 02 25	Isabely Michelle	Carteret Chanci	CC	11. 05 2006	1034 016 034	Col	salud	301 458 6614	Cortilla	N/A	Vaccela 1	1	Michelle Chanci
14 02 25	Yeferson Fernando	Sanchez Quevedo	CC	19. 06. 2004	5062 406	VEN	salud salud	301 338 3464	Namirave	N/A	Vaccela 1	1	Yeferson S.
14 02 25	Juan pablo	Calle Calle	CC	1033 984 411	20. 08. 2003	Col	salud salud	322 604 5453	Bello	N/A	Vaccela 1	1	Juan Pablo
14 02 25	Juan diego	Ullieio Navega	CC	1066 513 644	03. 06 2006	Col	salud EPS	316 935 4063	Nanque	N/A	Vaccela 1	1	Juan Diego

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 tibia o fría en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no frotar y no realizar masaje.

31/11/23

AUXILIAR VACUNADOR(A):

3	FECHA	NOMBRES	APellidos	IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	PRIMA
	14.02.25	Nicol	Pestier Salazar	T1	1035 976 549	19 Mayo 2008	Col	Policia	319 4407 188	San Pío Itagüí	NA	Varicela 1		Nicole R.
	14.02.25	Williamhys Del Carmen	Delgado Sanchez	PPT	68 634 94	16 Mayo 2007	Ven	Mutual Ser	352 3269 216	Santo Domingo	N/A	Varicela 1		Williamhys
	14.02.25	Mano Marcelo	Mano Guterro	CC	1000 291 862	20.01.2002	Col	Sura	303 203 0088	Santo Domingo	N/A	Varicela 1		Manuela E.
	14.02.25	Melissa Andrea	Alvarez Cano	CC	1011 305 011	08.08.2006	Col	Sura Salud	300 684 9295	Manrique	N/A	Varicela 1		Melissa Cano
	14.02.25	Madelin Nicol	Costa Lopez	CC	1036 450 394	05.07.2006	Col	Sura Salud	300 658 5123	Manrique	N/A	Varicela 1		Madelin Lopez
	14.02.25	Mano Yvonne	Mano Yvonne	T1	1128 845 820	14.07.2007	Col	Sura Salud	301 339 2002	Manrique	N/A	Varicela 1		Mano Yvonne
	14.02.25	Sara	Restrepo	T1	1035 976 155	10.11.2007	Col	Sura	300 876 4327	Manrique	N/A	Varicela 1		Sara E. P.

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 frotar y no realizar masaje.

3191913

AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN-BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	PRIMA
14	02	Dahiana	Nathaniel	T.I.	1014 031 530	16. 01. 2008	Col	SUIDA	323 351 3322	Enciso	N/A	Varicela 1		Dahiana Nathaniel H.
19	02	Cindy	Hernandez	C	1021 606 211	08. 11 2006	Col	SUIDA	312 604 6940	Santo Domingo	N/A	Varicela 1		Cindy Hernandez
19	02	Maria	Ramirez	C	1022 145 195	30. 01. 2006	Col	Nueva EPS	310 517 0219	Manquet	N/A	Varicela 1		Maria fernanda
19	02	Nana	Bonillo	T.I.	1064 165 064	03. 03 2008	Col	salud	304 328 4348	Manquet	N/A	Varicela 1		Nana Ana
19	02	Julianne	Castillo	T.I.	5291 422	02. 02. 2007	ven	caja copi	310 915 1940	Bello	N/A	Varicela 1		Julianne Castillo
19	02	Daniel	Wrest	T.I.	1029 085 646	01. 05 2007	Col	salud	310 986 2305	Santa Cruz	N/A	Varicela 1		Dahiana Daniela N.
19	02	Carolina	Canoa	C	1000 463 446	03. 03. 2003	Col	SUIDA	323 666 0939	Belen	N/A	Varicela 1		Carolina D'Agua

Coetition Adm Sector Salud

AUXILIAR VACUNADOR(A):

[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas bajo 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 frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2993925

Enfermería

AUXILIAR VACUNADOR(A):

1015a

N	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	PRIMA
1	14 02 25	Emanuel	Maín Sepúlveda	cc	1025 887 744	21 Mar 2006	col	Sura	320 558 2035	Bello	maxin Sepulveda 43@gmail	HB	3	Enfermería
2	14 02 25	Santiago	Betancur Jümenez	T1	1011 396 080	12 Mar 2007	col	Sura	324 684 5491	Grudeta 712@gmail	Sbetancur@gmail	HB	3	Santiago
3	14 02 25	Alejandro	Cortez Durango	cc	1037 121 443	24 Sep 2006	col	Sura	324 337 0584	Buenos Aires	Alejoed 2006@gmail	HB	3	Alejandro c
4	14 02 25	Maria Jose	Foronda Durango	cc	1026 135 261	01 Julio 2006	col	Sura Salud	324 535 0856	Itagui loma dura de zuleta@gmail	mariajose Foronda durango@gmail	HB	3	Mariajose

IPS SUPLENED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

ESTADIMAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS

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 frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141406

AUXILIAR VACINADOR(A):

Código: F OV-9501

Versión: 02

Vigencia desde: 28/1/2023

2	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARRO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
	19.01.25	Manuela	Gomez Castañon	CC	1015 070 605	19 Abril 2006	Col Med	Sura	313 703 5374	Guirardet	N/A	Varicela 1 HB 1	1	Manuela G.
	19.01.25	Ana Sofia	Sanchez Castaño	TR	1033 259 488	18 Feb 2007	Col Med	Sura	310 378 6455	Belén	Aracely Sanchez 970@gmail	Varicela 1 HB 1	1	Ana Sofias
	19.01.25	Ana Sofia	Atroque Gomez	T1	1011 398 155	22 Marzo 2008	Col Med	Sura	310 310 353 4102	Atroque Gramira Girardet	N/A	Varicela 1 HB 1	1	Ana Sofia
	19.01.25	Marlyn Johana	Daque Llano	T1	1011 397 902	19 enero 2008	Col Med	Sura Salud	311 383 0315	Manrique	N/A	Varicela 1 HB 1	1	Marlyn Daque
	19.01.25	Michel Dayana	Castrotron Barrera	CC	1011 510 231	25 enero 2004	Col Med	Sura	300 344 7177	San Cristobal	N/A	HB 3	3	Michel Castrotron
	19.01.25	Astid Milena	Marin Oquendo	CC	43 109 453	16 Abril 1977	Col Med	Sura	324 652 2780	12 octubre	N/A	Varicela 1 HB 1	1	Astid Milena
	19.01.25	Marlys Estefany	Bolivar Huñoz	CC	1000 762 266	01 nov 2003	Col Med	Sura	320 757 7791	Salado Alta	Estefany Bolivar@gmail.com	Varicela 1 HB 1	1	Marlys Estefany Bolivar

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 tibia o fría en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rasar y no realizar masaje.

AUXILIAR VACUNADORA:

CONVENIO: 3141406

2	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	Tipo IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION ABITACION	COBRE ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	FIRMA
14	02	Salome	Henao	cc	1025 645 652	08 oct 2005	Col Med	Salud Total	313 519 5143	la Cumbre Bello	N/A	Varicela 2		Salomé H.
14	02	Kevin	Velilla	cc	1023 629 482	22 julio 2006	Col Med	Salud Salud	302 363 4228	Arangoz	N/A	Varicela 1 HB-TT 1 Influenza		
14	02	Brigitt	Benitez	cc	1020 104 470	08 Agosto 2004	Col Med	Salud	313 440 9111	Manrique Santa Cecilia	N/A	Varicela 1 HB 1 Influenza		lorena Benitez.
14	02	laura	blanco	TI	1080 428 431	05 Dic 2007	Col Med	Salud	320 560 4431	Quisto Rey Guayaquil	N/A	Varicela 1 HB 1		laura Blanco
14	02	Maria	velez	cc	1007 446 830	05 agos 2002	Col Med	Salud Salud	301 563 6023	San Javier	N/A	Varicela 1 HB 1		Maria Sorley Jerez.
14	02	picel	Machado	cc	1033 489 451	24 oct 2006	Col Med	Salud Total	324 289 0109	la Camila Bello	N/A	Varicela 1 HB 1		Jrid Machado
14	02	Dayana	Pamirez	cc	1044 530 295	27 Abril 2007	Col Med	Salud Salud	322 686 7610	Sanctuario Pnt.	N/A	Varicela 1 HB 1		Y Jennifer Tatiana

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 tibia o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 314146

AUXILIAR VACUNADOR(A):

N	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	PRIMA
	19 02 25	Valeria	Montoya Herrera	T1	1015 071 443	07 Abril 2007	Col Med	Sura	322 519 1628	Roldado el Diamante	NA	Varicela HB	1 2	Valeria M
	19 02 25	Luisa Fda	Meain Guerra	CC	1013 337 713	15 agosto 2002	Col Med	Salud Total	321 413 7642	Buenos Aires	NA	Varicela HB	1 R.	
	19 02 25	Brayan Alejandro	Loariza Quiceno	T1	1037 323 257	02 enero 2008	Col Jardin Ant	Sura	304 335 4660	Ricacho	NA	Varicela HB TT	1 2 2	Brayan Loariza
	19 02 25	Yomaira Alejandra	Castañeda Buran	T1	1040 735 683	21 agosto 2007	Col Estrella	Sura	305 329 4136	la tablaza Estrella	Yasagat egmail. Com	Varicela HB	1 2	M. Gualdo.
	19 02 25	Luisa Fda	Giraldo Madrigal	T1	1033 440 793	20 Enero 2008	Col Med	Sura	312 267 5580	Cabanas Bello	Luisa demadrig al2@gmail	Varicela HB	1	Luisa Gualdo.
	19 02 25	Isabella	Molina Pestrepo	CC	1023 622 228	28 Dic 2003	Col Med	Salud	304 342 4505	Campo valdez	Isabella molina pestrepo 2021@gmail	Varicela HB	1 2	Isabella MUR.
	19 02 25	Isabella	Bonilla Chica	CC	1025 645 602	01 Oct 2005	Col Med	Salud Total	320 623 5224	Los cerros	NA	Varicela HB	1 2	Isabella B.

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS

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 tibia en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no frotar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141406

AUXILIAR VACUNADOR(A):

N°	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
14	02	Carriena	Cardona	CC	42	30	Col	Sura	300	San	bo	Varicela 1	1	
					752	Sep	Cauca		831	Fernando	Arena	HB		
25	25	Elisa	Varagas	CC	524	1960	Miranda		5969	Itagui				
14	02	Valentina	Alzate	CC	1020	23	Col	Sura	319	Barro	Valenzuela	Varicela 1	1	
					444	agosto	hagro		367	Nuevo	23@	HB		
25	25		Marango		414	1999			9095	Bello	hotmail.com			
14	02	Mateo	Castellano	CC	1401	10	Col	Mutual	301	Calzans	Castellano	Varicela 1	1	
					460	Dic	Sure		630			matroos		
25	25	David	Rincon	CC	769	1997		Ser	1570		gmail.com	TT	1	
14	02	Sahian	Naldes	CC	1022	29	Col	Sura	304	Tricent	bo	Varicela 1	1	
					062	Abril	Angos		475	enano	tiene			
25	25		Parras		454	2006	Ant	Salud	9252					
14	02	Marlen	Rodriguez	CC	1078	20	Col	Sura	313	19	b/A		1	
					458	Sep	Chaco		579	Aurora		Varicela 1		
25	25	Yaneth	Palacios		370	2006			8009	Robledo				
14	02	Maria	Cadavid	TI	1025	15	Col	Sura	321	Robledo	b/A		1	
					891	Sep	Med		638					
25	25	Isabel	Laverde		431	2007			5176					
14	02	Ana	Perez	TI	1011	14	Col	Sura	321	Manrique	b/A		1	
					396	Junio	Med		936			San		
25	25	Marica	Hernandez		550	2007		Salud	9312	Pabelo				