SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

EMPRESA: SERVICION NACIONAL DE APRANDIZAJE (SENA)

CONTACTO:

LUGAR: SENA MINORISTA

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

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	70	63	0	7	
VARIVAX	Z002794	10/01/2027	70	68	0	2	
VAXIGRIP	5DA18D1G	30/01/2026	70	14	0	56	
ANTITETANICA	220800924A	30/09/2027	20	8	0	12	
ENTREGA:	JUAN BUITRAGO		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3172859 - APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 20/05/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000438408	VALENTINA	RODRIGUEZ HERRERA	3215817537	valerodri200212@gmail.com	EN FORMACION
CC	1000635518	ANGY TATIANA	PALACIOS GARCIA		Angytatianapalacios@gmail.com	EN FORMACION
CC	1004621161	BRISA YURANI	ESTACIO CABEZA	3223725326	estaciobrisa@gmail.com	EN FORMACION
CC	1013458526	KATHERINE	PABON ZAPATA	3173808819	Katherinepabon0202@gmail.com	EN FORMACION
CC	1017276721	MARIANA	HERNANDEZ CORREA	3128634155	marianarloc02@gmail.com	EN FORMACION
CC	1020223980	HENRY GIOVANNY	RAMIREZ CESPEDES	3046134258	henryramirezce@iesoldeoriente.edu.co	EN FORMACION
CC	1020223983	JUBEIDY	MOSQUERA SALAS	3122405719	yubeidymosquera060@gmail.com	EN FORMACION
CC	1020477653	DANIELA	DIAZ NERIO	3125099119	danieladiaz199718@gmail.com	EN FORMACION
CC	1022145687	SARA CATALINA	PEREZ URIBE	3147450168	catap2146@gmail.com	EN FORMACION
CC	1023624823	VIOLET SOFIA	CANCHILA GALLEGO	3028614449	violethcanchila@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025886304	MARTHA ISABEL	PEREZ	4227971	ISABELMONAP24@HOTMAIL.COM	EN FORMACION
CC	1033179533	MARIANA	RUEDA VALENCIA	3245728985	marianaruedavalencia9@gmail.com	EN FORMACION
CC	1041146451	ANA CRISTINA	OCAMPO SERNA	3135512385	anac1922@hotmail.com	EN FORMACION
CC	1081911377	LUZ EDILSA	OSPINO OSPINO	3016280772	Luzospinoospino47@gmail.com	EN FORMACION
CC	1101441599	YENIS MARGARITA	RICARDO VASQUEZ	3134458239	ricardoyenis55@gmail.com	EN FORMACION
CC	1128469106	KAROL DAHIANA	BARRERA DAVILA	3028557702	daviladahiana7@gmail.com	EN FORMACION
CC	1152688063	JULIANA	USMA ZAPATA	3166197736	usmazapatajuliana@gmail.com	EN FORMACION
CC	32142752	CATALINA	VEGA RODRIGUEZ	3128440137	catav1679@hotmail.com	EN FORMACION
CC	43622313	SONIA PATRICIA	PINEDA MORA	3053145758	spinedamp@gmail.com	EN FORMACION
TI	1011513175	ISABELLA	ROJO VELASQUEZ	3054017358	isavelasquez2804@gmail.com	EN FORMACION
TI	1018240619	ANA SOFIA	GOMEZ RENDON	3014195354	anasofia7308@gmail.com	EN FORMACION
TI	1020113522	VALENTINA	RESTREPO RAMOS	3126508551	rpovalentina790@gmail.com	EN FORMACION
TI	1020426713	MARIAM	VASQUEZ GODOY		vasquezmariam68@gmail.com	EN FORMACION
TI	1023633860	LUCIANA	JARAMILLO CORREA	3023266701	lucianajc9@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025650762	ESTEFANI	MARTINEZ VARGAS		fanimar2007@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025764559	EMMANUEL	CUBIDES NARANJO	3001617856	cubidesemmanuel@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025764944	JUAN JOSE	ALVAREZ ARTUNDUAGA	3001111111	juansoprano515@gmail.com	EN FORMACION

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3141426 - GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 30/05/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000920760	MARIA JIMENA	CANO MOLINA	3042879592	mariacm0526@gmail.com	EN FORMACION
CC	1001244062	JIMENA ALEXANDRA	ZAPATA TOBON	3195295120	zapatajimena241@gmail.com	EN FORMACION
CC	1011392088	SALOME	NOREÑA CORREA	3052795016	norenasalome10@gmail.com	EN FORMACION
CC	1017149422	DIANA MERCEDES	VELEZ SANCHEZ	3043676809	velezdiana137@gmail.com	EN FORMACION
CC	1017263558	ANGIE LORENA	ROJAS GARCIA	3226735445	angiierjs2236@gmail.com	EN FORMACION
CC	1020106114	MARISABEL	HERNANDEZ MUÑOZ	3002781451	hdzmu07@gmail.com	EN FORMACION
CC	1022142423	JULIANA ANDREA	VILLALBA MUÑOZ	3154050877	julianavillalba2004@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025760920	DANIELA	VALENCIA LONDOÑO	3004424956	danivalencia1009@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025882052	SARA	ORTIZ RODRIGUEZ	3004889936	saraorg368@gmail.com	EN FORMACION
CC	1025885181	MARIANA	MUÑOZ CANO	3023635602	marianamunozcano8@gmail.com	EN FORMACION
CC	1026133696	EMANUEL	PASOS RIOS	3206583672	emanuelpasos1985@gmail.com	EN FORMACION
CC	1033258439	HEIDY PAOLA	VALENCIA MOSQUERA	3136859763	hpvm2006@gmail.com	RETIRO VOLUNTARIO
CC	1035700870	LUISA MARIA	AGUDELO TORRES	3114127479	luiza3114127479@gmail.com	EN FORMACION
CC	1035867071	JOHANNA	GONZALEZ ARIAS	3178525176	gonzalezariasjohana13@gmail.com	EN FORMACION
CC	1041460272	ALEJANDRA	OROZCO MEJIA	3015666398	aleorozco.0805@gmail.com	EN FORMACION
CC	1063282012	ANYI LORENA	RODRIGUEZ CUADRADO	3225708208	lorena2062006@gmail.com	EN FORMACION
CC	1114399298	VALENTINA	CASTAÑEDA GIL	3054889459	valentinitagil10@gmail.com	EN FORMACION
CC	1129490422	ANDREA PAOLA	ROMERO JIMENEZ	3027484559	andreapromero527@gmail.com	EN FORMACION
CC	1146443085	YANSURI	CORREA CALDERON	3007885960	yansuricorrea@gmail.com	EN FORMACION
CC	32201842	OMAIDA ESTHER	GARCIA JIMENEZ	3104108345	omaidagarcia72@gmail.com	RETIRO VOLUNTARIO
CC	42799786	CAROLINA	ROMAN ESPINOSA		carosebas17@hotmail.com	EN FORMACION
TI	1011396819	NICOLE	PARRA AMAYA	3005948189	nicolparra444@gmail.com	EN FORMACION
TI	1025650326	MARIANA	ARBOLEDA RODRIGUEZ	3127440239	clau81r@gmail.com	EN FORMACION
TI	1028485918	JUAN DAVID	VELEZ AGUDELO		baldomerus60@gmail.com	EN FORMACION
TI	1032012780	MARIA CAMILA	RESTREPO ARENAS	3142044218	camilarestrepoarenas07@gmail.com	EN FORMACION
TI	1032012798	ISABELLA	GUTIERREZ GOMEZ	3012109192	ig154795@gmail.com	EN FORMACION
TI	1039688547	MARIA ALEJANDRA	QUICENO GALEANO	3206237623	quicenogaleanomariaalejandra@gmail.com	EN FORMACION
TI	1063285137	ELIZABETH	SUAREZ BARRETO	3215120753	elizabethsuarez532@gmail.com	EN FORMACION
TI	1130294838	VALERYE	VARGAS OQUENDO	3248032328	valerievargas01192008@gmail.com	EN FORMACION

Reporte de Aprendices

Ficha de Caracterización: 3172643 - GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Estado: EN EJECUCION

Fecha del Reporte: 30/05/2025

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombre	Apellidos	Celular	Correo Electrónico	Estado
CC	1000752235	LAURA MELISSA	OSPINA MOLINA	3042562114	ospinalaura@iealvaromarinvelasco.edu.co	EN FORMACION
CC	1000759289	LUISA FERNANDA	PATIÑO LONDOÑO	3017956669	luisapl0706@gmail.com	EN FORMACION
CC	1011393512	STEFANIA	CARDONA LONDOÑO	3235905169	stefaniacardona681@gmail.com	EN FORMACION
CC	1013341569	KAREN SAMANTHA	DAVID GONZALEZ	3023612089	samikdg2512@gmail.com	EN FORMACION
CC	1021802170	LAURA ANDREA	ROJAS ESPINOSA	3043413468	rojasespinosaandrea2004@gmail.com	EN FORMACION
CC	1023592336	MAIRA ALEJANDRA	RESTREPO MONSALVE	3005678090	mairaalejandrarestrepomonsalve@gmail.com	EN FORMACION
CC	1023627707	CHARITH DANIELA	LUJAN RODRIGUEZ	3216250211	dannyela020505@gmail.com	EN FORMACION
CC	1033178520	DIEGO ALEJANDRO	RAMIREZ AGUDELO	3207534463	ramirezagudelodiego@gmail.com	EN FORMACION
CC	1052955399	ANA ISABEL	RAMIREZ POLANCO		anaisabelramires5@gmail.com	EN FORMACION
CC	1063787367	LINDA DAYANA	MONTIEL MESTRA	323 3843082	Montieldayana651@gmail.com	EN FORMACION
CC	1066349967	VALENTINA	BOSSIO HERRERA	3046524586	valentinaherrera2207@gmail.com	EN FORMACION
CC	1143398139	SILVIA ROSA	GUARDO ZABALA	3146809103	silviguardo15@gmail.com	EN FORMACION
CC	1235239407	DANIELIS MARIA	LOBO MARTINEZ	3114520994	danielis150806@gmail.com	EN FORMACION
CC	3415022	JHON DILVER	VALDEZ SANCHEZ	3122202224	jhonygea@gmail.com	EN FORMACION
CC	43999328	ELIZABETH	ARANGO ARANGO	3206870895	arangoarangoelizabeth@gmail.com	EN FORMACION
TI	1013342671	NIKHOLLE	BELTRAN DEL RIO	3187921023	nikhollebeltrandrio@gmail.com	EN FORMACION
TI	1023633116	MARIA ISABEL	ARISTIZABAL SARRAZOLA	3017519902	isabelsarrazola@gmail.com	EN FORMACION
TI	1038869666	LADI LORENA	GONZALEZ VELASQUEZ	3214363639	00pr33tty34@gmail.com	EN FORMACION

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
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 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: 37285d Apoyo administrativo 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
	07 07 25	Ana cristina	ocampo serna	CC	1091 196 451	20 09 1986						HB varicela	2 1	Ana Ocampo
	07 07 25	Juan jose	Alvarez Arbeláez	T.I	1027 769 094	19 02 2008						HB varicela TT	2 2 2	Juan Alvarez
	07 07 25	Ana sofia	Gomez Rendon	T.I	1018 290 619	04 03 2008						AB varicela	2 2	And Sofia
	07 07 25	Luciana	Jaramillo Correa	T.I	1023 633 860	01 01 2008						HB varicela	2 2	Luana J.C
	07 07 25	Mariana	Rueda Valencia	CC	1033 1795 33	09 17 2006						HB varicela	2 2	Mariana.
	07 07 25	Sarai catalina	Perez Uribe	CC	1022 195 687	27 05 2006						HB varicela	2 2	Sara Pérez
	07 07 25	Katherine	Pabon tapata	CC	1013 458 526	20 12 2005						HB varicela	2 2	Katherine Pabón.
	07 07 25	Isabella	Ego velasquez	T.I	1011 513 177	28 04 2008						HB varicela	2 2	Isabella velásquez
	07 07 25	Estefani	Martinez vargas	T.I	1027 650 767	23 10 2007						HB varicela	2 2	ESTEFANI MARTINEZ VARGAS
	07 07 25	Mariana	Hernandez Correa	CC	1017 276 721	20 12 1999						Vacuna Anual		Mariana Hernández
	07 07 25	Henry Giovanny	Ramirez cespedes	CC	1020 223 080	31 01 2007						TT HB varicela	2 2 2	Henry Ramirez.
	07 07 25	Emmanuel	Cubides Naranjo	T.I	1027 769 559	14 10 2007						HB varicela TT	2 2 2	Emmanuel
	07 07 25	Faid tatiana	Ballesteros Davila	CC	1128 469 106	04 22 2006						varicela HB	2 2	
	07 07 25	Angy tatiana	Palacios Garcia	CC	1000 637 518	15 10 2001						AB varicela	2 2	Angy tatiana Palacios G.

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: 3172859 Apoyo administrativo salud AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 25	Jubeidy	Moscoso Salas	CC	1020 2239 83	18 01 2007						HB vaxigrip	2 2	Jubeidy.
	07 07 25	Valentina	Restrepo Ramos	CC	1020 1135 272	25 06 2007						HB vaxigrip	2 2	Valentina RR
	07 07 25	Mariam	Vasquez Godoy	T.I	1020 926 713	10 10 2007						vaxigrip HB	2 2	Mariam
	07 07 25	Sonia	Patricia Pineda Mora	CC	43 622 313	18 10 1970						HB vaxigrip	2 2	
	07 07 25	Martha Isabel	Peret	CC	1027 886 304	29 03 1990						HB vaxigrip	2 2	Martha P.
	07 07 25	Violet Sofia	Canchila Gallego	CC	1023 624 823	11 10 2004						Varicela H.B Influenza	1 1 A.	Violet Canchila

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: 3141926 Gestion Administrativa salud. AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 25	valentina	Castañeda Gil	CC	1114 399 298	21 02 2007						HB Vallax	2 2	Vec
	07 07 25	Maria Alejandra	Quiceno Galleano	T.I	1039 688 597	22 11 2007						HB Vallax	2 2	Maria Quiceno
	07 07 25	Daniela	Valencia Londoño	CC	1027 760 920	10 09 2004						HB Vallax	2 2	Daniela Valencia
	07 07 25	Diana Mercedes	Velez Sanchez	CC	1017 149 922	19 08 1986						HB Vallax	2 2	Diana Velez S
	07 07 25	Sara	Ortiz Rodriguez	CC	1027 687 052	01 07 2004						HB Vallax	2 2	Sara Ortiz
	07 07 25	Luisa Maria	Agudelo Valles	CC	1027 708 878	01 11 2006						HB Vallax	2 2	Luisa Agudelo
	07 07 25	Nicole	Parra Amaya	T.I	1011 346894	17 07 2007						HB Vallax	2 2	Nicole Parra.
	07 07 25	Maria camila	Restrepo Arenas	CC	1032 0127 80	07 03 2007						HB Vallax	2 2	Camila Restrepo
	07 07 25	Salome	Noreña Giraldo	CC	1011 3920 88	07 01 2005						HB Vallax	2 2	Salome Noreña
	07 07 25	Isabella	Gutierrez Gomez	CC	1032 012 718	01 04 2007						HB Vallax	2 2	Isabella Gutierrez
	07 07 25	Angie Valeria	Rodriguez Cadiedo	CC	1063 287 812	02 06 2006						HB Vallela	2 2	Angie
	07 07 25	Emanuel	Pozos Rios	CC	1026 133 806	10 09.2007						HB Vallax	2 2	
	07 07 25	Alejandra	Orozco Mejia	CC	1041 960 272	08 05 2006						HB	2	ALEJANDRA
	07 07 25	Elizabeth	Suarez Barreto	CC	1063 285 137	16 06 2007						Varicela H.B	2 2	Elizabeth.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP3031
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: 3141426

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 2025	Marisabel	Hernandez Muñoz	CC	1020 106 114	07 02 2005						H.B Varicela	2 2	Marisabel

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS03-1
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: 3172643

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	7 7 2025	Silvia Rosa	Guardo Zabala	CC	1143 398 139	13 Feb. 1997						Varicela H.B	2 2	
	07 07 2025	Lady lorena	Gonzalez Velasquez	TI	1038 869 666	04 05 2008						Varicela H.B	2 2	
	7 7 2025	Luisa Fernanda	Patiño Londoño	CC	1000 759 289	06 07 2007						Varicela H.B	2 2	Luisa Patiño
	7 7 2025	Charith Daniela	Lujan Rodriguez	CC	1023 627 707	02 mayo 2005						Varicela H.B	2 2	Daniela Lujan
	7 7 2025	Karen Samantha	David Gonzalez	CC	1013 341 569	25 oct. 2006						Varicela H.B	2 2	Karen David
	7 07 2025	Valentina	Bossio Herrera	CC	1066 349 967	09 julio 2006						H.B Varicela	2 2	Valentina.
	07 07 2025	Nikholle	Beltran Del rio	CC	1013 342 671	17 mayo 2007						Varicela H.B	2 2	
	07 07 2025	Daniells Maria	lobo Martinez	CC	1235 239 407	15 Agosto 2006						Varicela H.B	2 2	
	07 07 2025	Maria Isabel	Aristizabal Sarrazola	TI	1023 633 116	25 sept 2007						Varicela H.B	2	Maria Isabel
	07 07 2025	Diego Alejandro	Ramirez Agudelo	CC	1033 178 520	11 Agosto 2005						Varicela H.B T.T	2 2 2	
	07 07 2025	Maira Alejandra	Restrepo Monsalve	CC	1023 592 336	29 junio 2005						Varicela H.B	2 2	Alejandra Restrepo.
	07 07 2025	Stefania	Cardona londoño	CC	1011 393 512	29 09 2005						H.B Varicela	2 2	Stefania Cardona
	07 07 2025	laura Andrea	Rojas Espinosa	CC	1021 802 170	01 enero 2004						H.B Varicela	2 2	laura Rojas
	07 07 2025	laura Melissa	Ospina Molina	CC	1000 752 235	18 Abril 2003						Varicela H.B	2 2	laura ospina

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IP00J1
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: 3172643

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 2025	Ana Isabel	Ramirez Polanco	CC	1052 955 399	25 Oct 2005						Varicela H.B	2 2	Anaisabel.
	07 07 2025	Linda Dayana	Montiel Mejia	CC	1063 787 367	05 mayo 2004						Varicela H.B	2 2	Dayana M.
	07 07 2025	Elizabeth	Arango Arango	CC	4399 938	16 09 1984						Varicela H.B	2 2	Elizabeth Arango.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

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: 31727944

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 2025	Ana Maria	Serna Rodriguez	CC	1000 899 320	13 10 2002						Influenza	A	Ana Maria
	07 07 2025	Maria Jose	Rodriguez Lopez	CC	1020 107 470	29 12 2004						Influenza	A	maria Jose.
	07 07 2025	Salome	Ramirez Diaz	CC	1027 804 351	26 04 2007						Influenza	A.	Salomé R.
	07 07 2025	Miguel Angel	Paniagua Velasquez	CC	1013 457 519	12 feb. 2005						Influenza	A.	Miguel Angel.
	07 07 2025	LEISY	Chaverra Mena	CC	1128 524 726	15 09 2005						Influenza	A	Leisy chaverra
	07 07 2025	Ximena	OSORIO RESTREPO	CC	1025 645 526	14 09 2005						Influenza	A	Ximena OR

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: 3141432

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 2025	Nikol Dayana	Cavieres Aguilar	CC	1103 672 696	04 01 2007						Varicela	2	Nikol Cavieres

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

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: 3172834

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 2025	Diana Marcela	Garcia Chacon	CC	1017 122 161	23 Julio 1985						Varicela	2	Diana G.
	07 07 2025	Maria Paula	Ramirez Gomez	CC	1020 109 328	23 marzo 2006						Varicela	2	
	07 07 2025	Merly Andrea	Restrepo Fernandez	CC	1001 773 020	21 Agosto 2000						Varicela H.B	2 2	Merly Rpo.

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS01
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: 3TA2785

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 25	Jhan Carlos	Caceres Restrepo	CC	1101 390 475	17 03 1997						Varicela TT Influenza	1 1 A	Jhan Caceres
	07 07 2025	Shehily Marle	Orellano Polo	T.I	1138 024 643	30 09 2007						Varicela H.B Influenza	1 1 A	Shehily Orellano
	07 07 2025	Valentina	Cifuentes Londoño	CC	1000 758 910	12 02 2002						Varicela H.B Influenza	1 1 A	Valentina Cifuentes
		Alexandra	Gutierrez Osorio	T.I	1025 891 094	26 jul 2007						Varicela Influenza H.B	1 A 1	Alexa G

Código: F-GV-IP30J1
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

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: 2923492

AUXILIAR VACUNADOR(A): ____________________

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 25	Fely Dayana	Valencia Jeliano	CC	1017 189 071	11 10 1990						Vaxigrip	Anual	Kely V.

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: 3172617 ADH

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
	07 07 25	Faren Sofia	Mosquera Mosquera	CC	1020 111 663	31 10 2006						HB Varicela	2 2	Faren Mosquera
	07 07 25	Yeraldin	Castillon velez	CC	1021 807 761	13 06 2008						HB Varicela	2 2	Yeraldin Castrillón
	07 07 25	Alexander	Delgado Gantalet	CC	1020 430 220	10 01 1990						TT Varicela	5 2	Alex D.
	07 07 25	Santiago	velasquez flanco	CC	1013 961 127	15 11 2007						Varicela HB TT	2 2 2	Santiago
	07 07 25	Alejandra	Agudelo Gomez	T.I	1038 889 261	09 11 2007						HB Varicela	2 2	Alejandra Agudelo
	07 07 25	Manuela	Estrada Arias	CC	1035 933 09	17 12 2007						HB Varicela	2 2	Manuela E.
	07 07 25	Ana Cristina	Rondon tapata	CC	1128 960 406	11 12 1999						Varicela	2	Ana C. R. Z
*	07 07 25	Danny Alejandro	londoño Betancur	CC	63 501 772	22 09 1997						TT	5	Danny L

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: 3172636 Tecno 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
	07 07 25	Yuliana Andrea	Jimenez Gonzalez	CC	10010 17290	21 03 2001						Vaxigrip HB Varicela	Anual 1 1	Yuliana G.
	07 07 25	Ashley Melissa	Alfaro Tobar	T.I	1190 2130 25	25 08 2006						HB Varicela	2 2	Melissa T.
	07 07 25	Andrea	Rios Restrepo	CC	1021 8068 57	21 0 2007						HB Varicela	2 2	Andrea R.