SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

EMPRESA: SERVICION NACIONAL DE APRANDIZAJE (SENA)

LUGAR: SENA MINORISTA

CONTACTO:

FECHA: MIERCOLES 09/07/2025

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	50	50 ✓		0	
VARIVAX	Z002794	10/01/2027	50	50 ✓		0	
VAXIGRIP	5DA18D1G	30/01/2026	50	23		27	
ANTITETANICA	220800924A	30/09/2027	20	3		17	
ENTREGA:	JUAN BUITRAGO		RECIBE:		ENTREGA:		RECIBE:

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: 3174216. S.Oral. 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.	09 JUL.	Valentina	Bustitca Ramirez	CC	103317 9215.	31 01 2006.						HB Varicela	2da 2da	Valentina B.
2.	09 JUL.	Leonela	Valmda LLanos	CC	113070 4210	14 JUN 2004.						HB Varicela	2da 2da	Leonela V.
3	9 JUL.	Lizeth	Palacios Amaya	TI	102011 3747.	30 JUL 2007.						HB	2da	Liz Arcaya
4	9 JUL.	Yuliza	Rentería Rocha.	CC	101823 3339	16 MAYO 2006.						HB Varicela	2da 2da	Yuliza
5	9 JUL.	Liliana	Cuello Reguno	CC	112980 5118.	09 OCT 2005.						HB Varicela	2da 2da.	Liliana
6	9 JUL.	Gabriela Alejandra	Escalante Rodriguez.	PPT	6195 976.	16 06 2005.						HB Varicela	2da 2da	Gabriela
7	9 JUL.	Manuela	Zapata Gaviria	CC.	103886 8949	25 JUN 2007.						HB Varicela	2da 2da	Manuela2.
8	9 JUL.	Joz Disney	Rivas Manolejo	CC	113368 4531	06 AB 2005.						HB	2da	Disney R. (Gestante)
9	09 JUL.	Jucero	Diaz Acosta.	CC	110441 6053.	13 FEB 2007.						HB Varicela	2da 2da	Lucero D.
10	09 JUL.	Nicolle	Serna Santana	CC	10133 41175	26 JUL 2006.						HB Varicela	2da 2da	Nicolle Serna.
11	09 JUL.	ANLLY CELENY	Sepulveda Martinez	TI	103777 8638.	16 AB 2008.						HB Varicela	2da 2da	Celeny Sepulveda
12	09 JUL	Jose a Fernanda	Arboleda Berrio.	CC	102043 4005.	02 DIC 2006.						HB Varicela	2da 2da	Luisa Arbole.
13	09 JUL	Juan @amilo	Dilbert Villa	CC	101792 7074	13 FEB 2006.						HB TT Varicela	2da 2da 2da.	Juan Camilo D.
14	09 JUL.	Madelyn	Garcia Gomez	CC	100087 0291	27 JUN 2003						HB Varicela	2da 2da	Madelyn G

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

CONVENIO: 3174216 S.Oral. 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	09 Jul.	Laura Vanesa	Rodriguez Correa	CC	103491 8835.	02 AB 2006.						HB Varicela	2da 2da	Laura R. C.
16	09 Jul.	Sara	Ospina Marin	a	102564 8318	14 NOV 2006						HB Varicela	2da 2da	x Sara O.
17	09 Jul	Juliana	Alzate Mejia	TI	1033 184998	20 JUL 2008.						HB	2da	x Juliana
18	09 Jul	Rosmeri Elion	Moreno Robledo	TI	107800 0921	11 OCT 2007.						HB Varicela	2da 2da	x Rosmeri M
19	09 Jul.	Maria Camila	Gomez Jaramano	CC	102362 6194.	20 AB 2005.						HB Varicela	2da 2da	x Camila G
20	09 Jul.	Yarelis Tatiana.	Orozco Villamil.	TI	106628 3978.	01 AG. 2008.						HB Varicela	2da 2da	Yarelis O.
21	09 Jul.	Tatiana	Estrada Rojo	CC	102615 8794.	05 EN 1998.						HB Varicela	2da 2da	Tatiana E.
22	09 Jul.	Angela	Arboleda Velazquez	CC	100030 4937.	14 JUL 2000.						HB Varicela	2da 2da	Angela 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: 3174191 S. Oral.

AUXILIAR VACUNADOR(A): Catalina Rios.

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	09 JULIO	Sara Isabel	Mazo Alzate	CC	102011 2515.	23 FEB 2007.						Varicela HB —	2da 2da —	Sara M
2	09 JUL	Yeisi Paola	Mosquera	CC	102565 0131	14 JUL 2007.						Varicela HB —	2da 2da —	Yeimi
3	9 JUL.	Carolena Us.	Usma Taranda	CC	102048 1632.	09 SEP 1997.						Varicela HB —	2da 2da —	Caolina U.
4	9 JUL.	Valerie	Suarez Correa	CC	10349 20288.	06 AB 2008.						Varicela HB —	2da 2da —	Valerie S.
5	09 JUL.	Laura	Toro Hincapie	CC	102200 6198.	07 AG. 2006.						HB Varicela —	2da 2da —	Laura T.
6	09 JUL	Laisa Fernanda	Quintanas	CC	102192 3212.	18 EN 2000.						HB Varicela —	2da 2da —	Luisa Q.
7.	09 JUL.	Ximena	Quintero Lopez	CC	103919 8346.	14 SEP 2006.						HB Varicela —	2da 2da —	Ximena Q
8	09 JUL.	Ana Sofia	Alvarez Zapata	CC	102564 7606.	24 JUN 2006.						HB Varicela —	2da 2da —	Ana
9	09 JUL.	Lewer Felipe	Aspirilla Mosquera	TI	107681 9347	14 JUL 2007.						HB TT Varicela	2da 2da 2da.	Liwer
10	09 JUL	Dayla Michel	Renteria Aguirre.	CC	107800 0976.	07 MZO 2007.						HB Varicela —	2da 2da —	Dayla
11	09 JUL	Divan Yorley	Vera Vergara	TI	102049 99915	16 OCT 2008						HB Varicela —	2da 2da —	Diva Vera

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: 3063837 Reg. Farmacia. AUXILIAR VACUNADOR(A): ______

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	09 JUN	Ivette Lorena	Bacca Arias	cc	1005247814	17 EN 1981						Vaxigrip	(A)	Nelly Bacca

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: 3080632. Reg. Farmacia. AUXILIAR VACUNADOR(A): CATALINA RIOS.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	09 JUN	Johan Andres	Tamayo Restrepo	CC	101-725 5609	27 AG 1993.						Varicela TT Influvac	1ra 1ra A	Johan Tamayo

HB = 14 Varic = 14 Inf = 14

SupliMed

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-GV-IPS031
Versión: 02
Vigencia desde: 29/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONVENIO: 3174248 Servicios Farmac. AUXILIAR VACUNADOR(A): Catalina Rico.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	09 JUL.	Yuly Alexandra	Torres Hernandez	CC	1017168619	16 DIC 1988.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A.	Yuly Torres.
2	09 JUL.	Yanelis Tatiana	Villegas Zambrano	CC	1083694379.	09 ENE 2007.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra A	Yanelis V.
3	09 JUL.	Maria Fernanda	Polgarin Calle	CC	1020403875.	17 FEB 2005.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra A	Maria Polgarin
4	09 JUL.	Manuela	Foronda Bohorquez	TI	1035856115.	03 EN 2008.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A	Manu Foronda
5.	09 JUL	Mariana	Cano Hernandez	CC	1021806229	13 NOV 2006.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra A	Mariana Cano
6.	09 JUL.	Sara Michel	Gonzalez Usuga	TI	1022148881	25 AG 2008.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A.	Sara Gonzalez
7	09 JUL.	Mishel Carolina	Simbaqueba Hernandez.	CC.	1035419810.	16 AG 2006.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra. A	Mishel
8.	09 JUL	Heidy Sabina	Rivera Palacio	TI	1085049425	30 NOV 2001.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A.	Heidy
9	09 JUL.	Ginna Camila	Gallego Jimenez	CC	1007413468	08 FEB 2002.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra A	Camila
10	09 JUL	Sandra	Goez Cartagena	CC	1001028631	13 NOV 2002.						HB Varicela Influenza	1ra. 1ra A	Sandra G.
11	09 JUL.	Evelin Gricel	Barbosa Arroyave	TI	1011398264	19 03 2008.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A	Evelyn B.
12	09 JUL	Lorena	Redondo Ramirez	CC	1025648491	16 NOV 2006						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A.	Lorena R.
13	09 JUL.	Mayra Alejandra	Uribe Oquendo	CC	1017145826.	02 NOV 1987.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra. A	Mayra Uribe
14	09 JUL.	Silvia Elizeth	Aguirre Gaviria	CC	43895139	08 ENE 1981.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A.	Silvia A.

HB: 3 VARIC: 5 INF: 7.

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN	ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS	Vigencia desde: 29/11/2023

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 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3174248 Serv. Farmac AUXILIAR VACUNADOR(A): Catalina Rico.

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	09 JUL.	Mariana	Yepes Usuga	CC	100124 9474	04 AB 2003						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A	Mariana Y.
16	09 JUL.	Isabela	Urrego Posada.	CC	119311 4386	21 AB 2002						HB Varicela Influenza	3ra 1ra A	Isabella
17	09 JUL	Nataly	Guzman Gutierrez.	CC	1032011 602	15 ENE 2006.						HB Varicela Influenza	1ra 1ra A	Nataly G.
18	09 JUL	Michell	Romero Rodriguez.	CC	101823 8762	22 SEP 2006.						Varicela Influenza	1ra A	Michell
19	09 JUL	Valentina	Tenganfe Morales	CC.	103318 3164	28 OCT 2001.						Varicela Influenza	1ra A	Valentina
20	09 JUL.	Karen Dayana	Muñoz Gomez	CC	10349 18156	31 08 2005						Influenza	A	Karen M.
21	09 JUL	Juliana	Ramirez Morales	C.	1000291 574.	12 OCT 2001.						Influenza	A	JR