SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

MPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

ONTACTO:

LUGAR: SENA CENTRAL (MINORISTA)

FECHA: MIERCOLES 18 JUNIO 2025

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	110	110	0	0	
VARIVAX	Z002794	1/10/2027	110	110	0	0	
INFLUVAC	K11A	31/12/2025	110	110	0	0	
ANTITETANICA	220800924A	31/07/2027	40	24	0	16	
ENTREGA:	JUAN BUITRAGO		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

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

CONVENIO: 3172794 RES. Farmacia

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	18 JUN	Marley Andrea	Pereira Romero	CC	1001161 434.	17 MAYO 2003						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Marley P.
2	18 JUN	Juan Pablo	Restrepo Berrio	CC	121672 3708	27 MAYO 199-).						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	
3	18 JUN	Sherlyn Michel	Triana Polo	TI	104076 0218.	28 08 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Michel T.
4	18 JUN.	Santiago Mateo	Moralenda Palacio	CC	115269 8928	09 MAYO 1995.						HB-TT Varicela Influvac	1ra-1ra. 1ra (A).	Santiago M.
5	18 JUN	Lizeth Ovalla	Vargas Vasquez.	CC	10392 88000.	05 AG 1992.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra. (A)	Daniela Vargas V.
6	18 JUN.	Karol Michel	Castrillon Velez	CC	101518 8098	02 AG 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Karol castrillon
7	18 JUN	Elizabeth	Patiño Gomez	CC	1037 63 5501	22 JUL 1994.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Elizabeth P.
8	18 JUN	Carlos Fernando.	Moreno Arboleda	CC.	102045 8539	28 MAR 1994.						HB-TT Varicela Influvac.	1ra-2da 1ra (A).	Carlos M.
9	18 JUN	Maria Isabel	Martinez Ovalle	CC	10715 2386.	14 JUL 1987						Varicela Influvac	1ra (A)	Isabel M.
10	18 JUN.	Sandra Milena	Barrera Sanchez	CC	43915 726.	13 08 1983						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Sandra B.
11	18 JUN.	Isabella	Perez Galeano	TI	101824 0341	26 EN 2008						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Isabella P.
12	18 JUN.	Salome	Ramirez Diaz	CC	102780 4351	26 AB 2007.						HB Varicela	1ra 1ra	Salome R.
13	18 JUN.	Maria Jose.	Rodriguez Lopez	CC	102010 7470	29 DIC 2004.						HB Varicela	1ra 1ra	Maria Jose.
14	18 JUN.	Miguel Angel	Pantagua Velasquez	CC	101345 7519	12 FEB 2005.						HB TT Varicela	1ra 1ra 1ra	Miguel Angel.

HB: 4 Vare: 7 TT: 1

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

CONVENIO: 3172794 Reg. Farmacia

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	18 JUN.	Leisy	Chavena Mena	CC	1128524 726	15 SEP. 2005.						HB Varicela	1ra 1ra	Leisy Chavena
16	18 JUN	Ximena	Osorio Restrepo	CC	1025645526	14 SEP 2005.						HB Varicela	1ra 1ra	BXIMOR
17	18 JUN	Ana Maria	Serna Rodriguez	CC	1000899320	13 OCT 2002.						HB Varicela	1ra 1ra	Ana María
18	18 JUN	Maria Alejandra	Rivera Pulgarin	CC	1013458959.	19 06 2006.						HB Varicela	1ra 1ra	Alejandra Rivera
19	18 JUN	Angie Valentina	Lopez Agudelo	CC	1020114720	16 DIC 2003.						HB Varicela	1ra 1ra	Valentina Lopez A.
20	18 JUN	Gustavo Andres	Alvarado Reyes	CC	1038117025	25 ENE 1992.						HB TT Varicela	1ra 1ra 1ra.	Gustavo Alvarado Reyes
21	18 JUN	Keidy Johana	Vasquez Moreno	CC	1042732473	18 AG 2005.						HB Varicela	1ra 1ra	Keidy Vasquez

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 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: 3141428 Reg. Fammilia

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	18 JUN	Valentina Alvarez	Bedoya	CC	1020495261	01 OCT 1999						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	Valentina A.
2	18 JUN	Luisa Fernanda	Castillón Muñoz	CC	1214724414	24 03 1999.						HB Varicela Influvac	3ra 1ra A.	Luisa Fda Castillón
3	18 JUN	Alejandro	Montoya Alvarez	CC	1013343973	20 EN 2008						HB-TT Varicela Influvac	1ra- 1ra 1ra A	Alejandro M.
4	18 JUN.	Mariana	Aguirre Gonzalez	CC	1025640126	31 OCT 2003						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A.	Mariana A.
5	18 JUN	Ana Sofia	Gomez Medina	CC	1033179084	06 EN 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	Sofia G
6	18 JUN	Mariana	Lopez Agudelo	CC	1021805211	09 FEB 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A.	MARIANA L
7	18 JUN	Sindy Jotena	Rojas Correa	CC	1023880939	22 JUL 2006						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A.	Jorena R
8	18 JUN.	Danna Camila	Mejia	CC	1017142913	05 DIC 2004						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	Camila M.
9	18 JUN.	Wilson J	Lopez Lopez	CC	1020485896	18 05 1998.						HB-TT Varicela Influenza	1ra - 2da 1ra A	Wilson L.
10	18 JUN	Juliana	Ceballos Moreno	TI	1015072471	09 EN 2008						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	Juliana M.
11	18 JUN	Diana Maryerly	Vasquez Ramirez	CC	1018343708	07 07 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	Diana V.
12	18 JUN	Emely	Higuita Zapata	TI	1020113028	03 AB 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A.	Emely Hz
13	18 JUN	Julieth Vanessa	Medina Cardenas	CC	1099545804	27 JUL 2005.						HB Varicela Influvac	1ra. 1ra A	Julieth
14	18 JUN	Angelica Maria	Rivera Marulo	CC	1045138849	06 AB 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A.	Angelica R.

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

CONVENIO: 3141428 Reg. Famalia

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	18 JUN	Juan José	Zuluaga Saldarriaga	CC	101346 1245.	04 EN 2004						HB-TT Varicela Influenza	1ra-1ra 1ra (A)	Juan José Z.
16	18 JUN	Michel Andrea	Montoya Rendon	CC.	100008 3644.	03 EN 2000.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A).	Michel Montoya
17	18 JUN	Maria Camila	Montoya Naranjo	CC	101 33 41025.	19 JUL 2006						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A)	Mª Camila.
18	18 JUN	Angeles Maria	Quintero Alvarez	CC	103218 0522.	17 SEP 2007						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra (A)	[illegible]

VAR: 1 INT: 1

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 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): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	18 JUN	Carlos Andres	Correa Zapata	CC	101719 2310	05 SEP 1990.						Varicela Influenza	1ra (A).	

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

CONVENIO: 3065825. REG. FARMACO

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	18 JUN	Martha Lucia	Muñoz Gil	CC	21556 607.	23 MAYO 1981.						Influvac	A	*María M.
2	18 JUN	Jennifer Julieth	Alzate Gomez	CC	1017213 893	23 DIC 1992.						HB Varicela Influvac	1ra dosis A.	*
3	18 JUN	Beatriz Elena	Gutierrez Oquendo	CC	22188 680.	15 NOV 1976						Influvac	A	*
4	18 JUN	Elizabeth	Montoya Marin	CC	1000 759 539	10 EN 2002						Influvac HB.	A 3ra	* Elizabeth M.

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

CONVENIO: 314 2104 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	18 JUN 25	Yenifer Andrea	Nuño Florez	CC	101712 5404	17 Feb 1986.						HB Varicela Influac	2da 1ra (A)	Yennifer NUÑO
2	18 JUN.	David Santiago	Romo Romero	CC	100356 6284	20 MAR 2008						HB - TT Varicela Influac	1ra - 1ra 1ra (A)	
3	18 JUN.	Emmanuel Soto Is	Soto Isoza.	CC	102613 9689	01 MAR 2008						HB - TT Varicela Influac	1ra - 1ra 1ra (A).	
4	18 JUN	Wilmar Esteban	Almonza Angel	CC	10014 822238	06 OCT 2003						HB - TT Varicela Influac	1ra - 1ra 1ra (A).	Wilmar E.
5	18 JUN	Catalina	Sanico Escudero	CC.	102362 8753	20 MAR 2006						HB Varicela Influac	1ra. 1ra (A)	
6	18 JUN	Saray	Alzate Londoño	CC	101139 6636.	22 JUN 2007.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A).	Saray A.
7	18 JUN.	Ronald Fernando	Hincapie Lopez.	CC	98512 842.	23 FEB 1983						HB - TT Varicela Influac	1ra - 1ra. 1ra (A)	Ronald Hincapie
8	18 JUN	Melany	Gutierrez Cadavid	CC	101823 4561	06 SEP 2006.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A)	Melany Gut.
9	18 JUN.	Hellen	Ortega Cardona	CC	103317 9606	08 AB 2006.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A)	Hellen ortega
10	18 JUN	Eduar Javier	Gutierrez Rico	TI	102214 8921	29 AG 2008.						HB - TT Varicela Influac	1ra - 1ra. 1ra (A)	Eduar
11	18 JUN	Danna Alejandra	103879 7657	CC	Atenco Garcia.	14 SEP 2004.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A)	Danna A.
12	18 JUN	Maria Valentina	Caballero Arrieta	CC	10529 68810	01 OCT 2007.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A)	Valentina
13	18 JUN.	Andreina Isabel	Ruiz Bustos	CC	104704 1846.	13 Feb 2006.						HB Varicela Influac	1ra. 1ra (A)	Andreina Ruiz
14	18 JUN	Daira Yiseth	Gonzalez Blandon	CC	103217 7307	11 AB 2005.						HB Varicela Influac	1ra 1ra (A)	Daira Gonzalez

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: 3142104 Serv. Farmac. 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	18 JUN	Valeria	Velez Rave	CC	103495 8218	10 OCT 2005						4B Varicela Influenza	1ra 2da (A).	Valeria Velez

INF = 2

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: 3065837 Reg. Famaica

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	18 Jun	Sandra Milena	Soto	CC	115243 9260	30 Jul 1991						Influvac	(A)	*Sandra Soto
2	18 Jun	Diana Marcela	Gómez Gamzon	CC	112386 1385.	25 07 1998						Influvac	(A)	*Marcela Gómez

HDE: 2 VARICELA: 1 INF: 2

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

CONVENIO: 2993926 S.O. 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	18 Jun 1	Keiner Andres	Pantoja	CC.	1063285899.	25 DIC 2006						HB TT Influac	3ra 3ra (A).	Keiner
2	18 Jun	Valeria	Rodrigues Parra	CC	1025B 41815	25 MAY 2004						HB Varicela Influac	3ra 2da (A).	Valeria R.

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: 3142083 Serv. Famact.

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	18 JUN	Kerly Chiguinquirá	Jaramillo Sangronis	PPT	14106 33	28 02 2005						HB Varicela InfluAc	1ra 1ra (A)	Kerly Jaramillo
2.	18 Jun	Maryory	Duque Gutierrez	CC	10204 85117	04 AB 1998						HB Varicela InfluAc	1ra 1ra (A)	Maryory Duque.

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: 3172761 Reg. Formalia

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	18 JUN.	Greisy	de la hoz Otero	TI	102565 2048	12 MZO 2008						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Greisy
2	18 JUN	Juan Jose	Moreno Manrique	TI	101695 2103	31 AG 2007.						HB - TT Varicela Influvac	1ra - 1ra 1ra (A)	
3	18 JUN	Camilo Andres	Gomez Tafur	CC	103693 8067.	14 JUN 2006						HB TT Influvac	1ra 1ra (A).	Camilo
4	18 JUN	Mike Andersson	Morales Velez	CC	101727 4100	22 SEP 1999.						HB - TT Varicela Influvac	R1 - 3ra 2da (A)	
5	18 JUN	Samuel Alexander	Tabares Zuluaga	CC	10320 10943	10 ENE 2005						HB - TT Varicela Influvac	1ra - 1ra 1ra (A)	Samuel
6	18 JUN	Anderson Camilo	Lucumi Gonzalez	TI	101903 3415.	20 MAY 2007						HB - TT Varicela Influvac	1ra - 1ra 1ra (A)	Anderson
7	18 JUN	Isabella	Arco Palacio	TI	102780 4546.	01 JUN 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Isabella
8	18 JUN	Juliana	Rivera Villegas	CC	103541 6799.	04 AB 2005.						Varicela Influvac	1ra (A)	Juliana
9	18 JUN	Jennifer	Ramirez Agudelo	CC	103491 9290	10 NOV 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 2da (A).	Jennifer
10	18 JUN	Sofia	Nieblas Artegom	TI	103318 4701	07 MZO 2008.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Sofia N.
11	18 JUN	Angie Milena	Salabarria Hernandez.	TI	10666 03745.	17 SEP 2007.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Angie S.
12	18 JUN	Sara Valentina	Gonzalez Rodriguez	CC	1013107 688	29 DIC 2005						HB Varicela Influvac	1ra 1ra. (A)	Sara G
13	18 JUN	Juna	Gonzalez Martinez	CC.	1015070 940	12 SEP 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Juana G
14	18 JUN.	Evelyn	Suarez Lopez.	CC.	101506 9796	08 02 2000						HB Varicela Influvac	1ra. 1ra (A)	Evelyn.

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: 3172761 Reg. Famaui a

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	18 Jun.	Edwin Andres	Areiza Arciza	CC	100056 4696	18 03 2001						HB - TI Varicela Influvac	1da - 2da 1ra (A)	Edwin Areiza
16	18 Jun.	Paola Andrea	Cortez Usuga	CC	1001 845576	23 SEP 2001						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Paola C.
17	18 JUN	Sheila	Herrera Esquivel	CC	1102119 682	13 FEB 2001						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A).	Sheila H.
18	18 JUN	Sofia	Hoyos Hernandez	TI	106328 6654	08 AB 2008						HB Varicela Influvac	1ra 1ra (A)	Sofia H.
18	18 Jun	Elizabeth	Restrepo Restrepo	CC	5276 0754	13 FEB 1984						Varicela Influvac	1ra (A)	Elizabeth
19	18 Jun.	Daniela	Palomo Indabum	CC	103943 4808	20 SEP 2004.						HB Varicela Influvac	2da 1ra (A).	Daniela

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 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: 3142088 SERV. Farmaceut.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	18 JUN	Yuliana Andrea	Diez Jimenez	CC	104114 8452	23 SEP 1990						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	
2	18 JUN	Laura Johana	Mena Ibarguen	CC	107747 6091	13 SEP 1997.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	* Laura Mena
3	18 JUN.	Yurany	londoño Patiño	CC	114643 8314.	07 SEP 1994.						HB / Varicela / Influvac	1ra. / 1ra / (A)	* Yurany londoño P.
4	18 JUN	Edier Santiago	Orrego Gualdo	CC	103693 0888	06 JUL 2006.						HB-TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / 1ra / (A).	Santiago * Orrego
5	18 JUN	Yoselum Maria	Barrientos Rodco	CC	121672 5218	21 OCT 1997.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	* Yoselum BRR
6.	18 JUN	Yohana Andrea	Arango Rodriguez	CC	100777 62809.	23 04 2003						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	* Yohana AHR.
7	18 JUN	Samuel	~~Salazar~~ Clavijo	CC	1018289 331	29 06 2005						HB-TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / Varicela / (A)	*
8	18 JUN.	Juan David	Diaz Mazo.	CC	101823 9257	28 AB 2007						HB-TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / 1ra / (A).	* Juan David
9	18 JUN.	Mildrey	Nohava Valderrama	~~PT~~ PI	10454 25878	24 09 2007.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A)	* Mildrey
10	18 JUN.	Yoliza	Espitia Delgado	CC	102796 2539	20 JUN 2007.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A).	* Yoliza Espitia
11	18 JUN	chelsy Nicol	Garcia Benjito	CC	102180 5477.	22 04 2006.						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A)	* Chelsy García
12	18 JUN.	Joelvannys Karolina	García Angulo	PPT	2231 753.	01 DIC 2002						HB / Varicela / Influvac	1ra / 1ra / (A)	* Karolina García
13	18 JUN.	Sebastian	Cataño Raigoza	CC	101355 6834	03 FEB 2007.						HB-TT / Varicela / Influvac	1ra - 1ra / 1ra / (A)	*
14	18 JUN	Karen	Sanchez Galvis	CC	10382 62228	19 May 2004						HB-TT / Influvac / Influvac	1ra - 1ra / (A) / (A)	* Karen S.G

HB = 4 VARC = 4

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: 3142088 Sen. Famaceut.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	18 JUN	Diz Daniela	Oquendo Graciano	CC	1023525 424	09 MAR 2007						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	✱Daniela.
16	18 JUN	Karen Margarita	Rivera Barrera.	CC	102214 4633	06 OCT 200[illegible]						HB Varicela Influvac	1 1ra A.	✱karenf.
17	18 JUN	Silvana	Alzate Jordano	CC	1011394 975	30 JUN 2006.						HB Varicela Influvac	1ra 1a A	✱Silvana Al.
18	18 JUN	Angelly Melisa	Marmolejo Cordoba	CC	102352 4059	28 Feb 2006						HB Varicela Influvac	1ra 1ra A	✱Angelly

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 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: 3172785 REG. FARMAC

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	18 JUN	Mariana	Otero Gallego	CC	103764 8593	19 FEB 1996.						HB Varicela Influenza	1a. 1ra. (A)	*Mariana
2	18 JUN	Nashira	Velez Carmona	CC	1011410 288	18 MZO 2002.						Varicela Influenza —	1ra (A) —	*Nashira
3	18 JUN	Mariana Jc	Jordoño Vasquez	CC	101824 0003	11 ENE 2008.						HB Varicela —	1ra 1ra —	*Mariana
4	18 JUN	Jennifer Ar	Amariles Sandrez	CC	111023 3207	29 08 2006.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra (A)	*Jennifer.
5	18 JUN	Jessica	Velez Marin	CC	101725 8498	18 AB 1998.						HB Varicela Influenza	R1 1ra (A)	*Jessica Velez
6	18 JUN	Ibeth Yulisa	Gonzalez Algarin	CC	106672 7427	11 Mazo 2000.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A).	*Ibeth Gonzalez
7	18 JUN	Yiseth Daniela	Roman Jerno.	CC	102794 7765.	06 03 2005						HB Varicela Influenza	1r. 1r. (A).	*Daniela Romano
8	18 JUN	Maria Fernanda	Calle Valencia	TI	101346 0809	11 SEP 2007.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A).	*Maria Fernanda.
9	18 JUN	Manuela 1	Henao Velasquez.	TI	101139 7592.	04 DIC 2007.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A)	*Manuela H
10	18 JUN.	Maria Hillarin	Tapias Sandrez.	CC	10072 40488	12 FEB 2000						HB Varicela Influenza	1ra 1ra (A)	*Hillarin Tapias
11	18 Jun	Maria Alyandra	Marquez Sandrez	TI	111882 5037.	08 JUN 2007						HB Varicela Influenza.	1ra 1ra (A)	*
12	18 JUN	Samuel	Rojo Montoya	CC	1018 2360 05	28 EN 2007.						HB-TT Varicela Influenza	1ra - 1ra 1ra (A).	*Samuel
13	18 JUN.	Maria Camila	Cano Gonz	CC	100080 3899	06 JUN 2002.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra (A)	*Maria Camila G.
14	18 JUN	Valeria	Ochoa Valencia	TI	102589 1365	19 SEP 2007.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra (A)	*Valeria O.

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

CONVENIO: 3172785 REG. FARM.

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	18 JUN.	Ruby Jada	Ramirez Quintero	CC	4397 1949	17 AB 1983.						HB Varicela Influenza	R1 1 rm A	Ruby Ramirez

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código. F-GV-IP5031
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: 2846953 Gest. 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	18 JUN	Disney Alejandra	Gutierrez Garces	CC	06 AB 2005	1022 143913						HB Influar	3ra. (A)	*Alejandra
2	18 JUN	Maria Fernanda	Correa Gil	CC	1020 103277	01 MAR 2004.						HB Influa	3ra (A)	*Maria.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

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

CONVENIO: 2923431 REG. FAR.

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	18 JUN	Nadia Marcela	Ochoa Avila	CC	53081244	15 MAY 1984.						HB Influenza —	3ra (A) —	x NADIA OCHOA.