

Unidad 1
Tercera 08/11/2019
SENA

Unidad 1: 66
Tercera: 12

Grupo 3141405 Técnicos en enfermería. Líder: Sandra Patricia Tirado Gómez

OBJETIVO									
No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	GRUPO	DEPE NDEN CIA	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	CORREO ELECTRÓNICO O SOY SENA	TÉLEFONO/EXT	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
15	KAREN DAHIANA VELASQUEZ VALBUENA	1020114401	3141405	CSS	dahianavelasquez@gmail.com		3226280367		
16	SARA ISABELA MUÑOZ RESTREPO	1020419957	3141405	CSS	munozrestreposeara@gmail.com		3044704725		
17	ANA SOFIA ALVAREZ HERNANDEZ	1023632146	3141405	CSS	sofitts2904@gmail.com		302247535		
18	MARIANA MARIN MONTOYA	1025651776	3141405	CSS	marianamarinmontoya098@gmail.com		302247535		
19	MELISSA JIMÉNEZ TUBERQUIA	1025652365	3141405	CSS	jimenezmell969@gmail.com		3241357206		
20	SARA VELASQUEZ HOYOS	1027741096	3141405	CSS	triscarla2919@gmail.com		3192543903		
21	ANA SOFIA RAMIREZ CASAS	1033236769	3141405	CSS	anasofiacasas109@gmail.com		3106267177		
22	VALENTINA ALVAREZ OSPINA	1033260123	3141405	CSS	ospinacelis5297@gmail.com		3135373381		
23	MARIA CAMILA MONTOYA RUIZ	1033490903	3141405	CSS	montoyacamila2008@gmail.com		3024755060		
24	VALERIA MONTOYA RIOS	1035976488	3141405	CSS	valeriamontoya319r@gmail.com		3014552404		
25	DEYANIRA CRISTINA PUERTA QUINTERO	1039477133	3141405	CSS	cristinapuertaquintero.1408@gmail.com		3024891501		
	ANAYELINE MARIN LOPEZ	1033179520	3141405	CSS	marinnicola44@gmail.com		3018914911		
	ANAYELINE DURAN FLOREZ	1064898353	3141405	CSS	pduranflor33@gmail.com		3106766374		
28	JHONATAN DAVID DÍAZ RESTREPO	1216723107	3141405	CSS	diazrestrepojhonatandavid@gmail.com		3246464685		
29	MARIA ISABEL CADDAVID LAVERDE	1025891431	3141405	CSS	mariaisalainfinitomail.com		3216385176		



Grupo 3141405 Técnicos en enfermería. Líder: Sandra Patricia Tirado Gómez

OBJETIVO									
No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	GRUPO	DEPE NDE NCIA	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	CORREO ELECTRÓNICO SOY SENA	TELÉFONO/EXT	AUT ORIZ A GRA B	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	JESSICA ALEJANDRA ARICAPA GALLEGO	1000399524	3141405	CSS	maluganam@hotmail.com		3104635578		
2	CHELCEY KATERINE MEJIA AGUDELO	1007242222	3141405	CSS	chelcymejia299@gmail.com		3122531788		
3	YULIANA ANDREA BOTERO ZAPATA	1017124547	3141405	CSS	Yuanabz29@gmail.com		3006323401		
4	CELESTE CANO VELEZ	1020102965	3141405	CSS	celestecano555@gmail.com		3017690238		
5	MARIA CAMILA PEREZ GIRALDO	1021923179	3141405	CSS	marlacamilaprer@gmail.com		3046186832		
6	PAULA ANDREA VARELA TANGARIFE	1035700882	3141405	CSS	tangarifeandrea955@gmail.com		3224978218		
7	MARIA SOFIA LAVERDE ACEVEDO	1037499786	3141405	CSS	acevedisofia74@gmail.com		3215513543		
8	SAMUEL MOLINA VALENCIA	1040572531	3141405	CSS	samumolnav10@gmail.com		3008121572		
9	SALLY RENDON VELASQUEZ	1063281085	3141405	CSS	Velasquezrendon6@gmail.com		3146336557		esquema C.
10	MARÍA CECILIA SALAS QUEJADA	1077437173	3141405	CSS	salas.mariacecilia2006@gmail.com		3148947349		
11	MARIANA LEZCANO CHAVERRA	1079288589	3141405	CSS	marianalezcanochaverra@gmail.com		3122452636		
12	INES BONILLA SANJUAN	1128427931	3141405	CSS	almacuentaoficial@gmail.com		3245180202		
13	QUIMBERLY ALEXANDRA CASTAÑEDA LOPEZ	1013343438	3141405	CSS	quimberlycastanedaalopez@gmail.com		3216457733		
14	LAURA VALERIA CORREA GÓMEZ	1015188625	3141405	CSS	lalacorreaagomez60@gmail.com		3044316136		

3141405

enfermeria

IPS SUPLEME HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIAS CLINICAS

Código: F-04-09013
Versión: 01
Vigencia desde: 28/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas adipo 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 rasos 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:

AUTILIAR VACUNADORIA:

FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
13-03-25	Maria Camila	Perez Giraldo	CC	1021923176	15/02/2008	Colombia	Bora	3046188832	Bello	marcamilla.perez@gmail.com	Varicela	2	Camila Pérez
13-03-25	Mariana	Marin Montoya	TE	1025693176	17/02/2008	Colombia	Nueva eps	3022427535	Envigado	Marianamartin.montoya@gmail.com	Varicela	2	Mariana Marin
13-03-25	Ana Sofía	Ramirez Casas	+	1032326769	29/10/2007	Colombia	Nueva eps	3106267177	Boston	anasofia.casas@gmail.com	Varicela	2	Ana Sofía C.
13-03-25	Valentina	Alvarez Ospina	+	1033260109	09/12/2007	Colombia	Bora	3135373381	San Cristóbal	ospinaval@gmail.com	Varicela	2	Valentina O.
13-03-25	Maria Camila	Montoya Ruiz	+	1033490903	20/03/2008	Colombia	Salud Salud	3024755000	Buenos aires	montoyacami.2008@gmail.com	Varicela	2	Camila M
13-03-25	Valeria	Montoya Vios	+	1035916488	14/02/2008	Colombia	Salud Salud	3014552404	Bello	valeriamontoya34@gmail.com	Varicela	2	Valeria M.
13-03-25	Maria Isabel	Cadavid Lavende	+	1025891431	15/09/2007	Colombia	Bora	32163885176	Envigado	mariaisabel.cadavid@gmail.com	Varicela	2	Maria Isabel

Varicela +

31/11/05

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIA CLINICA

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, hinchazón 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:

AUXILIAR VACUNADOR(A):

2	FECHA	NOMBRES	APellidos	Tipo IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION ABITACION	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	FRAMA
	13-03-25	Sara Isabel	Muñoz Restrepo		1020419954	10/03/2007	Colombia	Sisben	3193493496	Prado Bello	munozrestrepo.sara@gmail.com	Varicela 2		Sara Muñoz
	13-03-25	Mariana	Lezcana Chaverac		1019288589	20/05/2005	Colombia	Neova EPS	3122452636	Bello	mariaalezcana.chaverac@gmail.com	Varicela 2		Mariana L.
	13-03-25	Guimberly Alexandra	Castañeda Lopez +1		1013343438	22/09/2007	Colombia	Sora	3216554433	Bello	guimberlycastaneda.lopez@gmail.com	Varicela 2		Guimberly
	13-03-25	Laura Valeria	Correa Gomez +1		1015188625	28/06/2007	Colombia	Sora	3044316106	San Javier	lauracorreagomez@gmail.com	Varicela 2		Laura G.
	13-03-25	Ines	Bonilla Sanjuan CC		1128427931	26/04/1989	Colombia	Sora	3245180202	Santa Elena	ina.bonilla@gmail.com	Varicela 2		Ines
	13-03-25	Ana Sofia	Alvarez Hernandez +1		1022393916	29/01/2007	Colombia	Neova EPS	3023912477	Campo Verde	sofia.alvarez@gmail.com	Varicela 2		Ana Sofia
	13-03-25	Karen Dahiana	Velasquez Valtierra +1		1020114401	04/10/2007	Colombia	Sora	3116494755	Bello	karenvelasquezvaltierra@gmail.com	Varicela 2		Karen V.

Varicela 7

3141405

IPS SUPLEVID HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACINACION JORNADAS

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIA CLINICA

entrevista

Código F 04 07021

Versión: 02

Vigencia desde: 28/11/2023

PROCESO: VACINACION E INMUNIZACION

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTOPROZD 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 comprometo a aplicar compromisos 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:

AUTILAR VACINADOR(A):

3	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BAIRRO	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	FRIMA
	13-03-25	Chelcy	Mejia	CC	1007242222	24/09/2000	Colombia	Sanitas	3122531788	Bello	chelcymejia24@gmail.com	Varicela 2		Chelcy Mejia
	13-03-25	Katherine	Apudelo	CC	1017124547	31/10/1986	Colombia	Sura	3006323401	Manrique	yuana b22@gmail.com	Varicela 2		Juliana
	13-03-25	Yuliana	Botero	CC	1020102965	05/03/2004	Colombia	Sura	3017690238	Buenos Aires	Celeste cano55@gmail.com	Varicela 2		Celeste Cano
	13-03-25	Andrea	Zapata	CC	151112006	1035700882	Colombia	Salud total	3224978218	Bello	tangari te andragos@gmail	Varicela 2		Andrea
	13-03-25	Celeste	Cano	CC	1037499786	09/12/2006	Colombia	Sura	3215513543	Castilla	acevedo sofia24@gmail	Varicela 2		Maria Sofia
	13-03-25	Paula	Varela	CC	1063281085	11/12/2004	Colombia	Sura	3146336557	Robledo	velasquez renthel@gmail	Varicela 2		Sally R.
	13-03-25	Andrea	Acuerdo	CC	1074437113	18/04/2006	Colombia	Sura	3148947349	Aurora	salas malagencia2006@gmail	Varicela 2		Maria Cecilia

Varicela 4

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIA CLÍNICA

Código: F.OU.0001
Versión: 02
Módulo: Salud 28/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

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, bulto, 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTOLÍNEA VACUNADORA(S)

FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSES	FIRMA
13-03-25	Cristina	Puerta	CC	1639474133	14/10/2004	Colombia	Sura	3106766374	Robledo	cristinapuerta@gmail.com	Varicela	2	Cristina Puerta
13-03-25	Nicol	Marín	CC	105813610	28/12/2007	Colombia	Sura	3107151491	Estrella	marinmari44@gmail.com	Varicela	2	Nicol A Marín L.
13-03-25	Paula	Duran	CC	1064898353	16/06/2007	Colombia	Salud total	3106766374	Manrique	pdurand35@gmail.com	Varicela	2	Paula Duran
13-03-25	Andrea	Florez	CC	121672367	14/03/1997	Colombia	Nueva eps	3117336090	Manrique	diazestrella@gmail.com	Varicela	2	
13-03-25	Jonathan	Diaz	CC	1024741096	19/10/2007	Colombia	Sura	3107151491	Guatata	jsarck241@gmail.com	Varicela	2	Sara U.H
13-03-25	Sara	Neaques	CC	1024741096	19/10/2007	Colombia	Sura	3107151491	Guatata	jsarck241@gmail.com	Varicela	2	Sara U.H
13-03-25	Yanlis	Bolívar	CC	100762266	01/11/2003	Colombia	Sura	3107151491	Sanlavier	estefaniBolivar@gmail.com	Varicela	2	Yanlis Bolívar
13-03-25	Leidy	Jimenez	CC	1001241490	28/12/2000	Colombia	Sanitas	3142453360	Bello	lukamann3312@gmail.com	Varicela	2	Leidy Jimenez

Varicela 6
tetano 1

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, bulto, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no frotar, no rasar y no realizar masaje.

CONVENIO:

3141406

AUXILIAR VACUNADOR(A):

2	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	PRIMA
	13-03-25	maria	velez	cc	60744968	08/08/2002	Colombia	Salvaseda	3215636028	Sanjavier	velezsuley35@gmail.com	vacuna	2	Suley
	13-03-25	danueta	gomez castillo	cc	10504005	19/04/2005	Colombia	SCA	3137034755	Orindota	manuela gomezcastillo13@gmail.com	vacuna	2	Manuela E.
	13-03-25	Brigit Lorena	Benitez Valdes	cc	10201044	08/08/2004	Colombia	Sora	3134409111	Lorena benitez lozano	manrique	vacuna	2	Lorena B.
	13-03-25	Valentina	alzate	cc	102046414	23/08/1999	Colombia	Sora	3196379045	Bello	alzataval23@gmail.com	vacuna	2	Valentina A.
	13-03-25	sahian	Valdes Pomas	cc	10220645	29/04/2000	Colombia	Salvaseda	3044759252	Bello	sahianvaldes@gmail.com	vacuna	2	Sahian
	13-03-25	Isabella	Alolina Restrepo	cc	102362228	28/12/2003	Colombia	Salvaseda	3043424505	Campo Valdes	isabellalolita@gmail.com	vacuna	2	Isabella M.R.
	13-03-25	Nicol Dahana	Machado Ramirez	cc	1033408945	24/10/2000	Colombia	Salud total	3242800909	Bello	nicolmachado01@gmail.com	vacuna	2	Nicol Machado

Manuela E. y Lorena B.

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas esbozo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, bulto, 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

RUTAS VACINADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	PRIMA
	13-03-25	Luisa Fernanda	Giraldo	11	1033490793	20/01/2008	Colombia	Sura	3023436147	Caballero	luisa.giraldo.madrigal2008@gmail.com	Varicela Z.		Luisa Giraldo
	13-03-25	Bryan Alejandro	Loaiza Quieno	3	10343232954	02/01/2002	Colombia	Sura	3043354166	Bello	loaizaquienc@gmail.com	Varicela Z.		Bryan Loaiza
	13-03-25	Yomaira Alejandra	Castañeda Duran	11	1041083583	21/08/2007	Colombia	Sura	3053244136	Caldes	ycastaneda@gmail.com	Varicela Z.		Yomaira
	13-03-25	Laura Katherine	Blanco Ruiz	11	1080428931	05/12/2007	Colombia	Sura	3005604961	Guatival	blancokatherine@gmail.com	Varicela Z.		Laura Blanco
	13-03-25	Jenni Fátima	Castañeda Blandon	11	1044530295	04/05/2007	Colombia	Sura	3226062010	Bello	castaneda.jenni.fatima@gmail.com	Varicela Z.		Jenni Fátima
	13-03-25	Pacolina	Aloncaza Bengiño	11	1022439406	21-09-2004	Colombia	Sura	3212044039	Bello	pacolina.aloncaza@gmail.com	Varicela Z.		Pacolina
	13-03-25	Javier Felipe	Aloncaza Henao	3	1000755911	01/01/1999	Colombia	Sura	3235910086	Aranjuez	felipemhenao@gmail.com	Varicela Z.		Javier Felipe

Varicela Z.
tetano 1

IPS SUPLENED HOSPITALARIO SAS
REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIA CLINICA

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION

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

CONVENIO: 3141406 AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APellidos	Tipo de identificación	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	DOSES	FIRMA
	13-03-25	Kevin Jesús	Nelli	C	102362 9982	22/07/2008	Colombia	Salvasalud	30236692 28	Santa Cruz la Rosa	Kevin.fujillo163173@gmail.com	Varicela Z	2	Kevin
	13-03-25	Marlen Yaneth	Rodriguez Palacios	C	1078458 370	20/09/2008	Colombia	Sora	31354980 02	San Cristóbal	marlenrodriguezpalacios@gmail.com	Varicela Z		Marlen Rodríguez
	13-03-25	Ana Maria	Perez Hernandez	U	1011396350	11/06/2007	Colombia	Salvasalud	32173693 12	San Cristóbal	anamaria.perez.hernandez202@gmail.com	Varicela Z		Ana Maria
	13-03-25	Marlyn Johana	Duque Ilano	U	1011397902	19/01/2008	Colombia	Salvasalud	3113880315	Belen	marlyn.duque202@gmail.com	Varicela Z		Marlyn Duque
	13-03-25	Valeria	Alonzo Herrera	U	1015071443	11/01/2007	Colombia	Sora	32254916 28	Robledo	valeriaz@gmail.com	Varicela Z		Valeria
	13-03-25	Ana Sofía	Sanchez Cotaño	C	10332594 88	18/02/2007	Colombia	Sora	31037804 55	Belen	Anasofia.sanchezcotaño@gmail.com	Varicela Z		Ana Sofía
	13-03-25	Ana Sofía	Arriola Gomez	U	10113918155	22/03/2008	Colombia	Sora	31035341 02	Belen	Arriolalesort3210@gmail.com	Varicela Z		Ana Sofía

Varicela Z
Jefano T

CONSISTENTLY TO INFORMATION

casca y no malizar masaje.

AUXILIAR VACUADORIA):

[illegible]

petano: 1
Vance: 19: 1

ficha 3141406 - enfermeria	
Nombre	documento
JAVIER FELIPE MACHACON HENAO	1000755911
YARLYS ESTEFANY BOLIVAR MUÑOZ	1000762266
LEIDY LAURA MANRIN NJIMENEZ	1001241490
MARIA SURLEY VELEZ AMAYA	1007496830
MICHELL DAYANA CASTRILLON BARRERA	1011510231
MANUELA GOMEZ CASTRILLON	1015070005
BRIGITT LORENA BENITEZ VALDES	1020104470
VALENTINA ALZATE NARANJO	1020494414
SAHIAN VALDES PORRAS	1022062454
ISABELA MOLINA RESTREPO	1023622228
KEVIN YESID VELILLA TRUJILLO	1023629982
NICOL DAYANA MACHADO RAMIREZ	1033489451
MARLEN YANETH RODRIGUEZ PALACIOS	1078458370
MATEO DAVID CASTELLANO RINCON	1101460769
ANA MARIA PEREZ HERNANDEZ	1011396550
MARLYN YOHANA DUQUE LLANO	1011397902
ANA SOFIA ARROYAVE GOMEZ	1011398155
VALERIA MONTOYA HERRERA	1015071443
ANA SOFIA SANCHEZ CATAÑO	1033259488
LUISA FERNANDA GIRALDO MADRIGAL	1033490793
BRAYAN ALEJANDRO LOAIZA QUICENO	1037323257
YOMAIRA ALEJANDRA CASTAÑEDA DURAN	1040735683
YENNIFER TATIANA CASTAÑO BLANDON	1044530295
LAURA KATERINE BLANCO NUÑEZ	1080428931
SALOME HENAO RIODRIGUEZ	1025645652

Paulina machada

1022143
076

BRUNSEN, VACILLANCY & IMMUNIZATION

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y morales AUTOREZO la aplicación de las vacunas aquí mencionado, 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 frotamiento.

AUXILIAR VACUADOR(A):

CONVENIO:

2	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRCCION HABITO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOBES	FIRMA
	13-03-25	Diego	Castano Rengifo	TI	0625649 6545290	11-04-2004	Colombia	Sura	31752052 04	Manrique	Diegoac r118@ gmail.com	Letano R		
	13-03-25	Cristian Camilo	Uribe Correa	C	1033488 89355	04/02/2006	Colombia	Sura	31786484 75	Bello	Cristian SOS2000 ogmail com	Varicela 2 Letano 3		
	13-03-25	Danna Gabriela	Salazar Sanchez	C	105624 x27457	31-10-1998	Colombia	Sura	311896030	Poplariz	Gabriela 980407ma Com	Varicela 2		

$$\text{ketano} = 2$$

$$\text{var cell} = 2$$

3141416

IPS SUPLENED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIAS CLINICAS

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:

AUXILIAR VACUNADOR(A):

2	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BAJO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSE	FIRMA
	13-03-25	Geraldine	Vargas Buston	CC	1040473398	30/08/2006	Colombiano	Sura	3054564576	Estrella	gerald.buston@gmail.com	Varicela 1	1	
	13-03-25	Valentina	Diaz Suarez	CC	1001580625	25/05/2003	Colombiano	Sura	3117182676	Robledo	valen.suarez104@gmail.com	Varicela 1	1	Valentina Diaz
	13-03-25	Vanessa	Garcia Aloniel	CC	1214723355	10-11-1995	Colombiano	Sura	3125490355	Estrella	vanessa.aloniel@gmail.com	Varicela 1	1	
	13-03-25	Valentina	Londono Santamaria	TI	1033182679	14-08-2007	Colombiano	Sura	3015000953	Santa Cruz	valen.londono@gmail.com	Varicela 1	1	Valentina L.
	13-03-25	Yorman	Ruiz Londono T1	TI	1021924235	05/07/2007	Colombia	Salud Total	3225634200	Santa Cruz	ruiz.yorman3@gmail.com	Varicela 1	1	Yorman R.
	13-03-25	Aliguel Angel	Boter Almazan	CC	1027802212	03/08/2005	Colombia	Sura	3005642690	Belen	aliguel.boter13@gmail.com	Varicela 2	2	
	13-03-25	Leandro	Hidalgos Vargas	CC	1011394154	18/02/2006	Colombia	Sura	3178267676	Bello	leandro.hidalgo413@gmail.com	Varicela 1	1	

Varicela 4
tetano 3

3141416

EPS SUPLEED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIAS CLINICAS

Código: F-04/07/2021
 Versión: 02
 Vigencia hasta: 28/11/2023

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas adgo 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 2 días, no frotar, no rasar y no realizar masaje.

AUXILIAR VACUNADOR(A):

CONVENIO:

2	FECHA	NOMBRES	APellidos	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARIO	CORREO ELECTRONICO	VACINAS	BOBES	PRIMA
	13-03-25	Mareleidi Yinet	RICO Estrada		1000900758	10/12/2002	Colombia	Sura	3052437103	Belen.	Mareleidi Estrada@gmail.com	Vaccine 1		
	13-03-25	Cadilla	Rodriguez Usuga		1025645254	22/08/2005	Colombia	Sawa Salud	3004517251	Robledo	Camilysug@gmail.com	Vaccine 1		Camil R.
	13-03-25	Yanesa	Restrepo Taborda		633646181	29/06/2006	Colombia	Nueva eps	311734630	San Javier	Restrepo Taborda Vaneza@gmail.com	Vaccine 1		Yanesa R.
	13-03-25	Paulina	Muñoz Restrepo	TI	1033259892	28-09-2007	Colombia	Salud Total	3046194030	Belen	Muñoz Restrepo@gmail.com	Vaccine 1		
	13-03-25	Ana Yolane	Palacios Hincstberti		1032013562	12/10/2007	Colombia	Nueva eps	3122706411	Robledo	Anatolaine Pegmalcon	Vaccine 1		Anapabecis
	13-03-25	Jorge Antonio	CORZO Manguarez	cc	1004413830	01/08/1993	Colombia	Sanitas	324681490	Copacabana	Jorge Corzo Manguarez@gmail.com	Vaccine 1		
	13-03-26	Allis Daiana	Castaño Sosa	cc	1007625386	26/03/2003	Colombia	Sora	3059707700	Altamira Robledo	Alisbiana@gmail.com	Vaccine 1		Allis D.C.S

Vaccine 4
 Jefano 1

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

ESTANDARIZACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTOCIZO 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

UNOS 911 EN SUICIO POR LA PRESENCIA DE PRESIDENTES QUE SEAN VIOLENTOS, QUEJAS POR LOS MALOS EFECTOS DE LOS GOBIERNOS QUE SON TOTALITARIOS, LOS 700 FASCISTAS Y NO REALIZAR MASQUE.

CONVENIO:

AUXILIAR VACUNADOR(A):

FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION HABITO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	BOSES	FIRMA
28-03-2013	Samuel	Abanto Morales	CC	985615101	2002-09-30	Colombiano	Salud Total	301247420	Enaso	Samuel Montano 980@gmail.com	Varicela Tetano	1 1	Samuel M.

Varicela,
fe tano!