SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

EMPRESA: SERVICION NACIONAL DE APRANDIZAJE (SENA)

CONTACTO:

LUGAR: SENA MINORISTA

FECHA: MARTES 01-07-2025 DE 9:00 AM A 3:00 PM

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	70	53	0	17	
VARIVAX	Z002794	10/01/2027	70	53	0	17	
VAXIGRIP	5DA18D1G	30/01/2026	70	4	0	66	
ANTITETANICA	220800924A	30/09/2027	20	14	0	6	
ENTREGA:	JUAN BUITRAGO		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

GRUPO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO
2993925	MARIA CAMILA OLAYA RAMIREZ	CC	1000756154
2993925	LUISA FERNANDA JARAMILLO ORTEGA	CC	1002691404
2993925	MANUELA GONZALEZ MUNERA	CC	1011511686
2993925	CAROLINA CARDONA SANCHEZ	CC	1015068822
2993925	LIDA SILVANA JARAMILLO PINO	CC	1017159136
2993925	DEILI DIAZ VELEZ	CC	1017268567
2993925	EMANUEL MARIN SEPULVEDA	CC	1025887744
2993925	MARIA JOSE FLOREZ GARZON	CC	1027800175
2993925	ROSA ELENA TABORDA MADRID	CC	43323548
2993925	KAIRY ALEXANDRA CHACON DIAZ	PEP	6208376
2993925	SANTIAGO BETANCUR JIMENEZ	TI	1011396080
2993925	CARLOS ANDRES GAVIRIA VERGARA	TI	1013341930
2993925	MARIA JOSE FORONDA DURANGO	TI	1026135261
2993925	VALENTINA FORONDA DURANGO	TI	1033181941
2993925	ALEJANDRO CORTES DURANGO	TI	1037121443
2993925	YESENIA MARIA QUINTANA TOBAR	TI	1063282707
2993925	JHAZURY CASTAÑO PEREZ	CC	1021670485
3099075	JHEIDY SAVINA YAGARI GONZALEZ	CC	1001395865
3099075	LINA MARIA TABORDA YAGARI	CC	1001499043
3099075	MERLINDA VAQUIAZA CARUPIA	CC	1007343605
3099075	LUZ VERONICA BECERRA RODRIGUEZ	CC	1027889379
3099075	MATEO GONZALEZ ALVAREZ	CC	1027891587
3099075	YULIANA ALEXANDRA YAGARI GONZALE	CC	1027892284
3099075	BANIA PAWARA TAMANIS DOMICO	CC	1033646232
3099075	NIDIA BAQUIAZA BAQUIAZA	CC	43289835
3099075	ANA MARIA CARUPIA TASCON	CC	1034918798
3148296	VALENTIN ENRIQUE PINO MUÑOZ	CC	1002860809
3148296	JOSE ALEXANDER GUZMAN MAMIAN	CC	1002926359
3148296	JHON ALEXANDER CHALACAN ROSERO	CC	1004697690
3148296	JHOYNER GILBERTO NAVARRO LESMES	CC	1004998005
3148296	DAIRO YATE CONDE	CC	1007724183
3148296	KEVIN ALEXIS SEPULVEDA MARTINEZ	CC	1020473607
3148296	JHON EDICSON AYALA SEGURA	CC	1022346367
3148296	CARLOS ANDRES LEON URREGO	CC	1030557500
3148296	JULIANA ATEHORTUA GUISAO	CC	1046954988
3148296	JHON ALEXANDER JIMENEZ BASTOS	CC	1047489988
3148296	ADOLFO JOSE ROSALES SANDOVAL	CC	1048314237
3148296	YEISON ALBERTO DAZA ARDILA	CC	1049797776
3148296	HILDER IVAN CHAPARRO LOPEZ	CC	1058461668
3148296	RENSON MIGUEL MARTINEZ VEGA	CC	1065236079
3148296	DANIEL FELIPE BARRAZA QUINTERO	CC	1065832605
3148296	DANIEL TRIANA LOPEZ	CC	1088342556
3148296	RUBEN DARIO JAIMES RINCON	CC	1102368533
3148296	HECTOR LEONARDO CANTE SALINAS	CC	1104707736

3148296	CARLOS IVAN NAFFAR GUTIERREZ	CC	1109387086
3148296	ANDRES YESID VILLAMOROS RODRIGUE	CC	1111738186
3148296	KEVIN ALEXANDER VALENCIA RODRIGUE	CC	1116274848
3148296	CAMILO ANDRES GOMEZ SANDOVAL	CC	1118565119
3148296	CAMILO JOSE NIÑO MEJIA	CC	1152216546
3148296	GIOVANN DAVID MUÑOZ BANGUERO	CC	1152467293
3141406	JAVIER FELIPE MACHACON HENAO	CC	1000755911
3141406	YARLYS ESTEFANY BOLIVAR MUÑOZ	CC	1000762266
3141406	LEIDY LAURA MARIN JIMENEZ	CC	1007241490
3141406	MARIA SURLEY VELEZ AMAYA	CC	1007496830
3141406	MICHELL DAYANA CASTRILLON BARRERA	CC	1011510231
3141406	MANUELA GOMEZ CASTRILLON	CC	1015070005
3141406	BRIGITT LORENA BENITEZ VALDES	CC	1020104470
3141406	VALENTINA ALZATE NARANJO	CC	1020494414
3141406	SAHIAN VALDES PORRAS	CC	1022062454
3141406	KEVIN YESID VELILLA TRUJILLO	CC	1023629982
3141406	NICOL DAYANA MACHADO RAMIREZ	CC	1033489451
3141406	MATEO DAVID CASTELLANO RINCON	CC	1101460769
3141406	ANA MARIA PEREZ HERNANDEZ	TI	1011396550
3141406	MARLYN YOHANA DUQUE LLANO	TI	1011397902
3141406	ANA SOFIA ARROYAVE GOMEZ	TI	1011398155
3141406	VALERIA MONTOYA HERRERA	TI	1015071443
3141406	ANA SOFIA SANCHEZ CATAÑO	TI	1033259488
3141406	LUISA FERNANDA GIRALDO MADRIGAL	TI	1033490793
3141406	BRAYAN ALEJANDRO LOAIZA QUICENO	TI	1037323257
3141406	OMAIRA ALEJANDRA CASTAÑEDA DURA	TI	1040735683
3141406	YENNIFER TATIANA CASTAÑO BLANDON	TI	1044530295
3141406	LAURA KATERINE BLANCO NUÑEZ	TI	1080428931
3141405	JESSICA ALEJANDRA ARICAPA GALLEGO	CC	1000399524
3141405	CHELCY KATERINE MEJIA AGUDELO	CC	1007242222
3141405	GUADALUPE PALACIO GIRALDO	CC	1011511288
3141405	YULIANA ANDREA BOTERO ZAPATA	CC	1017124547
3141405	CELESTE CANO VELEZ	CC	1020102965
3141405	MARIA CAMILA PEREZ GIRALDO	CC	1021923179
3141405	PAULA ANDREA VARELA TANGARIFE	CC	1035700882
3141405	MARIA SOFIA LAVERDE ACEVEDO	CC	1037499786
3141405	SAMUEL MOLINA VALENCIA	CC	1040572531
3141405	SAILY RENDON VELASQUEZ	CC	1063281085
3141405	MARIA CECILIA SALAS QUEJADA	CC	1077437173
3141405	INES BONILLA SANJUAN	CC	1128427931
3141405	JHONATAN DAVID DIAZ RESTREPO	CC	1216723107
3141405	JIMBERLLY ALEXANDRA CASTAÑEDA LOP	TI	1013343438
3141405	LAURA VALERIA CORREA GOMEZ	TI	1015188625
3141405	KAREN DAHIANA VELASQUEZ VALBUENA	TI	1020114401
3141405	SARA ISABELA MUÑOZ RESTREPO	TI	1020419957
3141405	ANA SOFIA ALVAREZ HERNANDEZ	TI	1023632146
3141405	MARIANA MARIN MONTOYA	TI	1025651776
3141405	MARIA ISABEL CADAVID LAVERDE	TI	1025891431
3141405	SARA VELASQUEZ HOYOS	TI	1027741096

3141405	MARIA CAMILA MONTOYA RUIZ	TI	1033490903
3141405	VALERIA MONTOYA RIOS	TI	1035976488
3141405	DERLY CRISTINA PUERTA QUINTERO	TI	1039477133
3141405	NICOL ANYELINE MARIN LOPEZ	TI	1058139610
3141405	PAULA ANDREA DURAN FLOREZ	TI	1064898353
3172834	DANIELA AGUDELO BARRERA	CC	1000446040
3172834	CAROLINA MEDINA CUARTAS	CC	1000758036
3172834	MERLY ANDREA RESTREPO FERNANDEZ	CC	1001773020
3172834	JENNYFER QUINTERO MUNERA	CC	1007559154
3172834	DIANA MARCELA GARCIA CHACON	CC	1017122161
3172834	MARIA PAULA RAMIREZ GOMEZ	CC	1020109328
3172834	ANDRES FELIPE GUTIERREZ VERGARA	CC	1025762178
3172834	LEIDY DANIELA GIL RAMIREZ	CC	1025763119
3172834	ESTEFANIA ZAPATA HERNANDEZ	CC	1025890365
3172834	ALYSON QUINTANA ACEVEDO	CC	1033181558
3172834	MARIANA ESPINOSA ARRUBLA	CC	1035974982
3172834	MARIA ALEJANDRA CARMONA ARENAS	CC	1041500175
3172834	YIDED PORRAS ROJAS	CC	1042151653
3172834	STEPHANNIE CALIPSO BOLIVAR FLOREZ	CC	1044618852
3172834	ANGIE TATIANA BUITRAGO TABARES	CC	1059664087
3172834	LAURA CAMILA ALARCON ROZO	CC	1072652424
3172834	JULIANA ALVAREZ RUIZ	CC	1128464858
3172834	MARYGISEL RODRIGUEZ CORREA	CC	1193557848
3172834	JOSE DANIEL SALAGADO CORREA	TI	1011398572
3172834	LUIS MIGUEL USUGA GIRALDO	TI	1011592554
3172834	MANUELA ALVAREZ AGUDELO	TI	1013461623
3172834	BRAHIAN STEVEN LOPEZ SEPULVEDA	TI	1020224192
3172834	CATALINA BECERRA CAMARGO	TI	1027661540
3172834	SALOME PARRA URREA	TI	1033259725
3172834	ESTEFANIA BRAND HOYOS	TI	1035977052
3172834	MARIA ANTONIA URIBE HINCAPIE	TI	1036451755
3172834	NATASHA EDITH VELASQUEZ PEREZ	TI	1038109309
2980218	ANA MARIA CORREA MURIEL	CC	1001509956
2980218	YENCY YULIANA HIGUITA POSSO	CC	1001510062
2980218	LEDIS VANESA JARAMILLO ALZATE	CC	1010072997
2980218	SARA MICHEL CANO GONZALEZ	CC	1015188114
2980218	DUVEY ESTIBEN JARAMILLO MARTINEZ	CC	1037262812
2980218	CINDY TATIANA GUZMAN TAMAYO	CC	1037266322
2980218	ASTRID MAYERLI RODRIGUEZ JARAMILLO	CC	1037776664
2980218	DANIEL DE JESUS ZAPATA LOPEZ	CC	1037776739
2980218	ANGGIE VIVIANA GIRALDO GONZALEZ	CC	1037777024
2980218	ANA SOFIA RUA OQUENDO	CC	1042765766
2980218	ADRIANA MARIA JARAMILLO MARTINEZ	CC	1128278545
2980218	BLANCA ALICIA GARCIA ZABALA	CC	32119989
2980218	NESTOR DE JESUS CARVAJAL GIL	CC	70581848
2980218	ANGIE MARIA POSADA MURIEL	TI	1087551891
3001927	LUCERO BELLA FONTALVO ZAPATA	CC	1000536901
3001927	AROL ESTEPHANIA MARTINEZ JARAMILL	CC	1000636767
3001927	MARIA ELENA BENITEZ RIVERA	CC	1000771372

3001927	YEFERSON MANUEL RODRIGUEZ TERAN	CC	1007815946
3001927	YURYE TATIANA ALBAN MADRID	CC	1013103052
3001927	CINDY JOHANNA TABARES ALVAREZ	CC	1017183224
3001927	ANA SOFIA RIVAS GOMEZ	CC	1033178692
3001927	SEBASTIAN VELASQUEZ LOPEZ	CC	1033652284
3001927	CARLOS ANDRES TABORDA SEGURO	CC	1033656552
3001927	ANDRES DANIEL CABALLERO HERRERA	CC	1036690660
3001927	DAYANA VANESA GONZALEZ ACOSTA	CC	1044214228
3001927	MAURICIO ANDRES MANJARRES OSORIO	CC	1062431277
3001927	CARLOS MAURICIO MORALES HERNANDE	CC	1098687593
3001927	YOVAN ESTEBAN JARAMILLO VERA	CC	1128395196
3001927	IZAMA MICHELLE SOTO ATENCIO	CC	1214736397
3001927	YUSOF YASETH DELGADO PINO	CC	8431308
3001927	ERIXON DAVID VALLADARES RAMOS	PPT	3718232
3174181	ANDREA CRISTINA MUÑOZ PIEDRAHITA	CC	1001685955
3174181	YEISON RAMIRO PEREZ MISAS	CC	1007585636
3174181	SARAH LONDOÑO MAZO	CC	1011511072
3174181	XIOMARA MARTINEZ OCHOA	CC	1013336332
3174181	DANIELA HIDALGO RUIZ	CC	1020108986
3174181	KATERIN ISABELLA MEDINA CIRO	CC	1023625922
3174181	SANTIAGO JIMENEZ ZAPATA	CC	1025645363
3174181	ANA MARIA MORENO HERNANDEZ	CC	1025761133
3174181	ISABELLA GARCIA SALAS	CC	1033181147
3174181	SANTIAGO SILVA URREGO	CC	1036865203
3174181	YULI MILEISA MENA MARTINEZ	CC	1077999878
3174181	YINA LICETH VASQUEZ GIRALDO	CC	1109294382
3174181	DORA LUZ GARCIA VELEZ	CC	43165907
3174181	GIRLESA MARIA MAZO RUIZ	CC	43543375
3174181	SOFIA ALEJANDRA MORILLO CASTILLO	PPT	6074759
3174181	ANGGIE PAOLA SEPULVEDA CALLE	TI	1011398338
3174181	VALERIA OCAMPO PAREJA	TI	1015071536
3174181	DANA MARCELA DURANGO ZABALA	TI	1023526317
3174181	YULIETH RUIZ AREIZA	TI	1023526671
3174181	NICOLE STEFANY CASTRILLON QUINTERO	TI	1023593504
3174181	NICOLE GONZALEZ MOLINA	TI	1033183045
3174181	DAVID CASTILLO TAMAYO	TI	1033184767
3174181	MELISA VELEZ CARDONA	TI	1040573637
3174181	DANNA SOFIA GOMEZ JULIO	TI	1047432987
3174181	MARISOL BALANTA OYOLA	TI	1066603954
3174181	SHAIRY LUZ MONTALVO SOLANO	TI	1067879196
3174181	YANDRY GUEVARA JIMENEZ	TI	1067896109
3174181	MARÍA STEFANIA ARENAS PERDOMO	TI	1105466902
3174181	ISABELLA CORREA LONDOÑO	TI	1018239731

13 Varivax 14 HB 2 TT

SuplíMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP30J1
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: 3172636 TEC. Gestion ADM. En Salud. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Liseth Daniela	Arboleda Agudelo	T.I	1017 932 172	03 05 2008						Varicela / H.B	2 / 2	Daniela A.
	01 07 2025	Isabella	londoño manjarres	CC	1152 226 971	06 11 1999						H.B / Varicela	2 / 2	Isabellalondoño
	01 07 2T	Paula Geraldine	Castaño Hidalgo	T.I	1140 064 733	26 09 2007						Varicela / H.B	2 / 2	Paula.
	01 07 2T	Juan Jose	Vasquez Garcia	CC	1000 569 389	10 07 2003						Varicela / H.B / TT	2 / 2 / 2	Juanjosevg
	01 07 2T	Sara	Osorio Taborda	CC	1018 231 238	16 11 2005						Varicela / H.B	2 / 2	S
	01 07 2T	Valentina	Morales Vasquez	CC	1018 226 569	11 11 2004						H.B	3	VMorales
	01 07 2T	Maria Valeria	Serna Piedrahita	T.I	1041 533 512	07 12 2007						Varicela / H.B	2 / 2	Valeria.
	01 07 2T	Santiago	Duque Lopez	CC	1025 764 168	19 05 2007						Varicela / HB / TT	2 / 2 / 2	SantiagoD.
	01 07 2T	Yuliana	Serpulveda Urrego	T.I	1041 533 766	29 05 2008						Varicela / H.B	2 / 2	Yuliana
	01 07 2T	tatiana Marcela	lozano Ramirez	CC	1066 601 980	9 01 2007						H.B / Varicela	2 / 2	Tatiana L.
	01 07 2T	Yurbely Fernanda	Moreno Cordoba	T.I	1152 473 600	30 10 2007						Varicela / H.B	2 / 2.	yurbely M
	01 07 2T	Andrea Camila	Hernandez Sierra	CC	1038 112 900	13 04 2007						Varicela / H.B	2 / 2	Andrea hdez.
	01 07 2T	Mariana	Ricardo Velasquez	CC	1033 487 744	02 08 2005						Varicela / H.B	2 / 2	Mariana V
	01 07 2T	Mariana	Gil Tapias	T.I	1018 2408 52	24 03 2008						Varicela / H.B	2 / 2	Mariana Gil

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 3 HB 2 Varivax

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP003-1
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 fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3172636 AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Maria fernanda	Betancur escobar	T.I	1028 141 221	05 06 2008						H.B	2.	Mª Fernanda
	01 07 25	Iorena	valencia Carvajal	CC	1025 886 454	25 11 2005						HB vallcela	2 2	Lorena Valencia
	01 07 25	Juliana	Andrade Hernandez	T.I	1041 036 394	11. 07 2007						HB vallcela	2 2	

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 14. Varivox II HB 377

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP3031
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: 3174181 AUX ENFERMERIA AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Marisol	Balanta Ayola	T.I	1066 603 954	22 01 2008						Varicela H.B	2 2	Marisol Balanta.
	01 07 2025	Ana Maria	Moreno Hernandez	CC	10257 611 33	15 10 2004						Varicela	2	ANA MARIA M H
	01 07 2025	Yandry	Guevara Jimenez	T.I	1067 8961 04	15 07 2008						Varicela H.B	2 2	Yandry Guevara
	01 07 2025	David	Castillo tamayo	T.I	1033 184 767	05 06 2008						H.B TT Varicela	2 2 2	David castillo T.
	01 07 25	Santiago	Silva urrego	CC	1036 8652 03	01 09 2006						Varicela H.B TT	1 2 2	Santiago silva
	01 07 25	Yeison Ramiro	Perez Misas	CC	100 758 5636	22 09 1999						Varicela T.I H.B	2 2 2	
	01 07 25	Shairy luz	Montalvo solano	T.I	1067 879 196	22 07 2007						Varicela H.B	2 2	Shairy M.
	01 07 25	Dana Marcela	Durango zabala	T.I	1023 526 317	18 11 2007						Varicela	2	Dana.
	01 07 25	Isabella	Garcia salas	CC	1033 181 147	4 02 2007						Varicela H.B	2 2	Isabella Garcia
	01 07 25	Sofia Alexandra	Morillo castillo	ppt	6074 754	08 06 2007						H.B Varicela	2 2	
	01 07 25	Anggie Paola	Sepulveda Calle	T.I	1011 398 338	23 03 2008						Varicela H.B	2 2	anggie SC.
	01 07 25	Yina liceth	Vasquez Giraldo	CC	1104 2043 82	29 03 2007						H.B Varicela	2 1	Liceth
	01 07 25	Xiomara	Martinez ochoa	CC	1013 3363 32	29 01 2004						Varicela	2	
	01 07 25	Yulieth	Ruiz Arteaga	T.I	1023 526 671	02 02 2008						Varicela H.B	2 2	Yuli. Ruiz A.

2 Varivax 2 HB

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

CONVENIO: 3174181 AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 25	Katevin Isabella	Medina ciro	CC	1023 625 922	04 03 2005						Varicela H.B	2 2	Isabella M.
	01 07 25	Valeria	Ocampo Pareja	CC	10150 71536	21 04 2007						Varicela H.B	2 2	Valeria O.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 4 HB 5 TT / 1 Varivax

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP8031
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: 3148296

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 25	Dario	Yate conde	CC	1007 724 183	19. 06 2000						HB	2	
	01 07 25	Jose Alexander	Guzman Mamian	CC	1002 926 359	18 09 1999						TT	2	
	01 07 25	Renzo Miguel	Martinez vega	CC	1065 236 079	08. 08. 1988						varicela	2	
	01 07 25	Jhon Alexander	Chalacan Rivero	CC	1004 697 690	09 09 1997						TT	2	
	01 07 25	Camilo Andres	Gomez sandoval	CC	1118 565 119	17. 06. 1996						TT	2	
	01 07 25	Jhayner Gilberto	Navallo Lemes	CC	1004 998 607	01 10 1998.						varicela TT	2 2	
	01 07 25	Giovanny David	Muñoz Banguero	CC	1152 967 293	15 08 1998						HB	2	
	01 07 25	Andres Yesid	Villamizar Rodriguez	CC	1144 781 86	29. 03 2002						TT HB	2 2	
	01 07 25	Jhon Alexander	Jimenez Basto	CC	1047 480 988	20. 06. 1996						HB	2	

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 1 77 2 INF.

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP8031
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: 2846956 Atencion Prehospitalaria. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 25	Jaider	Gamez Vergara	CC	1092 150 004	28. 11 2003						TT Influenza	3 A.	
	01 07 25	Andiez Jose	Galces Guzman	CC	1023 627 954	30 11 2005						Influenza	A.	

53

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 1 Inf. 1 Varivax 1 HB.

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP3031
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: 3068144 Atencion prehospitalaria. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Luisa Fernanda	Jaramillo Cardozo	CC	1038 646 634	11 12 2004						Influenza Varicela H.B	A 2 2	

9 HB. 9 varivax 1 TT

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP303.1
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: 3172617 Atencion prehospitalaria.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Hilary Jimena	Gomez Florez	CC	1025 8895 45	24 09 2006						H.B Varicela	2 2.	
	01 07 2025	Valentina	Restrepo Londoño	CC	10000 869 96	02 05 2003						Varicela	2	Valentina R
	01 07 2025	Danny Alejandro	londoño Betancur	CC	63501 772	22 04 1975						Varicela H.B	2 RF20	Danny OJ
	01 07 2025	Juan Esteban	Burbano Santiago	CC	1000 534 792	24 01 2002						H.B	2	JuanEstebanB.
	01 07 2025	Jose Daniel	Mercado Quintero	CC	1001 871 541	19 07 2000						H.B Varicela TT	2 2 2	JoseMarc C
	01 07 2025	Sara Yulleth	Blandon DING	CC	1021 802 020	12 NOV 2003						H.B Varicela	2 2	
	01 07 2025	Andrea	Diaz Maldonado	CC	4358 3815	03 07 1974						Varicela H.B	2 2	AndreADM
	01 07 2025	Maria Jose	Munoz Castro	T.I	1020 115 549	12 01 2008						H.B Varicela	2 2	Maria Jose
	01 07 2025	Manuela	zapata Gonzalez	T.I	1021 807 642	28 11 2007						Varicela H.B	2 2	Manuela G.
	01 07 2025	Nicol	Rivillo Garcia	T.I	1038 869 220	06 10 2007						H.B Varicela	2 2	Nicol R.G

SuplíMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 9 HB 10 Varivax 1 77

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP8031
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: 3172834 AUX. enfermería.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Mariana	Espinosa Arrubla	CC	103597 4982	13 02 2007						H.B Varicela	2 2	Mariana E.
	01 07 2025	Salome	Parra Urrea	CC	1033 259725	02 06 2007						A.B Varicela	2 2	Salome P.
	01 07 2025	Yided	Porras Rojas	CC	1042 151 653	07 marzo 2007						H.B Varicela	2 2	Yided P. R
	01 07 2025	Estefania	Zapata Hernandez	CC	1025 890 365	03 03 2007						Varicela	2.	Estefania.
	01 07 2025	Manuela	Alvarez Agudelo	T.I	1013 461623	29 04 2008						Varicela H.B	1 2	Agudelo
	01 07 2025	Maria Antonia	Uribe Hincapie	T.I	10364 51755	12 11 2007						H.B Varicela	2 2	Maria Antonia
	01 07 2025	Angie tatiana	Buitrago Tabares	CC	1059664 087	17 04 2005						Varicela H.B	2 2	Angie B. T
	01 07 2025	Juliana	Alvarez Ruiz	CC	112846 4858	03 12 2004						H.B Varicela	2 1	Juliana A.
	01 07 2025	Brahian Steven	Lopez Sepulveda	T.I	1020 224 142	16 07 2007						Varicela H.B TT	2 2 2.	Brahian López.
	01 07 2025	Andres Felipe	Gutierrez Vergara	CC	1025 762 178	23 11 2005						H.B TT Varicela	2 2 2	Andrés G.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS 1 INF.

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP3031
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: 2923478

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	01 07 2025	Samuel	Londoño Restrepo	CC	1001418761	30 10 2003						Influenza	A.	Samuel Londoño Restrepo