DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

CONTACTO:

LUGAR: SENA CENTRAL (MINORISTA)

FECHA: MARTES 10 JUNIO 2025

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
ELOVAC-B	**24GHBV017**	**30/09/2027**	**110**	**92**	**0**	**18**	
VARIVAX	**Z002794**	**1/10/2027**	**110**	**71**	**0**	**39**	
INFLUVAC	**K11A**	**31/12/2025**	**110**	**92**	**0**	**18**	
ANTITETANICA	220800924A	31/07/2027	40	9	0	31	
ENTREGA:	**JUAN BUITRAGO**		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

17 HB 17 Varivox 17 Inf.

Suplimed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
	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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3172643 Adm. Salud. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Jaura Andrea	Rojas Espinosa	CC	1021882170	01 EN 2004						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Laura Rojas
2	10 JUN.	Laura Melissa	Ospina Molina	CC	1000752235	18 AB 2003						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Laura Ospina
3	10 JUN.	Maira Alejandra	Restrepo Monsalve	CC	10235 92336	29 JUN 2005.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Alejandra Restrepo
4	10 JUN	Ana Isabel Ram	Ramirez Polanco	CC	1052955399	25 OCT 2005						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Anaisabel.
5	10 JUN.	Diego Alejandro	Ramirez Agudelo	CC	1033178520	11 AG 2005.						HB - TT. Varicela Influvac	1ra - 1ra 1ra (A).	
6	10 JUN	Stefania	Cardona Jaramillo	CC	1011393512	29 SEP 2005.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Stefania
7	10 JUN	Jinda Dayana	Montiel Mestra	CC	1063787367	05 05 2004						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Dayana.
8	10 JUN.	Elizabeth	Arango Arango	CC	43999328	16 SEP/84.						HB Varicela Influvac	1ra. 1ra (A)	Elizabeth A.
9	10 JUN.	Luisa Fernanda.	Patiño Jaramillo	CC	1000759289	06 JUL 2002.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Luisa Patiño
10	10 JUN	Jadi Jaramia	Gonzalez Velasquez	TI	10388696 66.	04 MAYO 2008.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	
11	10 JUN	Karen Samantha	David Gonzalez	CC	1013341569	25 OCT 2006						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Karen D
12	10 JUN	Charith Daniela	Luján Rodriguez	CC	1023627707	02 MAY 2005						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Daniela Lujan
13	10 JUN	Silvia Rosa	Cuadro Zabala	CC	1143398139	13 Feb 1997.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	
14	10 JUN	Maria Isabel	Aristizabal Saraza	TI	1023633116	25 SEP 2007.						HB Varicela Influvac.	1ra 1ra (A).	Maria Isabel

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 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: 3172643 Adm. Salud

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	10 Jun	Nikholle	Belton del Rio	cc	1013342691	17 05 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	
16	10 Jun	Danelis María	Lobo Martinez	CC	1235 239 407	15 AG 2006						4B Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	
17	10 Jun	Valentina	Bossio Herrera	CC	1066349967	09 JUL 2006						4B Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	

2 TT 9 HB 9 Vari 9 INF

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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141425 F. Adm. Salud

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN	Valery	Gamon Rodriguez	CC.	04 ENE 2007.	10150 +1167.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	Valery 6.
2.	10 JUN	Sandra Patricia	Benitez Jaraba	CC	4391 0101	02 OCT 1982.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	Sandra Benitez
3	10 JUN	Maria Camila	Cartagena Cartagena	CC	121472 9862	16 JUN 1995.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / 1 (A).	Camila CC
4	10 JUN	Carlos Farid	Galvan Quintana	CC	101716 2730.	06 FEB 2006						HB - TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / 1ra / (A).	Farid 6.
5	10 JUN.	Mariana	Lopez Navarro	CC	110486 5715.	16 MAYO 2005.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	Mariana 2.
6	10 JUN	Saider Samith	Sotelo Hoyos	CC	1069 467743	08 AG 2003						HB - TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / 1ra / (A).	Saider Sotelo
7	10 JUN.	Thalia Barrosa	de Horta Acosta	CC	100720 6308.	29 SEP 2003.						HB / Varicela / Influvac	3ra / 2da. / (A)	Thalia D'Horta
8	10 JUN	Johana Cecilia	Gonzalez Medina.	CC	114087 9090	06 JUL 1995.						HB / Varicela / Influvac	3ra / 1ra / (A).	Johana
9	10 JUN.	Maria Isabel	Castañeda Castro	CC	43578 838	31 Mayo 1973.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

Hu 18 HB: T 18. Mf! 8. Varivax 17

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: 2993927 S.O.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1.	10 Jun.	Daniel	Taborda Martinez	CC	102049 0493	18 SEP 1998.						TT HB Influvac	3ra 3ra. (A)	
2	10 Jun.	Gaishka Nazareth	Martinez Machina	RPT	5055 591	12 JUN 2008.						HB Influvac	3ra (A)	Gaishka M.
3	10 Jun	Paulina	Salazar Arteaga.	TI	102980 3430.	12 AG 2006.						HB Influvac	3ra (A)	Paulina S.
4.	10 Jun	Sara	Velasquez Sepulveda.	CC	103644 9039.	22 AB 2005.						HB Influvac	3ra (A)	Sara V.S
5	10 Jun.	Maria Ximena	Moquera Moquera	CC	102010 9310.	08 02 2000.						HB Influvac	3ra (A)	Ximena M.
6.	10 Jun.	Dayis Xiomara	García Velilla.	CC	102033 2357.	25 02 2007.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	Xiomara G.
7	10 Jun.	Silvana	Taborda Carmona	CC	105823 0426	29 JUL 1995.						HB Influvac	3ra. (A)	Silvana T.
8	10 Jun	Alison Dayana	Rios Acosta	CC	112842 6585.	10 AB 2006.						HB Influvac	3ra (A)	Alison R.
9	10 Jun	Elayne	Gomez Triana	CC	104652 8006.	01 AG. 2006.						HB. Influvac	3ra (A)	Elayne F.
10	10 Jun	Maria Alejandra	Osorio Raigosa	CC	102011 1685.	09 NOV 2006.						HB Influvac	3ra (A)	Alejandra.
11	10 Jun.	Luisa Maria	Tamayo Cuña	CC.	101345 7864.	03 MAYO 2005.						HB Varicela Influvac.	3ra 2da (A)	Luisa C
12	10 Jun	Valentina	Gutierrez Pareja	CC	102363 4230	07 JUN 2005.						HB Influvac	3ra (A)	Valentina.
13	10 JUN	Stefania	Cano Valencia	CC	102588 1336.	04 MAYO 2004						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	Kat
14.	10 Jun	Isabella	Morales Salazar	TI	102588 9951	29 NOV 2006.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	

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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2993927 . S.O.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	10 JUN	Valery	Londoño Restrepo	CC	101823 5798.	18 DIC 2006.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	Valery LR
16	10 JUN.	Maria Camila	Cardona Quiroma	CC	1036653 824	02 03 1994.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A)	AM. camila C
17	10 JUN.	Vanessa Isabel	Torres Velasquez	CC	106672 4414.	04 JUL 2003.						HB Varicela Influvac	3ra. 2da. (A).	
18	10 JUN	Daniela	Vasquez Caballos	CC	101334 0367.	25 03 2006.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	Daniela V.

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 14 HB 14 var 13. Inf 2 TT	Código: F-GV-IPS031
	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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3174204 S.O. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Salome	Betancur Buitrago	CC	102613 1260	01 SEP 2004.						HB Varicela Influvac	1ra 2da (A).	* Salomé B.B
2	10 JUN	Madelyn Valeria	Palacio Padilla.	CC	102192 3929	02 EN 2009.						HB Varicela Influvac	1ra. 1ra (A)	* Madelyn P.
3	10 JUN	Eileen Sofia	Marin Castrillon	TI	103969 7959	19 AG. 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Sofia * Marin
4	10 JUN.	Marolin Janyd	Sierra Guzman	TI	102780 5558	10 EN 2008.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Marolin
5	10 JUN.	Manuela	Carrera Sepulveda	TI.	101346 0591	19 JUL 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Manuela.
6	10 JUN	Paola Andrea.	Carrera Sepulveda	TI	101346 0590	22 JUL 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Paola.
7	10 JUN	Angelly I	Henao Cano.	CC.	111204 0581.	09 05 2005.						HB Varicela Influvac.	1ra 1ra (A).	* Angelly
8	10 JUN	Valentina	Cortes Contreras	CC	101823 1942	19 DIC 2005.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Valentina C.
9.	10 JUN.	Yeferson	Gomez Perez.	CC	1152207005.	12 DIC 1994.						HB - TT Varicela Influvac	R1 - R1 1ra (A).	* Yeferson Gomez
10	10 JUN	Maria Jose	Quintero Torres	TI	101507 1919	15 AG 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Maria José Quintero.
11	10 JUN	Carlos Andres	Tangarife Acevedo	CC	1015187 666	21 NOV 2004.						TT HB Varicela	1ra 1ra 1ra.	Carlos A. * tangarife
12	10 JUN.	Valerie	Zapata Martinez	CC	104163 2114.	17 03 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	* Valerie Zapata
13	10 JUN	Isabel Sofia	Sanchez Osorio	TI	102589 1404	29 AG 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	* Isabel Sánchez
14	10 JUN.	Isabela	Acosta Estrada	CC	102814 0815	02 AG 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Isabela Y Acosta.

11 HB 12 Inf 1 TT 2 Varic

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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 2992545 G. Adm. Salud AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN	Isabel Cristina	Rendon Herrera	CC	1025443646.	27 ENE 2005.						HB Influvac	3ra (A)	
2	10 JUN	Lina Isabel.	Guevara Caballero.	CC	1193101293	30 SEP 2001						Influvac	(A)	Lina guevara
3	10 JUN	Sandra Patricia	Osorio Rove	CC.	4316 5024.	11 JUL 1980.						HB Influvac	3ra (A)	Sandra Osorio
4.	10 JUN	Valentina	Sucza Sanchez.	CC	1017928886.	28 DIC 2006						HB Influvac	3ra (A)	Valentina S
5	10 JUN.	Marien Liyan	Colorado Londoño	CC	1000414 1896.	23 FEB 2001						HB Influvac	3ra (A)	Liyan C.
6.	10 JUN.	Angelica	Segura Machado	CC	1017928382	03 OCT 2006.						HB Varicela Influvac	3ra 2da (A).	Angelica
7	10 JUN	Valentina	Lopez Betancur	CC	10029 65192	18 JUL 2002.						HB Influvac	3ra (A)	Valentina L.
8	10 JUN	Evelyn	Serna calle	CC	1021803 2623	03 AB 2004.						HB Influvac	3ra (A)	Evelyn Serna C.
9	10 JUN	Paulina	Ortega Lopez	CC.	1017183008	07 MZO 2008						HB Influvac	3ra (A)	Paulina O.
10	10 JUN.	Saul	Diaz Olivera	CC	10529 50353.	27 JUL 2004.						HB-TT Influvac	3ra-3ra (A)	Saul Diaz
11	10 JUN	Luna Esmeralda	Sierra Villegas	CC	1025763024	22 JUL 2006						HB Varicela Influvac	2da 2da (A).	Luna V.
12	10 JUN.	Laura Camila	Muñoz Correa	CC	1000403548	19 03 2003.						HB Influvac	3ra. (A)	Laura M.

6 HB + Varivax + Influ

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
		Vigencia desde: 28/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN | ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONVENIO: 3142083 Serv. Farmac. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Tatiana Angelica	Garcia Albus	CC.	108302 0125.	04 NOV 1996.						HB Varicela Influvac	1ra. 1ra (A)	Tatiana Garcia
2	10 JUN.	Maverth Dayana	Villa Vargas	CC	107081 0835	29 05 2006.						HB Varicela Influvac	1a 1r (A)	Maverth villa
3	10 JUN.	Adriana Maria	Garcia Marulanda	CC	435-92 163	29 DIC 1972.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	T. Adriana.
4	10 JUN.	Deisy Dahiana	Bedoya Geraldo	CC	10004 44478	02 AB 2003.						Varicela Influvac	1ra (A).	Deisy B.
5	10 JUN.	Nicole Zamara	Bolivar Tejada	CC	102564 G1 SV.	16 NOV 2005.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (4).	Nicola Bolivar
6	10 JUN	Saubby Juliana	Caballero Gomez.	CC	1095-79 9569.	30 03 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Juliana Cab
7	10 JUN	Isabela	Vargas Arias	CC	100722 3179.	28 05 2000						HB Varicela Influvac	1r 1ro (A).	Isabela V.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 7 HB 7 Vari 7 Inf. 1 TT

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 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: 3141413 S.O.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN	Karol Daniela	Bedoya Gallego	TI	102022 9064.	20 03 2007						HB Varicela Influe	1ra 2da (A).	
2	10 JUN.	Paulina	Diosa Ochoa	CC.	1000 763446	05 MAYO 2003.						HB Varicela Influe	1ra 2da (A).	
3	10 JUN	Yuliannys Maireli t	Castillo Colonche	PPT	52914 22.	02 FEB 2007.						HB Varicela Influe	1a 2d (A).	
4	10 JUN.	Madelin Nicol	Castañeda Jaraz	CC	103645 0344.	05 JUL 2006.						HB Varicela Influe	1ra 2da (A).	
5	10 JUN	Juan Pablo	Calle calle	CC	103348 +911	20 AG 2005.						HB TT Varicela Influe	1ra- 2da. 2da (A).	
6	10 JUN	Sara	Restrepo	TI	103597 6155.	10 NOV 2007.						HB Varicela Influe	1ra 2da (A)	
7	10 JUN	Shanick Valentina	Cabrales Bedoya	TI	103597 6674	03 AG 2008.						HB Varicela Influe	1ra 2ra (A).	

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 3 HB 3 Varic. 3 Inf. 1 TT

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 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: 3174216 5.0.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Yuliza	Renteria Rocha	CC	1018233 339	16 05 2006						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Yuliza R.
2	10 JUN	Angela	Arboleda Velasquez	CC	1000 304937	14 Jul 2000						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Angela A.
3	10 JUN	Alvaro Fernando	Madroñero Parra	CC	112320 5808	24 JUN 2006.						HB-TT Varicela Influvac	1ra - 1ra 1ra (A)	Alvaro Parra

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 2 HB 2 Vari 2 Inf1

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPSC31
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 fria o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 dias, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141424 S.O. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN	Mariadissela	Castaño Lopez.	TI	1032013859	06 EN. 2008						HB Varicela Influvac	1ra 1ra DA.	x Jissela C.
2	10 JUN	Isabella	Hurtado Usma	TI	101823 8430.	10 AG 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	x Isabella H.

2 HB 2 Varivax 2 Inf/IUV

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: 3174191 S.O.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Michelle	Ruco Palacios	CC.	104282 5097.	30 ENE 2005.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	x Michelle Ruco P.
2	10 JUN.	Hellen Valentina	Aguilar Moreno	TI	101518 9050	21 DIC 2001						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	x hellen M.

	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
SupliMed	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
		Vigencia desde: 29/11/2023

2 HB

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONVENIO: 2931424 Aux. Enf.

AUXILIAR VACUNADOR(A): ____________

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 Jun ?	Melany.	Acosta Arroyo	CC	1025 646609	12 02 2006						HB	3ra	Melany A
												—	—	
												—	—	
2.	10 Jun.	Ana Liliana	Cabrera Barrigan	CC	10[illegible]771 73496.	30 Jun 2005						HB	3ra	Ana Liliana
												—	—	
												—	—	

Código: [illegible]
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONVENIO: 2993925 Aux. EAE.

AUXILIAR VACUNADOR(A): ____________

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 Jun	Mariana	Jaramillo Charama	CC	1022145232	08 08 2006						HB Influenza —	3ra (A) —	Mariana J.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

A MT.

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031

Versión: 02

Vigencia desde: 29/11/2023

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONVENIO: 2923462 Aux. Enf.

AUXILIAR VACUNADOR(A): ____________

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	10 JUN.	Yuli Andrea	Rios.	cc	1007311517	1406 1996.						Influvac	(A)	Yuli Rios