DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

MPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

ONTACTO:

LUGAR: SENA MINORISTA

FECHA: VIERNES 01 AGOSTO 9:00 AM-3:00 PM

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
HEPATITIS B	B202408013	18/08/2027	50	42	0	8	N/A
ANTITETANICA	220800924B	30/09/2027	20	8	0	12	N/A
VARIVAX	Z002794	10/01/2027	20	20	0	0	N/A
VAXIGRIP	5DA18D1G	30/01/2026	50	35	0	15	N/A
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

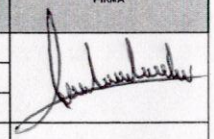
PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN | ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades 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: 3234633

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	01 08 25	Alex Santiago	Mendoza Florez	TI	1093855376	27 12. 2007								

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 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): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	01 08 25	Maria Fernanda	Bedoya Cardona	CC	1088. 824. 211	27 12 2003.						HB Influenza	2. 1	Maria Fernanda

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

3288969 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: Aux. enf.

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	01 08 25	Heresita Isabel	Pino Restrepo	CC	43 101 377							HB Varivax Influenza	1 1 1	Isabel
2	01 08 25	Dulfary	Lopez Mena	CC	1146 436 732							HB Influenza		Dulfary
3	01 08 25	Angie Sulami	David Florez	CC	1018 230 312							HB Varicela Influenza	1 1 1	
4	01 08 25	Milena Andrea	Sepulveda Cano	CC	32 758 425							HB Varicela Influenza	1 1 1	Milena
5	01 08 25	Daniela	Gomez Alvarez	CC	1035 066 283							HB Varivax Influenza		Dani G.A.
6	01 08 25	Yindy Yanith	Patiño Morales	CC	1018 226 035							HB Varivax Influenza	1 1 1	Yindy Patiño
7	01 08 25	Geraldine Manuela	Castaño Alvarez	CC	1023 627 086							Varivax Influenza	1 1	Geraldine
8	01 08 25	Ingrid Daniela	Castañeda Saavedra	CC	1006 557 905							HB Varivax Influenza	1 1 1	
9	01 08 25	Yurannis	Sierra Hernandez	CC	1096 192 895							HB Varivax Influenza	1 1 1	Yurannis
10	01 08 25	Sara Valeria	Alvarez Romero	CC	1021 924 615	14 10 2007						Varivax Influenza	1 1	Sara Al.
11	01 08 25	Dany Esteban	Bedoya Cardona	CC	1049 604 252	28 09 2002						HB TT Influenza		Dany Esteban
12	01 08 25	Sara Maria	Cortes Agudelo	TI	1023 634 887	04 06 2008						HB Varivax Influenza		Sara Cortes
13	01 08 25	Girlesa	Tavera Giraldo	CC	1020 401 399	18 09 1986						HB Varivax Influenza		Girlesa Tavera
14	01 08 25	Mariana Angelica	Andica Betancur	CC	1002 900 707	27 08 2003						Varivax Influenza		

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

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

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

PROCESO VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

3288969 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.

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

CONVENIO: _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	01 08 25	Mariangel	Echevarria Guzman	CC	1025 668 898	24 08 2006						HB Varicela Influenza	1 1 A	Mariangel
16	01 08 25	Maria Jose	Correa Martinez	CC	1025 648 234	19 10 2006						H.B Varicela Influenza	1 1 A	Maria Jose M
17	01 08 25	Sara Nicol	Hinestroza Sanchez	CC	1007 054 731	16 09 2003						HB influenza	1 1	Sara Nicol

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 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
1	01/08/25	Ester Leila	Herrero Moreno	CC	1038 333 090							HB Varivax influenza	1 1 1	ESTER H.
2	01/08/25	Andres Felipe	Romero Ruiz	CC	1003 758 108							HB TT Varivax influenza	1 1 1 1	Andres R.
3	01/08/25	Mariana	Murillo Muñoz	CC	1021 922 668							Varivax influenza	1 1	Mariana M
4	01/08/25	Julio Elias	Fernandez Caballos	CC	1.126 709 741							HB TT Varivax influenza	1 1 1 1	
5	01/08/25	Adriana Lucia	Cordoba Londoño	CC	1020 113 259							HB varicela Influenza	1 1 A	Adriana C.

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

$3149406. 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): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	01 08 25	Edison Fernando.	Bigles Escalante	CC.	1004 899 354	10.07 2002.						HB TT		
2	01 08 25	Nicol Dayana	Machado Ramirez	CC.	1033 489 451	14.10 2006						influenza		Nicol Machado

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

3141405. 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): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	01 08 25	Valeria	Montoya Rios.	CC	1035 597 488	14. 02 2008.						influenza		x Valeria
2	01 08 25	Karen Dahiana	Velasquez Valbuena	CC	1020 114 401.	04. 10 2007.						influenza		x karen
3	01 08 25	Samuel	Molino Valencia	CC	1040 572 531	16 03. 2006						influenza		x Samuel
4	01 08 25	Sally.	Rendon. Velasquez	CC.	1063 281 085	11 12 2004.						HB influenza		x Sally.
5	01 08 25	Maria Sofia	Laverde Acevedo	CC	1037 499 786	09 12 2006						H·B Influenza	2 A	Maria Sofia
6	01 08 25	Paula Andrea	Duran Florez	CC.	1064 898 353	17 06. 2007						influenza	A	Paula Duran

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.

2993925.

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
1	01 08 25	Useth Paola	Gracia Gonzalez	CC	1063 283 277.	20 11 2006						HB influenza		Useth G.
2	01 08 25	Maria Jose	Florez Garzón	CC.	1027 800 175	29 12 2003						HB influenza		Maria Jose

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

3141427 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 IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	01 08 25	Yesica Johana	Hincapie Garcia	CC	1041 232 115	21 11 2003						HB	2	yesica h.
2	01 08 25	Juan Jose	Lopez Alzate	CC	1022 004 079	16 12 2007						HB ~~Influenza~~ TT	1 2 2	Juan Lopez
3	01 08 25	Santiago	Molore Leyva	CC	1028 140 893	17 05 2007						HB ~~Influenza~~ TT	2 2 1	Santiago M.
4	01 08 25	Nicolas Francisco	Garces Beltran	CC	1014 976 178	09 01 2004						HB TT	2 2	NicolasGarcesBeltran
5	01 08 25	Amado Cristina	Rua Cochero	CC	1003 286 586	99 2001						HB Influenza	2 1	Amado Rios,
6	01 08 25	Karen Daliana	Alcaras Arango	CC	1032 011 605	05 01 2006						HB	2	Karen
7	01 08 25	Yakelin	Marquez Muriel	CC	1045 139 182	01 09 2007						NB	2	Yakelin M.
8	01 08 25	Isabella lopez	Gaviria	CC	1038 262 265	27 06 2004						HB	2	ISABELLA L.
9	01 08 25	Daliana	Berrio Alzate	CC	1025 761 841	14 07 2005						HB	2	Daliana
10	01 08 25	Nicoll Dayana	Osorio Polgarin	CC	1023 629 092	12 04 2006						HB	2	Nicol.
11	01 08 25	Ana Gabriela	Rivera Bermal	CC	1003 398 688	05 01 2003						HB	2	
12	01 08 25	Maria Camila	Noyos Nuñes	CC	1063 291 074	02 06 2004						HB	2	
13	01 08 25	Eliana Maria	Moreno Arboleda	CC	1128 399 947	28 04 1990						HB Influenza	2 1	ElianaMoreno
14	01 08 25	Jessica Johana	Serna Tobarda	CC	1234 989 485	30 04 1998						HB	2	Jessica Serna

SupliMed	IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS	Código: F-GV-IPS031
	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS	Versión: 02
		Vigencia desde: 29/11/2023

PROC[illegible] VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN | ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

3141427. 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): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	01 08 25	Eddy Maryelys	lopez Gomez	CC	43. 902 722	06 08 1981.						HB-	2	

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

3174181

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): ________________

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	01 08 25	Nicole Stefany	Castrillon Quintero	TI	1023 593 504	15 01 2008						HB.	2	*Stefa

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

314126

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): _______________

N°	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	05 08 25	Angie lorena	Rojas García	CC.	1017 263 958	15 08 1998						HB	2	[firma]