DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

MPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ONTACTO:

LUGAR: SENA MINORISTA

FECHA: JUEVES 31 JULIO 9:00 AM-3:00 PM

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	100	90	0	10	N/A
ANTITETANICA	220800924B	30/09/2027	20	5	0	15	N/A
VARIVAX	Z002794	10/01/2027	80	80	0	0	N/A
VAXIGRIP	5DA18D1G	30/01/2026	100	78	0	22	N/A
ENTREGA:	JUAN BUITRAGO		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3234641 - REGENCIA DE FARMACIA

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 29/07/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000294086	JHON STIVEN	TORRES RODRIGUEZ	3502168954	jhonstiventorres2003@gmail.com	INDUCCION
CC	1000438587	MANUELA	SERNA USUGA	3506930467	manuelaserna0405@gmail.com	INDUCCION
CC	1000633738	ANLLY LICED	RESTREPO GOMEZ	3042556525	liceth56g@gmail.com	INDUCCION
CC	1001242624	MARIA ALEJANDRA	CARDONA GAVIRIA	3137694162	maalgaviria22@gmail.com	INDUCCION
CC	1001362892	SANDRA JULIANA	VILLA AGUIRRE	3017428948	jv1001362892@outlook.es	INDUCCION
CC	1003758108	ANDRES FELIPE	ROMERO RUIZ	3135495962	romeroruizandresfelipe09@gmail.com	INDUCCION
CC	1013458368	MARIA ALEJANDRA	CARO DURANGO	3044958410	Mariacaro896@gmail.com	INDUCCION
CC	1018232757	STEFANY	HINESTROZA ZABALETA	3103597077	stefanyhinestroza81@gmail.com	INDUCCION
CC	1018250947	YENNY YULIETH	MENDOZA GUERRERO	3135869776	mendozaguerreroyennyyulieth@gmail.com	INDUCCION
CC	1020113257	ADRIANA LUCIA	CORDOBA LONDOÑO		adrianalondono2007@gmail.com	INDUCCION
CC	1020392142	KATHERINE	LONDOÑO VILLA	3117513448	londonovillakatherine@gmail.com	INDUCCION
CC	1021922668	MARIANA	MURILLO MUÑOZ	3233431661	marianamurillom27@gmail.com	INDUCCION
CC	1025891040	VALENTINA	PULGARIN TORRES	3007306509	pulgarinvaletina@gmail.com	INDUCCION
CC	1027941139	KILMAR ANDRES	FLOREZ GOMEZ	3135484274	kilmarandresflorezgomez1204@gmail.com	INDUCCION
CC	1033177449	JUAN DAVID	RAMIREZ GARCIA	3052905307	juandavidramirezgarcia58@gmail.com	INDUCCION
CC	1036190518	MARIA DEL CARMEN	GALLEGO DIAZ	3044325512	gallegodiazmaria127@gmail.com	INDUCCION
CC	1038333090	ESTER LUCILA	HERRERA MORENO	3146501617	Herreralucia281@gmail.com	INDUCCION
CC	1126707741	JULIO ELIAS	FERNANDEZ CEBALLOS	3136034433	julioelias1110@gmail.com	INDUCCION
CC	1128432295	LEDYS YOHANA	AGUIRRE MUÑOZ	3008536752	ledys.aguirre06@gmail.com	INDUCCION
CC	1128465153	LUISA FERNANDA	BEDOYA PEREZ	3023882843	lufebp28@gmail.com	INDUCCION
CC	1152452003	MARIA ALEJANDRA	LONDOÑO VARGAS	3127712046	mari2109londo@hotmail.com	INDUCCION
CC	1214713187	SUSANA	BOLIVAR CARDONA	3226852054	cristalll04@hotmail.com	INDUCCION
CC	43209039	JOHANNA YANETH	JARAMILLO CASTAÑEDA	3012594127	johanayaneth3009@gmail.com	INDUCCION
PPT	5693352	ROSIBEL DAIRI	HERNANDEZ CARDENAS	3046825051	rosibernandez@gmail.com	INDUCCION
TI	1018241279	ANDRES FELIPE	URRUTIA HURTADO		felixhurtadoxd@gmail.com	INDUCCION
TI	1020432391	YARA VALENTINA	VILLA LOPEZ	3024001967	yaravilla378@gmail.com	INDUCCION
TI	1025891420	CORI YAIRY	RUA MONTOYA	3052807308	coriruamontoya7@gmail.com	INDUCCION
TI	1039477248	PAULINA ANDREA	GARCES RUIZ	3112219470	paulinaandreagarcesruiz344@gmail.com	INDUCCION
TI	1092344340	KARLA SILVANA	REY RUBIO	3178011847	siparuro16@gmail.com	INDUCCION

2 TT 14 HB 13 vari 14 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

3234641.

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: Regenera.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	31 07 25	Maria Alejandra	londoño Vargas	CC	1152 452 003.	29 07 1994						HB Varivax Influenza	1 1 1	Alejandra L
2	31 07 25	Cori Yairy.	Rua Montoya	TI	1025 891 420	8 09 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Cori Rua
3	31 07 25	Alisson Dahiana	Metaute Hena	CC.	1011 396 127	27 03. 2007			~~326~~	3234648		HB Varivax Influenza	1 1 1	Alisson Henao
4	31 07 25	Alba Gisel.	Otalvaro maldonado	TI	1025 764 990	27 02 2008				3234648		HB Varivax Influenza	1 1 1	Albagise O.
5	31 07 25	Susana	Bolivar Cardona	CC	1214 713 187	12 05 1992						HB Varivax Influenza	1 1 1	Susana B
6	31 07 25	Karla Silvana	Rey Rubio	TI	1092 344 340	04 12. 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Karla R.R.
7	31 07 25	Stefany	Tunestroza Zabaleta	CC.	1018 232 757	23 03. 2006						HB Varivax Influenza	1 1 1	Stefany Hz
8	31 07 25	Kilmar	florez Gomez	CC	1027 941 139	12 04. 2004						HB TT Varivax Influenza	1 1 1	Kilmar F.
9	31 07 25.	Manuela.	Serna Usuga	CC.	1000 438 587.	04 04 2000						HB Influenza		Manuela S
10	31 07 25	Maria Alejandra	Cardona Gaviria	CC	1001 242 624	22 03. 2000						HB Varivax Influenza	1 1 1	Alejandra C.
11	31 07 25	Rosibel. Dairi	Hernandez Cardenas	PPT	56933 52	26 09 2006						HB Varivax Influenza	1 1 1	Rosibel
12	31 07 25	Yara Valentina	Villa Lopez	TI	1020 432 391	02 06. 2008.						HB Varivax Influenza	1 1 1	Yara Villa C.
13	31 07 25	Yemy Yulieth.	Mendoza Guerrero	CC.	1018 250 947	29 10 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	YENY MG
14	31 07 25	Andres Felipe	Urrutia Hurtado	TI	1018 241 279	01 05. 2008						HB TT Varivax Influenza	1 1 1	Andres F.

9 HB. 9 Vari 9 Inf. 1 TT

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

3234641. 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: Regencia

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	31 07 25	Paulina Andrea	Garces Ruiz	TI	1039 497 248	24 01 2008						HB Varivax Influenza	1 1 1	Paulina
16	31 07 25	Johanna Yaneth	Jaramillo Castañeda	CC	43 209 039	06 03 1980						HB Varivax Influenza	1 1 1	
17	31 07 25	Katherine	Londoño Villa	CC	1020 392 142	24 11 2000						HB Varivax Influenza	1 1 1	Katherine
18	31 07 25	Anlly Ucced	Restrepo Gomez	CC	1000 633 738	30 11 1999						HB Varivax Influenza	1 1 1	
19	31 07 25	Maria Alejandra	Caro Durang	CC	1013 458 368	16 10 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	Aleja Caro
20	31 07 25	Sandra Juliana	Villa Aguirre	CC	1001 362 892	24 02 2003						HB Varivax Influenza		Juliana V.
21	31 07 25	Valentina	Polgarin Torres	CC	1025 891 040	07 06 2007						HB Varivax Influenza		Valentina
22	31 07 25	Juan David	Ramirez Garcia	CC	1033 177 449	18 11 2004						HB TT Varivax Influenza		Juan David R.G.
23	31 07 25	Maria del Carmen	Gallego Diaz	CC	1036 190 518	01 06 2006						HB Varivax Influenza		Maria Gallego

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3234648 - GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 25/07/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000899588	LAURA CAMILA	ORTIZ MUÑOZ	3147488897	lumu7655@gmail.com	EN FORMACION
CC	1001470603	JERALDINE	RAMIREZ RESTREPO	3243131269	yeralgiraldo125@gmail.com	EN FORMACION
CC	1001517726	DAYANA ANDREA	CARDONA CANO		acastanedaa@sena.edu.co	EN FORMACION
CC	1003291383	ZULEMA	FERNANDEZ SALCEDO	3122752392	zulefernandezsalcedo2003@gmail.com	EN FORMACION
CC	1011396127	ALISSON DAHIANA	METAUTE HENAO	3024291878	olgavillada19@gmail.com	EN FORMACION
CC	1013342568	MICHELLE	ESTRADA ESCOBAR	3046136453	miche.00425@gmail.com	EN FORMACION
CC	1026131565	LEIDY CAROLINA	CASTAÑO ARBOLEDA	3008447155	carolinacastano657@gmail.com	EN FORMACION
CC	1026132184	EINER	PESTAÑA CORDOBA	3232940543	einercordoba53@gmail.com	EN FORMACION
CC	1027801495	ZULY VIANETH	TUBERQUIA GOMEZ	3237552879	zulyg314@gmail.com	EN FORMACION
CC	1034918802	VALENTINA	OCHOA ROBLES	3011502954	valentinaochoa2405@gmail.com	EN FORMACION
CC	1035580942	ALEJANDRA	DURANGO GRACIANO	3012277335	alegraciano07@gmail.com	EN FORMACION
CC	1035974277	MARIA FERNANDA	CORREA ESCOBAR	573016599057	mafecoresco@gmail.com	EN FORMACION
CC	1064898307	ANDREA CAROLINA	HERRERA DE HOYOS	3013926848	andreacarolinaherreradehoyos@gmail.com	EN FORMACION
CC	1066571254	DANIELA	SOTO AVILES	3022544196	danielasotoavilez@gmail.com	EN FORMACION
CC	1071303043	LIGIA MAGDALY	BETANCOURT SANTIAGO	3125065173	limabesa123@hotmail.com	EN FORMACION
CC	1128468341	MONICA MARCELA	PANIAGUA PANIAGUA	3213028046	marcelapaniagua20011988@outlook.com	EN FORMACION
CC	1152700414	DAHIANA ANDREA	VANEGAS ESTRADA	3245868242	dahiana09091995@gmail.com	EN FORMACION
CC	1192785844	YIRLEIDY	PEREIRA FIGUEROA	3168071590	yirlepereira21@gmail.com	EN FORMACION
CC	1193042647	JULIANA ANDREA	MIRANDA PARRA	3243145616	mirandaparrajulianaandrea2@gmail.com	EN FORMACION
TI	1023632908	MARIA FERNANDA	CANO ARBOLEDA	3043992148	mariafernandacano51@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025764990	ALBA GISEL	OTALVARO MALDONADO	3137306842	albagisel9@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025765106	KEISY MICHELL	CUESTA PALACIOS	3127550113	keisypalacic2007@gmail.com	EN FORMACION
TI	1032013578	ANYI YOHANA	POSSO AVENDAÑO	3044585086	angieposso44@gmail.com	EN FORMACION
TI	1033490803	SAMUEL ALEJANDRO	HENAO JIMENEZ	3136760354	henaosamuel72@gmail.com	EN FORMACION
TI	1035642870	KEIDIS JOHANA	ESPITIA COGOLLO	3137788673	keidysespitia3@gmail.com	EN FORMACION

14 HB 13 Vari 14 Inf 1 TT

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

3234648 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: Gestion Administrativa

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	31 07 25	Geraldine.	Ramirez Restrepo	CC	1001 470 603	15 11 2003						HB Varivax Influenza	1 1 1	
2	31 07 25	Yoleidy	Pereira Higueroa	CC.	1192 785 844	21 07 2003						HB Varivax Influenza	1 1 1	Yole P.
3	31 07 25	Anyi Yohana.	posso Avendaño	TI	1032 013 578	01 10 2007.						HB Varivax Influenza	1 1 1	Anyi.
4	31 07 25	Zuly. Vianeth.	Tuberquia Gomez	CC.	1027 801 495	17 01 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	Zuly Gómez
5	31 07 25	Alejandro	Durango Graciano	CC	1035 580 942	31 01 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Alejandro
6	31 07 25	Keidis Johana	Espitia Cogollo	CC	1035 642 870	12 10 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Keidis E.
7	31 07 25	Valentina.	Ochoa Robles	CC.	1034 918 802	07 04 2006						HB Varivax Influenza	1 1 1	Valentina O
8	31 07 25	Andrea Carolina	Herrera de Hoyos	CC	1064 898 307	09 06 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Andrea H.
9	31 07 25	Aeldy Carolina	Castaño Arboleda	CC.	1026 131 565	03 11 2004						HB Varicax Influenza	1 1 1	
10	31 07 25	Monica Marcela	Paniagua Paniagua	CC	1128 468 341	20 01 1988						HB Influenza	1 1	Monica P.
11	31 07 25	Maria Fernanda	Cano Arboleda	TI	1023 632 908	24 08 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Maria C.
12	31 07 25	Zulema	Fernandez Salcedo.	CC	1009 291 383	17 01 2003						HB Varivax Influenza	1 1 1	ZULEMA F.S.
13	31 07 25	Dahiana Andrea	Vanegas Estrada	CC	1152700 414	09 09 1995						HB Varivax Influenza	1 1 1	Dahiana Estrada.
14	31 07 25	Einer.	Pestaño Cordoba	CC	1026 132 184	07 01 2004						HB Varivax Influenza	1 1 1	Einer Pestaño Cordoba

TT

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 6 HB 6 Varivax 6 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

3234648. 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:_____ 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	31 07 25	Juliana Andrea	Miranda Parra	CC.	1193. 042 647	18 09. 2002.						HB Varivax Influenza	1 1 1	Juana Miranda
16	31 07 25	Daniela	Soto Aviles	CC	1066 571. 25A.	09 01 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Daniela soto
17	31 07 25	Maria Fernanda	Correa escobar	CC.	1035. 974. 277.	18 9. 2006						HB Varivax Influenza	1 1 1	Mafe Correa
18	31 07 25	michelle.	Estrada Escobar	CC.	1013. 342 568	25. 01 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Michelle Estrada
19	31 07 25	Keisy. michell	Cuesta Palacios.	TI.	1025 965 106	16 12. 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Keisy. M. cuesta
20	31 07 25	Samuel. Alejandro	Henao Jimenez	TI	1033. 490. 803.	09 02 2008						HB TT Varivax Influenza	1 1 1 1	Samuel Henao

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3234646 - GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 25/07/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000538698	ESTEFANIA	MUÑOZ NIETO	3126342141	estefaniamunoznieto@hotmail.com	EN FORMACION
CC	1000657681	MANUELA	VALDERRAMA	3004779096	manuelavalderrama01@gmail.com	EN FORMACION
CC	1001228094	VANESSA	RENDON RUIZ	3103529112	vanessarendonr@gmail.com	EN FORMACION
CC	1001686458	LUISA FERNANDA	RESTREPO ALVAREZ	3176520111	Luisafdarpo67@gmail.com	EN FORMACION
CC	1007615003	MARIA ALEJANDRA	CARDONA CANO	3014713660	aleja7845123@gmail.com	EN FORMACION
CC	1013460212	NICOL DAHYANA	CORDOBA ORTIZ	3007455084	Ortniki16@gmail.com	EN FORMACION
CC	1017925074	MARIANA LUISA	OSPINA MOLINA	3017257406	marianaluisaospinamolina@gmail.com	EN FORMACION
CC	1020490098	CLAUDIA JIMENA	HIGUITA TORRES	3147750523	jt021165@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025761772	SAMY	CUADROS VARGAS	3242265121	samyv7903@gmail.com	EN FORMACION
CC	1035427127	ELIZABETH	CORREA JARAMILLO	3126008555	elyzabeth315@gmail.com	EN FORMACION
CC	1040797644	NALLIBE LORENA	HURTADO LATORRE	3026152912	HURTADONALLIBE@GMAIL.COM	EN FORMACION
CC	1040950096	JHEIDER JHESSID	ORTIZ SUESCUN	3127172677	jheiderortiz@gmail.com	EN FORMACION
CC	1062440756	LEYDIS LORENA	LUNA MARTINEZ	3226289656	leydislunamartinez@gmail.com	EN FORMACION
CC	1063287108	DANIELA ANDREA	RAMIREZ PEREZ	3133284829	daniela20040510@gmail.com	EN FORMACION
CC	1066726522	YINNA	ALARCON SALGADO	3206435890	borradacuenta888@gmail.com	EN FORMACION
CC	1067280181	MARIA PAULA	GALVIS REGINO	3128721840	mariapaulagalvisregino@gmail.com	EN FORMACION
CC	1123405646	YULEINIS DANIELA	RODRÍGUEZ COLLANTE	3233064119	collanteyuleinis4@gmail.com	EN FORMACION
CC	1127004287	KATEF JAMITH	ARIAS ORTIZ	3005208909	katefortiz1@gmail.com	EN FORMACION
CC	1128442851	ESTEFANIA	CATAÑO CATAÑO	3128902876	estefania867@gmail.com	EN FORMACION
CC	1216723310	MARIA VALENTINA	ACOSTA CARVAJAL	3226019893	valencm02@gmail.com	EN FORMACION
CC	43555042	CLAUDIA PATRICIA	MEDINA ARANGO	3243271537	cmedinaarango@gmail.com	EN FORMACION
CC	43917216	JENNY CATERINE	CORREA JARA	3016301984	cateri.correa@gmail.com	EN FORMACION
TI	1011398246	MICHEL STEFANY	ZAPATA HENAO	3004139515	zapatastefany983@gmail.com	EN FORMACION
TI	1035423703	MANUELA	VALLEJO ECHEVERRY	3004145092	vallejomanuela504@gmail.com	EN FORMACION
TI	1041533592	DENIS ESTEFANIA	JIMENEZ HIGUITA	3196042914	estefaniajimenez323@gmail.com	EN FORMACION
TI	1128451578	SARA MICHELL	FLOREZ GUISAO	3146140651	michellee.florezz@gmail.com	EN FORMACION

14 HB. 12 Vor 13 Inf.

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: 3234646 Gestion Administrativa 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	31 07 25	Maria Alejandra	cardona cano	CC	1007 615 003	17 03 2003						HB vaxigrip	3 A	M.Alejandra.
2	31 07 25	Estefania	Cataño Cataño	CC	1128 442 851	01 04 1992						HB	3	Estefanía Cataño.
3	31 07 25	Jenny Caterine	Correa Jara	CC	43 917 216	21 11 1983						HB Varivax Influenza	1 1 1	
4	31 07 25	Samy	Cuadros Vargas	CC	1025 761 772	21 06 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	Samy V.
5	31 07 25	Maria Paula	Galvis Reguo	CC	1067 280 181	28 10 2003						HB Varivax Influenza	1 1 1	Maria Paula Galvis.
6	31 07 25	Manuela Vallejo	Echeverry	TI	1035 423 703	26 04 2008						HB Varivax Influenza	1 1 1	Manuela V.
7	31 07 25	Nallibe lorena	Hurtado latorre	CC	1040 197 644	24 09 1991						HB Varivax Influenza	1 1 1	Nallibe H.
8	31 07 25	Mariana Luisa	ospina Molina	CC	1017 925 074	26 07 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	mariana O.
9	31 07 25	Sara michell	Florez Guisao	TI	1128 451 578	07 03 2008						HB Varivax Influenza	1 1 1	.Michell F.
10	31 07 25	Denis Estefania	Jimenez Higuita	TI	1041 533 592	22 01 2008						HB Varivax Influenza	1 1 1	Denis Jimenez
11	31 07 25	Yinna	Alarcon Salgado	CC	1066 726 522	17 06 2004						HB Varivax Influenza	1 1 1	Yina Alarcón
12	31 07 25	Elizabeth	Correa Jaramillo	CC	1035 427 127	15 03 1991						HB Varivax Influenza	1 1 1	Elizabeth C.
13	31 07 25	Maria Valentina	Acosta Carvajal	CC	1216 723 310	01 04 1997						HB Varivax Influenza	1 1 1	Valentina A.
14	31 07 25	Daniela Andrea Ramirez	Perez	CC	1063 287 108	05 10 2004						HB Varivax Influenza	1 1 1	Daniela R.

6 HB 6 vario 6 Inf.

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: 3234.646 Gestion Administrativa en 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	31 07 25	Claudia Patricia	Medina Arango	CC	43 555 042	29 04 1971						HB Varivax Influenza	1 1 1	C. Medina
16	31 07 25	Nicol Dahyana	Cordoba Ortiz	CC	1013 460 212	20 04 2007						HB Varivax Influenza	1 1 1	Nicol Dahyana
17	31 07 25	Michel Stefany	Zapata Henao	TI	1011 398 246	21 03 2008						HB Varivax Influenza	1 1 1	Stefany Zapata
18	31 07 25	Kateh. Iamith.	Arias Ortiz	CC	1127 004 287	09 11 2006						HB Varivax Influenza	1 1 1	Kate. Iamith
19	31 07 25	Manuela	Valderrama	CC	1000 657 681	06 05 2003						HB Varivax Influenza	1 1 1	Manuela V.
20	31 07 25	Yulemi S. Daniela	Rodriguez Collante	CC	1123 405 646	01 12 2006						HB Varicax Influenza	1 1 1	Yulemis Collante
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3234653 - GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 25/07/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000640557	ELIZABETH	QUIRAMA GONZALEZ	3243904873	elisagonsales15@gmail.com	EN FORMACION
CC	1007239833	ANY JOHANA	ACEVEDO JARAMILLO	3245654744	anyacevedo18@hotmail.com	EN FORMACION
CC	1007253703	LUISA FERNANDA	SALAZAR SOSSA	3205637913	salazarluisa488@gmail.com	EN FORMACION
CC	1013339291	YISEL JOHANNA	OQUENDO NARANJO		oquendonaranjoyisel@gmail.com	EN FORMACION
CC	1023630586	KATHERINE	MOLINA BOLIVAR	3235137824	katerinemolina463@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025889285	SARA	GARCIA SALAZAR	3059049524	saragarciasalazar13@gmail.com	EN FORMACION
CC	1032178226	LICETH LEANY	MOSQUERA MOSQUERA	3136496707	lmosqueramosquera02@gmail.com	EN FORMACION
CC	1033176494	XIMENA	LONDOÑO WILLAR	3024112970	ximenalw2004@gmail.com	EN FORMACION
CC	1033426611	CESIA	SERNA HERNANDEZ	3013173901	cesiaserna7@gmail.com	EN FORMACION
CC	1038437749	YULIANIS	MEJIA RUIZ	3206442639	yulianismejiaruiz@gmail.com	EN FORMACION
CC	1039088159	JULIANA	OQUENDO MARTINEZ	3017094590	Usugajuliana394@gmail.com	EN FORMACION
CC	1042447094	YULEYDIS ESNEDA	MENESES MERCADO		Yuleydismenesesmercado@gmail.com	EN FORMACION
CC	1104408955	LAURA VANESA	RODRÍGUEZ QUINTERO	3013938809	lauraquinteror17@gmail.com	EN FORMACION
TI	1015071903	ISABELA	RODRIGUEZ CARVAJAL	3045628140	isabelarodriguezc@sagradafamiliahpar.edu.co	EN FORMACION
TI	1027805367	VALERIA	SALDARRIAGA FRANCO	3012070573	valeria2007franco@gmail.com	EN FORMACION
TI	1033183274	SOFIA	VASQUEZ BARRIENTOS	3011970923	vassofia507@gmail.com	EN FORMACION
TI	1040875420	ALEJANDRA	ALZATE LOPEZ	3136825470	alzatealejandra975@gmail.com	EN FORMACION
TI	1093855376	ALEX SANTIAGO	MENDOZA FLOREZ	3227679873	alexsantiagomen234@gmail.com	EN FORMACION

14 HB 14 VarV 14 Inf.

	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

32346533 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:_____ AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	31 07 25	Elizabeth.	Quiroga Gonzalez	CC	1000 640 557	20 06 2001						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Elizabeth Quiroga M.
2	31 07 25	Mukeydis Estrada	Meneses Mercado	CC	1042 447 094	10 10 1993						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Yulieydis Meneses.
3	31 07 25	Valeria	Saldarriaga Franco	TI	1027 805 367	07 12 2007						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Valeria S.F
4	31 07 25	Sofia.	Vasquez Barrientos	TI	1033 183 274	22 11 2007						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Sofia Vasquez.
5	31 07 25	Ximena	Londoño Willar	CC	1033 176 494	28 03 2004						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Ximena Willar.
6	31 07 25	Yisel Johanna	Oquendo Naranjo	CC	1013 339 291	08 06 2005						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Yisel Oquendo.
7	31 07 25	Liceth Leany.	Mosquera Mosquera	CC	1032 178 236	1203 2006						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Leanys M.
8	31 07 25	Juliana	Oquendo Martinez	CC	1039 088 159	17 12 2006						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Juliana Oq.
9	31 07 25	Sara	Garcia Salazar	CC	1025 889 285	16 09 2006						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Sara G.
10	31 07 25	Isabela	Rodriguez Carvajal	TI	1015 071 903	14 08 2007						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Isabela R.
11	31 07 25	Luisa Fernanda	Salazar Bossa.	CC	1007 253 703	23 09 2000						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Luisa S.
12	31 07 25	Katherine	Molina Bolivar	CC	1023 630 586	25 04 2006						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Katherine Molina.
13	31 07 25	Yulianis.	Mejia Ruiz	CC	1038 437 749	02 05 2006						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Yulianis Mejia R
14	31 07 25	Amy Johana	Acevedo Jaramillo	CC	1007 239 833	25 06 2000						HB / Varivax / Influenza	1 / 1 / 1	Amy Acevedo

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 2 HB 2 Inf. 1 Var

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

3234653 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: GASS

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	31 07 25	Cesia.	Serna Hernandez	CC	1033 426 611	23 08 2005						HB Influenza	3 1	Cesia Serna
16	31 07 25	Laura Vanesa	Rodriguez Quintero	CC	1104 008 955	16 01 2005						HB Varivax Influenza	1 1 1	Laura R.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 1 HB Ivari

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

3141404 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:_____ 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	31 07 25	Andrea Estefanía	Hoyos londoño	CC	1017 151 312	14 06 2005						HB Varivax	1	Estefanía

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 3 vari

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: 3172834 Tec. 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	31 07 25.	Juliana	Alvarez Ruiz	CC	1128. 464. 858.	3 12 2004						Varivax	1	-Juliana A
2	31 07 25.	Laura Camila	Alarcon Rozo	CC	1072 692 424.	18 04 2009						Varivax	1	Laura A.
3	31 07 25	Jose Daniel	Salgado Correa	TI	1011 398. 572	20 05. 2008						Varivax	2	Jose D.

10 HB 2. Variva.

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

3141416. 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: APH.

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	31 07 25	Maretepi Yinet	Rico Estrada	CC	1000 900 758	10 12 2002						HB	1	
2	31 07 25	Paulina muñoz	Restrepo	TI	1033 259 892	28 08 2007						HB Varivax	1 1	
3	31 07 25	Ana Yolaine	Palacios Hinestroza	TI	1032 013 962	12 10 2007						HB	2	Ana palacios
4	31 07 25	Yorman	Ruiz londoño	CC	1021 924 235	05 06 2007						HB	2	Yorman R.
5	31 07 25	Kehysy Natalia	Graciano Lugvita	CC	1020 103 366	26 03 2003						HB Varivax	2 2	Natalia G.
6	31 07 25	Vanesa	Restrepo Taboada	CC	1033 648 181	29 06 2006						HB		Vanesa R.
7	31 07 25	Miguel Angel	Botero Almanza	CC	1027 802 214	03 08 2005						HB	2	Miguel
8	31 07 25	Geraldine	Vargas Bustos	CC	1040 733 486	30 08 2006						HB	2	
9	31 07 25	Valentina	Londoño Santamaría	TI	1023 182 679	14 08 2007						HB	2	Valentina L.
10	31 07 25	ALIS Daiana	Castaño Baza	CC	1007 626 589	26 03 2003						HB		ALIS D.C.S