CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE SUPERVISIÓN – CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS
CONTRATO NRO. CO1_PCCNTR_7912005 de 2025

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS REGIONAL SANTANDER
CONTRATO NRO.	**CO1_PCCNTR_7912005 de 2025**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	23/05/2025
OBJETO	SUMINISTRO Y APLICACION ESQUEMA DE VACUNACION PARA APRENDICES DE PROGRAMAS DE LA RED SALUD Y TOXOIDE TETANICO (TT) O TOXOIDE DIFTERICO (TD) SOLO APRENDICES DE SEXO MASCULINO DE LA RED DE HOTELERIA Y TURISMO DEL CSET
CONTRATISTA	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
CC o NIT	900394707
LUGAR DE EJECUCIÓN	Bucaramanga
FECHA DE INICIO	29/05/2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	183 Dias
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$67.000.000
PRÓRROGA NRO. 1	19 días. Hasta 19 de diciembre de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	19/12/2025
ADICIÓN NRO. [Incluya el número de la adición que lleva el contrato]	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$ 67.000.000
FORMA DE PAGO	EL SENA Regional Santander cancelará al CONTRATISTA el valor del contrato, en pagos parciales previa radicación de la respectiva factura presentada o cuenta de cobro, soportada con la certificación del recibido a satisfacción del supervisor del contrato, los documentos que acrediten el pago de las obligaciones al Sistema Integral de Seguridad Social y certificación de pago de los aportes parafiscales y/o paz y salvo SENA, en cumplimiento de la ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y el instructivo para trámites de pagos del SENA (GRF-I 002)
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	3
PERIODO DEL INFORME	Desde el 21/11/2025 al 19/12/2025

1.1. Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO			
ASEGURADORA	Seguros Mundial		
NRO. DE PÓLIZA	CV-100051078		
CERTIFICADO O ANEXO	24156048		
FECHA EXPEDICIÓN	26/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	27/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	26/05/2025	31/05/2026	13.400.000,00
Devolución del pago anticipado			
Salarios y prestaciones sociales	26/05/2025	30/11/2028	3.350.000,00
Calidad del servicio	26/05/2025	30/11/2028	13.400.000,00

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	Seguros Mundial		
NRO. DE PÓLIZA	CV-100014155		
CERTIFICADO O DE ANEXO	24156051		
FECHA EXPEDICIÓN	26/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	27/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	26/05/2025	30/11/2025	284.700.000,00

En atención a lo señalado en el modificatorio nro. N.1, se efectuó la ampliación de las garantías en el siguiente sentido:

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO	
ASEGURADORA	Seguros Mundial
NRO. DE PÓLIZA	CV-100051078
CERTIFICADO O ANEXO	24156048
FECHA EXPEDICIÓN	26/05/2025
FECHA APROBACIÓN	24/11/2025

AMPARO	VIGENCIA		VALOR
	DESDE	HASTA	
Cumplimiento	26/05/2025	31/05/2026	13.400.000,00
Devolución del pago anticipado			
Salarios y prestaciones sociales	26/05/2025	30/11/2028	3.350.000,00
Calidad del servicio	26/05/2025	30/11/2028	13.400.000,00

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	Seguros Mundial		
NRO. DE PÓLIZA	CV-100014155		
CERTIFICADO O DE ANEXO	24156051		
FECHA EXPEDICIÓN	26/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	18/11/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	26/05/2025	19/12/2025	284.700.000,00

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Proveer los servicios de suministro y aplicación de inmunobiológicos descritos en el numeral 2.5 del presente estudio previo a los aprendices autorizados del CSET, conforme las especificaciones técnicas adicionales.	Jornada de vacunación 22 de Diciembre de 2025	Rips diligenciados
2. Asumir todos los costos asociados a la vacunación, incluyendo entre otras, el personal requerido, la preservación, manejo, insumos requeridos para su aplicación (jeringuillas, algodón,	Jornada de vacunación 22 de Diciembre de 2025	Rips diligenciados

antiséptico, toallas desechables, y todo aquello que sea manipulado durante la sesión de vacunación), así como el transporte adecuado de las vacunas y el personal requerido para la ejecución del objeto del contrato.		
3. Coordinar con el supervisor el cronograma para la ejecución respectiva del objeto	Concertación de Actividades previas al inicio de cada jornada: fecha 9 de diciembre de 2025	Correos electrónicos de concertación de jornada de vacunacion
4. Garantizar la aplicación del inmunobiológico según esquema de vacunación definido, dentro de las instalaciones del Centro de Servicios Empresariales y Turísticos y/o sus sedes adscritas.	Jornada de vacunación 22 de Diciembre de 2025	Rips diligenciados y fotografias
5. Entregar el certificado ARL de implementación del SG-SST y/o certificación firmada por el Representante Legal del resultado y nivel de implementación del SG-SST de acuerdo con la aplicación de estándares mínimos aplicables - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312- 2019.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
6. Ejecutar las jornadas extramurales de vacunación con los Protocolos de Bioseguridad actualizados y debidamente avalados por la entidad territorial e implementados de manera efectiva.	N/A	Jornada de vacunación extramural – unidad movil
7. El contratista deberá presentar como soporte para la facturación y pago los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS),	Jornada de vacunación 22 de Diciembre de 2025	Rips diligenciados y Fotografias

completamente diligenciados y firmados por el aprendiz		
8. Reemplazar o restituir a su costa, sin que implique modificación al plazo de entrega, los elementos que resulten defectuosos o de mala calidad o con especificaciones diferentes o inferiores a los requeridos por la entidad, sin costo adicional para la entidad. Si el proveedor no restituye los defectuosos dentro del término señalado por el SENA, este podrá declarar el siniestro de incumplimiento y/o solicitar el pago de las multas señaladas en el contrato	N/A	
9. El contratista deberá realizar el registro de los aprendices en el Sistema de Información Nacional PAIWEB y allegar el respectivo soporte de dichos registros.	Jornada de vacunación 22 de Diciembre de 2025	Rips diligenciados – Cargue PAIWEB
10. Las demás que se estimen de acuerdo con el objeto y ejecución del contrato.	Concertación de actividades previas a cada jornada.	

2.1. Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Demostrar cumplimiento de las obligaciones que le aplican con relación a la Seguridad y Salud en el Trabajo.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
2. Diligenciar, firmar y presentar el anexo Certificado de Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (No modificar el formato	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación

establecido, solo diligenciarlo y firmarlo, no colocar membretes ni marcas de agua diferentes a las que ya tiene el formato).		
3.Aportar Evaluación de estándares mínimos y respectivo plan de acción de acuerdo con la aplicación de estándares mínimos aplicables - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
4. Entregar copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora del servicio de salud.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
5. Entregar copia de la licencia de seguridad y salud en el trabajo de la persona responsable de la empresa prestadora del servicio de salud.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
6. Entregar copia del manual o procedimiento de bioseguridad frente al proceso de suministro y aplicación de vacunas.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
7. Aportar los pagos de seguridad social, donde se evidencie la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada de los meses en los que se ejecute el contrato.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
8. Garantizar el uso de los Elementos de Protección Personal para realizar la respectiva vacunación durante la ejecución del contrato.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación
Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA.	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Documentos relacionados con la obligación

Entregar copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	Formato RH1 Junio Agosto RH1 Diciembre 2025
El contratista se deberá hacer cargo de los residuos generados en la ejecución del contrato	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	CERTIFICADO DE RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS con fecha 20 de Diciembre 2025
Disponer los residuos generados en recipientes acorde a la normatividad	Cumplimiento de Requisitos desde la adjudicación del presente contrato	CERTIFICADO DE RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS con fecha 20 de Diciembre 2025

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
12/08/2025	**FEVV - 4608**	**15.661.800**	**15.661.800**	**51.338.200**	**23.37%**
21/11/2025	**FEVV - 4853**	**30.432.900**	**46.094.700**	**20.905.300**	**68.79%**
18/12/2025	**FEVV - 4943**	**20.903.300**	**66.998.000**	**2.000**	**99.99%**

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** Agosto 2025	**Planilla nro.** 79756747 del 11 de agosto de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** Octubre 2025	**Planilla nro.** 81796630 del 19 de Noviembre de 2025
SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** Noviembre 2025	**Planilla nro.** 91767966 del 26 de Noviembre de 2025

5. MULTAS Y SANCIONES

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato, que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

6. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN

Suspender el plazo de ejecución del contrato **CO1.PCCNTR.7912005 de 2025** a partir del 17 de octubre de 2025 y hasta el 10 de Noviembre de 2025 (ésta última fecha inclusive). Justificación: Todo servicio que preste una IPS en un municipio especifico, debe estar habilitado por parte de la Secretaria de Salud Departamental en donde se encuentre dicho municipio. Al no contar con este requisito, La IPS no está legalmente autorizada para ofrecer y vender el servicio de vacunación, según las normativas vigentes como la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se reactiva contrato el día 11 de noviembre de 2025 dado que, de acuerdo con las condiciones técnicas, cuentan con unidad móvil habilitada para prestar servicio de vacunación y así dar cumplimiento al objeto contractual. Una vez revisados los documentos de habilitación y el REPS, el proveedor cumple con los requisitos para prestar el servicio.

Conforme a lo anteriormente expuesto, se solicita:

Prorrogar el plazo de ejecución en 19 días, con lo cual la fecha de finalización será el 19 de diciembre de 2025.

7. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Con base en lo anterior, autorizo el pago conforme lo pactado contractualmente.

8. OBSERVACIONES

N/A

Para constancia se firma 22 Dciembre de 2025

JENNIFER PAOLA MONSALVE LEON
Supervisor del contrato

Elaboró: Jennifer P. Monsalve Leon – *Instructor Grado 15*

Bucaramanga, 20 de diciembre de 2025

Señores:
Centro Empresariales y Turísticos- SENA
Dra.: Jennifer Paola Monsalve León
Supervisora del contrato

Asunto: Informe de consolidado de vacunación

Nro. del contrato: CO1.PCCNTR.7912005

Cordial saludo, Por medio del presente, nos permitimos remitir el informe consolidado de vacunación correspondiente a la jornada realizada en el mes diciembre, en la cual se prestó el servicio de vacunación a los aprendices objeto del contrato.

El informe incluye el detalle de las vacunas aplicadas, el esquema correspondiente, los datos básicos de los usuarios atendidos y cualquier observación relevante durante la jornada, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). A continuación, se relacionan la siguiente información:

general de vacunas administradas Consolidado

CONSOLIDADO GENERAL DE VACUNAS ADMINISTRADAS MES DE DICIEMBRE			
VACUNAS	**CANTIDAD**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
HB	78	$ 26.000	$ 2.028.000
VARICELA	162	$ 116.000	$ 18.792.000
TOXOIDE TETANICO	7	$ 11.900	$ 83.300
TOTAL			**$ 20.903.300**

Consolidado de presupuesto ejecutado

VALOR TOTAL ADJUDICADO (MONTO AGOTABLE)	No DE FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR A REVERSAR	% EJECUTADO	% A REVERSAR
$67.000.000	FEVV4608	$ 15.661.800	$ 2.000	23,376	0,003
	FEVV - 4853	$ 30.432.900		45,422	
	FEVV - 4943	$ 20.903.300		31,199	
TOTAL		**$ 66.998.000**		**99,997**	

A la fecha se ejecutó el 99,997% del valor total del contrato ejecutado, quedando un saldo de $2000 el cual corresponde al 0,003% de valor total del contrato adjudicado.

Edgar Pineda Ortiz
Representante Legal
CC: 79.312.395 de Bogotá

Centro Especializado en Vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R06 021
	SIG	VERSION: 06
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
	ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO:

VACUNADOR: Danna Caicedo.

ASISTENTE: Marvin.

FECHA: 19 · Dic · 2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:00 HORA SALIDA: 04:00 pm

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO												
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Maria Alejandra Arciniegas	1049734329	24/NOV/2006	A+	cll 78 # 00-450	Napoles	3138968505	Salud total						2							
2	Johan Andres Macias	1042734404	28/mar/2008	A+	Cra 18w 61A-38	Prados del Norte	3180838851	Nueva eps	2		1			2							
3	oscar Andres Sandoval	1005371241	11/oct/2001	A+	Trans. 25 142	Quiroque	3017516143	Salud total	2		3			2							
4	mary zuley moreno	1102548807	16/mar/2008	O+	cll 23 #27-16	Gallineral	3114826767	coosalud			2			2							
5	Lucero Daniris Celemin	1095806787	18/Ago/2008	A+	Caseta # 6 cll 30 1-743	Cumbre	3176437034	Sura			2			2							
6	Ingrid tatiana mejia	1045804501	02/sep/1984	O+	Cra 45 manzana 7 piso 7 casa 3	Prados del sur	3137174605	Nuevaeps			3			2							
7	Laura Daniela Quintero	1046949722	24/sep/2006	B+	cll 74a #72c	Cumbre	3175363472	Sanitas			2			2							
8	Margarita villamizar	39711404	15/nov/1976	A+	Cra 11a # 7-30 apt 304	cosco amigo Floridablanca	3178495448	Policia Nacional						2							
9	Tatiana Marcela Cortes	1005151336	23/mar/2002	O+	Cra 7e # 18-04	Bosques Piedecuesta	3121302004	Salud total			3			1							
10	Karen Yuliza Arias	1098660196	14/sep/2006	O+	Av. Floridablanca # 144-30	condominio la zafra	3001274284	Salud total			3			1							
11	miguel Angel Ibañez	1096534025	25/oct/2005	A+	Cra 8 # 12-63	Candelario	3145541418	Famisanar	2		2			1							
12	Juan Diego Sanabria	1142714617	18/Jun/2002	O-	Cra 118 # 17-25	Rosales	3177331332	Salud total	2		2			2							
13	Zharick Daniela Argello	1099740950	16/sep/2002	O+	Cra 57w #90-42	inmaculada	3072434574	Sanitas.			2			2							
14	Laura calixto	1048654647	04/Feb/1985	O+	cll 37 # 32-26	mejoras Publicas	3015041448	Nueva eps			2			1							
15	Julian Andres Avila	1098620609	22/ene/1986	O+	Diagonal 14 # 153 B30	Palomitas	318 5218133	sura	2		3			2							
16	Juan Diego Flores	1102361534	11/oct/1984	B+	Av. Eduardo Santos 28-07	San alonso	3204514771	Salud total	2		3			2							
17	Nicol Daniela Correa	1046067505	25/mar/2008	O+	manzana 30 casa 4	miradores de la uis	3175786267	Sura			2			2							
18	Raul stiver Fernandez	1097448811	25/Abr/2008	O+	cll 30 # 8-69	la gloria	3228043573	Nueva eps	2		2			2							
19	Zaira Zuley Rincon	1095403343	12/sep/2004	A+	Cra 26 casa 14	Las marias	3154014708	Famisanar						2							
20	Jhon Jairo mejia	1005140577	12/Abr/2001	O+	cll 62 17c-92	la selva	3153650690	salud total						2							
21	Brandon stiver Galindo	1095300553	06/ene/2005	A+	cll 178a #20-70	Cristal bajo	3160775240	Sanitas			3			2							
22	Gissel Aichell Herrera	1048641443	29/Jun/2008	O+	Cra 5 occ # 36-49	la joya	3006673800	Sanitas			2			2							
23	Danna Bririth Luna	1100841850	15/abr/2008	A-	Cra 13 cll 14-15	Puerto Madero	3017044451	Nueva eps			2			2							
24	Evelyn Nitol Morales	1014668474	14/abr/2008	O+	Cra c # 41-10	calle madrid	3164427700	Sanitas			2			2							
								TOTAL	7		20			24							

CONTACTO	CORREO	TELEFONO
COORDINACION DE ENFERMERIA		

OBSERVACIONES

Scanned with CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarte es su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R06 021
	SIG	VERSION: 06
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
	ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA: INSTITUTO:

VACUNADOR: Danna Caicedo

ASISTENTE: Marvin Santos

FECHA: 9 - DIC - 2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:00 HORA SALIDA: 04:00pm

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	M A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Carlos Steeven Mariño	1048750570	03/Feb/1999	A+	Cra 8 # 62-17	Mutis	3134705577	Salud total			2			2						
2	Alba Andrea Archila	1102354664	23/Dic/1987	O+	Cll 13a # 16-111	villa rosa	318 8726180	Nueva eps						2						
3	Alexandra mantilla	37778043	24/Abr/1978	O+	Cll 112 # 31-33	El dorado	316 507 0854	Nueva eps						R						
4	Alexandra serano Barbosa	1043547385	24/sep/2008	O+	Cll 13a # 1-14	Bellavista	312 7607440	sanidad militar						2						
5	Angie Melisa Suarez	1045744164	19/Dic/2003	O+	Cra 18 # 11-13	comuneros	313 3553641	coosalud			3			R						
6	Lina Seletp Escobar	1048786026	4/Jul/1996	O+	Cll 105 # 56-60	Porvenir	318 536 7843	Sanitas						2						
7	Sirley Ramirez solis	1095307738	27/mar/2008	O+	casa 27 7ara4	marolico	3171447656	coosalud						2						
8	Bleidy Natali Sabala	1007134356	07/jul/2001	O+	Cra 32 # 18-67	San alonso	323 8873546	sanitas			3			2						
9	laura stefani Mendez	1094739374	07/Dic/2006	O+	cra 17a # 63-10	la victoria	3180576431	coosalud						1						
10	Yenifer andrea burgos	1005345076	23/may/2001	A+	Cll 16 # 13a-74	los pinos	3153785050	Nueva eps						2						
11	Camila lopez	1234339860	27/oct/1998	O+	Cll 157 # 50-28	villa natalia	3015709868	Nueva eps			3			2						
12	laura ester mendoza	63516668	20/sep/1976	O+	cra 24 # 51-48	Nuevo Soto mayor	317 8164144	Sanitas			1			1						
13	Karol mariana Pinzon	1047448766	22/Abr/2008	O+	Cra 78 # 87-11	San martin	3156874685	sanitas			3									
14	Ximena Baldillo	1095423798	31/Dic/2008	O+	Cll 11 Na #2 occidente 21	Bavaria 2	3222208353	Salud total			1			1						
15	maria Fernanda Ramirez	1094737744	27/oct/2005	A+	Cra 17 # 14a-38	Paisajes del norte	3238016610	coosalud						R						
16	Deily Daniela Garcia	1102362137	30/jun/2007	O+	Cra 7 # 36-61	La joya	3107871962	Salud total						R						
17	Jeferson Estiven lizarazo	1095303671	11/jul/2006	O+	Cll 45 # 10a-21	Campo hermoso	3003540802	Salud total						R						
18	Liceth Yurani Pardo	1047411529	21/may/2006	O+	Cll 10 # 11-123	villabel	3136434740	avanzar						R						
19	Jenny Paola Arias	1044364450	13/mar/2005	A+	Cra 3a 11c-14	maria paz	3015668766	coosalud						R						
20	Jose Antonio Gomez	1143034470	13/jul/2001	A+	Cra 56 # 85-31	Lagos del cacique	3223274545	Nueva eps						R						
21	Maria Alejandra Agudelo	1005150815	08/Dic/2001	A+	Cll 52 # 18-124	Portal 1	3124421082	Nueva eps						R						
22	Paula Andrea Argurita	1048767742	30/mar/1995	A+	Cll 64 # 11-35	El Pablon	3228768444	coosalud						R						
23	Olga Esther Rodriguez	32609024	01/Dic/1966	O+	Cra 18 # 11-43	Condominio edico 18	304 7647538	Regimen Especial						R						
24	Karen Daniela Hernandez	1047046656	23/Dic/2005	O+	Cll 70 # 188-72	Villa rosa	3158754124	Sanitas						R						
	TOTAL										7			23						

CONTACTO	CORREO	TELEFONO
COORDINACION DE ENFERMERIA		
OBSERVACIONES		

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R06 021
	SIG	VERSION: 06
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
	ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO:
VACUNADOR: Danna Caicedo.
ASISTENTE: Marvin bsantos
FECHA: 19-Dic-2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [x] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 6:00 HORA SALIDA: 4:000.

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO												
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Lizeth Nicol Camargo	1045741840	24/Dic/2006	A+	Crase 155-53	la cumbre	3203842734	Salud total						R							
2	David Santiago Fernandez	1095413697	27/may/2008	O+	Ciudadela Nuevo Girón	Sector 7 torre 8 Apto 201	3154203934	Nueva eps						R							
3	Yenifer vanesa Landinez	1044264480	10/Abr/2006	O+	Cra 8 #8-03	San jorge 2	3147432316	Salud total						R							
4	Dairis Yoilani Gualdron	1044797247	04/Sep/2008	B+	Cll 30 #7a-16	los hamacas	3227181744	salud total			3			R							
5	Claudia Patricia Cardenas	60 366 092	06/ene/1978	O+	Cll 34 #21-31	Antonia Santos	3104597787	sanidad militar						R							
6	Alido Esther Prieto	1047254027	04/oct/2002	O+	Casa 114 Sector Villar	nuevo colombia	3028187233	Nueva eps						R							
7	Shavo Nicolle Guzman	1045786874	01/Feb/2004	O+	Diagonal 6 #18-17	Portal de la bucarica	3184427043	Nueva EPS						R							
8	Andrea Valentina Jimenez	1044366773	20/may/2008	B+	Cra 6a #6-10	El porvenir	3213232483	Nueva eps						R							
9	Astrid Vanesa Arevalo	1047781742	04/Feb/2005	O+	Cll 7 #13-110	Altamira	3106247878	Nueva EPS						R							
10	Michelle Zareth Alvarez	1044738	25/jun/2006	O+	Cll 17c #12-24	Campo alegre	3021508450	Nueva eps						R							
11	Mario Jose Ferreira	1047100782	08/Dic/2007	O+	Cra 3w #8-736	Guaiguara	3174424316	Saludmia						R							
12	Sharif Yuced Esparza	1045304704	27/Dic/2008	O+	Cll 21 #13occidente 240	Don Bosco	3107143944	coosalud						R							
13	Belsi Alexandra Sandoval	1102367706	27/oct/2006	A+	Trans. 10 13-03	la nueva cancelaria	3115727348	Salud total						R							
14	Eddy Zaray Rodriguez	1098035842	04/may/2005	O+	Cll 7 #13-58	Villabel	3185300248	Sura						R							
15	Denis Cardiro Castillo	1048685162	17/jun/1989	A+	Cra 7 # 16-A112	maria paz	3107104106	coosalud						R							
16	Jhamber Sinuel Pardo	1005341573	04/oct/2002	O+	Cra 24 #72-20	San Pedro	3204356484	Nueva eps						R							
17	Roxana Gabriela Sanchez	1002346064	15/Ago/2004	A+	Cll 27 8Ac 24	cumbre	3028508537	Famisanar						R							
18	Veime Paola Rojas	1094323016	28/Feb/1997	O+	cll 105a 36-104	Alto viento 2	3023441065	sanitas						R							
19	Maria Carolina Valle	635A7481	24/sep/1983	O+	Cll 116 #31-64	Nisa	3161726227	Nueva eps						R							
20	Wendy Sarai Torres	1098CA1160	08/Ago/2005	O+	Cll 66a #10a-70	la victoria	3219362574	Nueva EPS			3			R							
21	Maryury Alexandra Sierra	1049738078	28/mar/2006	A+	Cll 10 Nte 1a Occ. 13	Bavaria 2	3115101227	Famisanar						R							
22	David Alejandro Diaz	1005372140	30/Abr/2004	O+	Cra 32 #D-43	San Alonso	3006865150	Sura						R							
23	Jonathan Vega	1045825753	16/sep/1995	A+	Sector 7 Bloque 43-2 Apt 101	Bucarica	3167480483	Nueva eps			3			R							
24	Andres Felipe Tabares	1045821087	30/sep/1994	O+	Cll 56 Sur-33	mutis	3186654036	Sura			2			R							
	TOTAL										4			24							

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO.CAL.VC.V06.R06.021
SIG	VERSION: 06
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO:

VACUNADOR: Danna Caicedo.

ASISTENTE: Marvin Santos

FECHA: 19-Dic-2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:50 HORA SALIDA: 04:00 pm.

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	M A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Kimberlin Davitzha Ramirez	1048830647	17/Abr/2000	A+	Cll 75 5-63	Girardot	3168474364	Nueva eps			3			1							
2	Maria Smith Rincon	63539684	13/may/1983	B+	Cra 14 # 108-44	villas de San juan	3277769913	Sanitas			3			2							
3	Alejandra Carolina Ospino	1065133549	13/Dic/2007	A+	Cra 104 manzana A casa 47	Granja Rigar	3027402841	cajacopi			2			2							
4	Martha Patricia Perez	63447308	18/Nov/1974	A+	Cll 46 23-48	Poblado	3182229066	Sanitas			3			2							
5	Maria Alejandra Ulloa	1098607364	13/jul/2003	O+	Cra 20 47-38	Campo hermoso	3232249634	Nueva eps			3			2							
6	Laura Daniela Blanco	1063617774	15/ene/2006	A+	Cra 17 60a-33	Trinidad	3203836706	Coosalud			3			2							
7	Vivian Abigail Azuaje	4832204	08/nov/2002	O+	Cll 44 320-22	mirador de San Juan	3224312474	Nueva eps			3			2							
8	Nancy Uergel	44668788	07/Nov/1980	A+	Cll 22 # 15-38	San Jorge	3164376003	Policia			3			2							
9	Luz Angela Quesada	1005155762	18/Ago/2001	O+	Sector 3 manzana n 238-33	ciudadela	3043588661	Coosalud			3			1							
10	Lizbeth Prada	1095586655	11/Dic/2004	A+	Transv-7c 104-47	marianela	3137774526	Coosalud			3			2							
11	Paula Estefania Gonzalez	1047445542	26/ene/2007	O+	Cll 6n # 18c-02	Juventud	3202085341	Saludtotal			3			2							
12	Angi Ximena Suarez	1046063454	26/mar/2008	O-	Cll 10an # 7A-14	Esperanza 2	3502328836	Nueva eps			2			2							
13	Darly Yeraldin merchan	1102352434	19/mar/2005	B+	Santa Barbara Sector Vides		3232020253	Nueva eps			2			2							
14	Slendy Katerine Duarte	1102260863	18/may/2002	O+	Cra 10 # 252	villanueva	3203461491	Salud total			2			1							
15	Yeimy Juliana mendez	1098648082	24/Dic/2005	AB-	Cra 7A 1C-16	Reyeneros	3134636745	Coosalud			2			2							
16	Maria Fernanda Neira	1098655558	11/jul/2006	O+	Cra 40 #68-25	Diviso	3185700755	Coosalud			2			1							
17	Deimy Xiomara Reyes	1104130572	14/Abr/1991	O+	Cll 16 # 32-50	San alonso	3236110134	Nueva eps			1			1							
18	Suly Gineth molina	1098631514	31/ene/2005	O+	Cll 104b #7a-03	Porvenir	3214544393	Saludtotal			1			1							
19	Deiner Santiago Uribe	1146334488	24/jul/2004	O+	Cra 3 wn #265	vega de San Jorge	3167794776	Fomac			1			1							
20	Eprely Regalado	8026424	04/Abr/2005	B+	Calle 24 # 20-41	Alarcon	3165747362	nueva eps			3			2							
21	Angelica Shayra Rodriguez	1098674844	03/oct/1988	O+	Cra 10 # 22-31	Girardot	3155583232	Sanitas			1			1							
22	Valery Juliana Gomez	1041977703	08/ago/2007	A+	Calle 50 #12-58	Candilos	3052577410	Colsubsidios			1			1							
23	Andres Felipe Acevedo	1044935888	10/Dic/2004	A+	Cll 24n #10-43	Hamacas	3155484349	Saludtotal						R							
24	Sergio Andres Rodriguez	1095303620	04/jul/2006	O+	Cll 48 #13-30	Conquistadores	3151786568	Saludtotal						R							
CONTACTO		CORREO				TELEFONO		TOTAL			22			24							
COORDINACION DE ENFERMERIA																					
OBSERVACIONES																					

Scanned with CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R06 021
	SIG	VERSION: 06
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
	ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO:
VACUNADOR: Dianna Caicedo
ASISTENTE: Marvin Santos
FECHA: 19-Oct-2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:00 HORA SALIDA: 04:00 pm

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	N A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Tamnya Sharit Niño	1047912474	21/oct/2003	A+	Cru 56 cll 140 manzana H casa 45	cumbre	3144214317	Salud total						R						
2	Oscar Fernando Solano	91174586	08/may/1972	A+	Cru 20a 10-58	San Francisco	3143867286	Coosalud			3			2						
3	Jesus Ricardo lopez	1093936615	09/ago/2003	O+	Cll 62a #7-75	Real de minas	3204219432	Sanitas						R						
4	maria valentina Anaya	1095304702	27/Dic/2006	O-	Cra 15 #156-09	Puerto madero	3052758702	Salud mia						R						
5	Yoneily Rubielys Aguilar	1238141004	26/Feb/1944	O+	Cru 72 Bis 103 a 43	manuela Beltran	3204705382	Nueva eps			1									
6	Mery Joya	1005331004	20/mar/2003	A+	cll 3a Pratonal 13-71	villa de los caballeros	3184323900	Sanitas			2			1						
7	Valentina Gomez	1047044194	04/sep/2007	O+	Cll 20a 1w-36	Los cisnes	3208487309	Sanitas			1			1						
8	Sofia Coltes	1142715493	08/oct/2008	O+	Cra 8w 18a-02	Comuneros	3133227607	Famisanar			1			1						
9	Angela Maria Garcia	1075237505	01/Abr/1988	A+	Cra 19a #45-67	chorreras don Juan	3124400188	Nueva eps			2			2						
10	Alis Del carmen Castillo	38682648	14/03/1983	B+	Cll 14a #19a-24	consuelo	3167477031	Salud total			1			1						
11	Silvia Alejandra Ramirez	1095582091	26/ago/2008	A+	Cll 3 #26a-175	Regueros	3146403572	Famisanar						R						
12	Nicoll Saray Bautista	1100841738	21/Feb/2008	O+	Cll 10 #11-11	centro	3107117646	Seriedad militar						R						
13	Elisabet Barrera	1048070607	15/sep/2004	O+	Cr 18 #5A-16	concordia	3118772804	Compensar						R						
14	Sandra Patricia Hernandez	1045824741	10/ago/1996	O+	Alameda. Santa rita	B/manga	3114946547	Nueva eps			1			1						
15	Heidy Johanna mendivelso	1048249058	08/Nov/1993	O+	Cll 6 # 7-11	Santa Ana	3023086208	Sura			1			1						
16	Catherin Juliet lopez	1102358116	17/Nov/2006	O+	vereda San Francisco	Fincas. Bambu	3016774466	Famisanar			1			1						
17	Paula valentina Garcia	1047 048782	23/may/2003	B+	Cll 27 # 10w-19	Kennedy	3177366144	Sura						R						
18	Ana catalina Cabiera	1047100475	15/ene/2008	A+	Transv. 23c #54-70	san antonio carrizal	3227347536	Salud total						R						
19	maria fernanda chavez	1030[illegible]048	26/Ago/1994	O+	Cra 20H A3a-06	Colorados	3227400485	Nueva eps						R						
20	Leidy Sofia Olaya	1142714626	18/Jun/2003	O+	Cru 16 #18 Nu 11	Paisajes del norte	3229176374	Famisanar						R						
21	Juan Andres Rey	1047447335	05/Oct/2007	A+	Cra 6e 32-32	Cumbre	3213434060	Salud total						R						
22	Eibar Stwarth Florez	1096539048	11/Nov/2005	A+	Cll 33 #35-04	balcones gilon	3103857842	Famisanar						R						
23	Betsy liliana Rueda	1046066503	27/Abr/2009	A+	Cru 108a # 24-78	campo madrid	3157232774	Coosalud						R						
24	Karen Sofia Ortiz	1005153616	11/ago/2003	A+	Cll 9 # 8-63	Floridablanca	3043863183	Sura						R						
								TOTAL			10			23						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El lider del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE		FO CAL VC V06 R06 021
SIG		VERSION: 06
PROCESO: CALIDAD		REVISION: 06
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS		FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: Danna Caicedo. | ASISTENTE: Marvin Sanchez | FECHA: 19-Dic-2025.

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:00 HORA SALIDA: 04:00pm

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	M A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Keidy Lorena Mora	1044734503	07/Dic/2006	A+	Cll 63 #18-16	Trinidad	3115794438	Coosalud						R						
2	Jhenys valentina Peralta	1004977010	06/Oct/2008	A+	urbanizacion via de salvacion	Cristal alto	3155756061	Coosalud						R						
3	Sharick Durana Tapias	1095307761	03/jul/2008	B+	Cra 7 #43-22	Alfonso lopez	3138047038	Famisanar						R						
4	Mariana Sarabia	1014090587	7/Nov/2007	B+	Cra 44 #30-24	Albania	3106677881	capital salud						R						
5	Zuray Yulieth Tellez	1045305799	31/jul/2007	B+	Cra 11 54N 63	El pabilon	3171177784	Famisanar						R						
6	Juan Esteban Luna	1065733588	17/Feb/2005	O+	Cll 41 # 19-68	Bolivar	3162744503	Nueva eps						R						
7	Liceth Natalia Alvarez	1065884070	29/may/2008	O+	mirador norte casa 7 55	mirador norte	3187326280	Sanitas			1			1						
8	Heidy julieth Colorado	1027966955	19/Abr/2008	O+	Cll 30 # 43c-72	verodo de oro	3213784146	Coosalud						R						
9	Lisa Alejandra Aceros	1096067864	14/jul/2008	O+	Cra 10 Sector 0 reatoral 3 casa 9	Betania	3044962176	Salud total						R						
10	Ana cecilia chaustre	1092535406	25/jul/2008	A+	Cra 5 # 61-15	Los Naranjos	3163856390	Coosalud						1						
11	Laura Milena Ramirez	1045748987	27/Mar/2004	A+	Cll 7 #12-51	San Rafael	3008815923	Salud mia			2			1						
12	Dylan Sneider Galvis	1094942173	16/Ene/2006	A+	Cll 54a # 13Bis-24	Estoraques	3151849076	Famisanar						1						
13	Daniel Alexis valencia	1096700634	15/Feb/2005	O+	Cra 15 # 14A-78	Kennedy	3127970673	Sanitas						R						
14	Laura Celis	1098014136	05/Abr/2009	O+	Tv oriental 105	Carmen	3229255728	Coosalud						R						
15	Maribel Chia	1053665428	27/Oct/1996	A+	Cll 124 # 67-08	Palmeras de la luz	3175008183	Sura						R						
16	Paola Andrea Santos	1005194353	12/Feb/2004	O+	Cll 7a # 12-22	Campo alegre	3156233837	Nueva eps						R						
17	Andrea Carolina Martinez	1098641265	14/Abr/1983	O+	Cra 26b 200a-147	Villa Yolanda	3181877710	Nueva eps						R						
18	Danna Michell Mendoza	1093044537	01/Sep/2003	B+	Asentamiento Brisas del Sol casa 55	Brisas del Sol	3225249446	Coosalud						R						
19	Jhoan Sebastian Hernandez	1098678623	25/Oct/2002	O+	Cra 17 #59-171	Trinidad	3016512228	Coosalud						R						
20	Lisbeth Durana Aguilar	1096063169	09/Oct/2003	A+	Cra 56 # 19-24	morrorico	3136091557	Salud total						R						
21	Yolanda Manosalva	37541927	01/Nov/1978	O+	Cra 13a #8-57	San antonio	3166577053	Nueva eps						R						
22	Sharith Daniela Mantilla	1095306413	18/Nov/2007	B+	Cra 25 # 19-21	Lizcano 2	3054015488	Sanitas						R						
23	Julieth Tatiana Suarez	1192715166	27/Oct/2007	B+	Cra 22 Cll 13	Paseos del Puente	3044731930	Salud total						R						
24	Duke Mariana Salazar	1023101064	03/jul/2007	O+	Cra 5a # 6-80	Santa ana	3107665068	Nueva eps						R						
								TOTAL			2			24						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE		FO CAL VC V06 R06 021
SIG		VERSION: 06
PROCESO: CALIDAD		REVISION: 06
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS		FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO:
VACUNADOR: Danna Salcedo.
ASISTENTE: Marvin Santos
FECHA: 19-Dic-2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA: 06:30 HORA SALIDA: 04:00pm.

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	PA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Leidy Patricia Realigo	1102012078	24/oct/2006	AB+	Cll 16b Casa 63 w	villamar	7177105476	Saludmia						R						
2	Reibs Santiago Puentes	1044790090	05/may/2009	O+	Km 6 Via pamplona	vereda Santa Barbara	3165794777	Sanitas						R						
3	Sonia Avila	1098648780	30/nov/1990	AB+	Cll 27 # 9-20	Lugos 1	3203322159	Sanitas			1			1						
4	Viviana Marcela Peña	1095305328	07/may/2007	O+	manzana K casa 199	San juan	3139531931	Salud total						R						
5	Lucia Marcela Pinzón	1098797737	21/Dic/1996	A+	Cra 10 # 12a-76	Kennedy	3188143550	Salud total						R						
6	Yenda Lilibed Murillo	1098716706	22/ene/1997	O+	Cll 44 # 10 occidente AB	campo hermoso	3147340683	Sanitas						R						
7	Reiner Esteban Martinez	1096203882	01/Feb/2008	O+	Cll 59 # 32w-76	Esbrayues	3011365580	Nueva eps						R						
8	Angel David Fragor	1097852768	23/ene/2007	A+	Cra 7a # 17-81	Paseo del puente	3239446378	Salud total						R						
9	George Williams Niño	1100889690	07/ene/2006	O+	Cra 8w #57-26	mutis	3249471863	Salud total						R						
10	Liliana Rincon	63355793	25/08/1978	O+	Cra 56 # 85-31 Torre A apto 913	Altos del cacique	3015417455	Sanitas			1			1						
11	Maria Angela Ramirez	41788868A	29/ene/1960	O+	Cll 27 #5-37	Lugos 3	3174118650	Nueva eps			R			1						
12	Juan Fernando Florez	1005726617	28/may/2003	O+	Cra 56 #85-31	Hacienda San Juan	3024583584	Sanitas			1			1						
13	Jose David San miguel	1045821048	28/sep/1999	O-	Cll 53 # 13a-21	El oasis	3224782443	coosalud			1			1						
14	Ana Milena Ortega	63526451	01/ene/1977	O+	Cll 97 # 22-25	la concordia	3214159634	Sura			1			1						
15	Lilian Andrea Becerra	1098682999	14/ene/1990	O+	Cll 106 #35-50	Alto viento1	3171782270	Saludmia			1			1						
16	Jose Luis Davila	1098609685	23/Feb/1998	O+	Cll 28 # 10-12	Prados de villanueva	3103336067	Sanitas			1			1						
17	Heiman Alberto silva	1101641733	10/may/1993	O+	Cll 34 # 25-43	Bolivar	3217367307	Nueva eps			1			1						
18	Angelica Patricia Dante	63540485	18/jul/1978	O+	Cll 17 # 1w50	Prados miraflores	3177551533	Saludmia			1			1						
19	Darly Largo	1005108616	06/may/2001	O+	Cll 44 occidente AB	campo hermoso	3144096302	sanitas			1			1						
20	Maylee wuilliven largo	1095302316	08/Dic/2005	O+	Cll 44 occidente AB	campo hermoso	3208379224	Sanidad militar			1			1						
21	martha cecilia murillo	7404429	04/Feb/1973	O+	Cll 44 occidente AB	campo hermoso	3133480653	Sanidad militar			1									
22																				
23																				
24																				

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

TOTAL			13			20														

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran. de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/2025	6:27	Maria Alejandra Arciniegas Vasquez	1094739327	Alejandra A.V	VA²	Dannac	
14/12/2025	6:28	Johan Andres marias Balmaceda	1092934404	Johan marias	VA² HB² TT²	Dannac	
14/12/2025	6:35	Oscar Andres Sandoval Gamdos	1005371241	Oscar Sandoval	VAR² HB³ TT²	Dannac	
14/12/2025	6:37	Mary Zulel Moreno Olave	1102548807	Nord Moreno.	VAR² HB²	Dannac	
14/12/2025	6:41	Lucero Daniris Celemin Sanchez	1095806267	Lucero Celemin.	VAR² HB²	Dannac	
14/12/2025	6:46	Ingrid Tatiana Hejia Heza	1095804501	Ingrid T Hejo.	VAR² HB³	Dannac	
14/12/2025	6:50	laura daniela Quintero C.	1014044122	laura Daniela Qui	VAR² HB²	Dannac	
14/12/2025	6:53	Margarita Villamizar	37711444	Margarita V.	VAR²	Dannac	
14/12/2025	6:55	Tania Marcela Corredor Higuera	1005151336	Tania Corredor.	VR¹ HB³	Dannac	
14/12/2025	07:00	Karen Yuliza Arias Sanchez	1098660196	Karen Arias.	VR¹ HB³	Dannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V07 R07 033**
	SIG	**VERSIÓN: 07**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 07**
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	**FECHA: 16-09-2025**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	07:03	Miguel Angel Ibañez Espinosa	1096539025		VAR 1 HB 2 TT 2	Vannac	
19-12-25	07:05	Juan Diego Sanabria Zapata	1142719617		VAR 2 HB 2 TT 2	Vannac	
19-12-25	07:88	Zhanick Daniela Argüello Galvis	1099740950	Daniela A.	VAR 2 HB 2	Vannac	
19-12-25	07:12	Laura Calixto Navarro	1098659647		VAR 1 HB 2	Vannac	
19-12-25	07:16	Julian Andres Avila R	1098620609		VAR 2 HB 2 TT 2	Vanna.	
19-12-25	07:20	Juan Diego Florez Ramirez	1102.361.534	Juan Florez	VAR 2 HB 3 TT 2	Vamac	
19-12-25	07:22	Nicol Daniela Correa M.	1096067505	Nicol C.	VAR 2 HB 2	Vannac	
19-12-25	07:25	Raul Steven Fernandez Santos	1097498877		VAR 2 HB 2 TT 2	Vannac	
19-12-25	07:25	Zaira Zulay Rincón Suarez	1095908343	Zaira Rincón	VAR 2	Vannac	
19-12-25	07:29	Jhon Jairo Mesa Sanchez	1005140577		VAR 2	Vannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	7:36	Brandon Steven Galindo Diaz	1095300553	Brandon Galindo	VNR2 HB3	Manac	
19-12-25	7:42	Gissel Aichell Herrera Velasquez	1098691443	Gissel Aichell.	VNR2 HB2	Manac	
19-12-25	1:43	Danna Brigith Luna Arias	1.100.891850	Danna	VNR2 HB2	Manac	
19-12-25	7:50	Evelyn Nikol Morales Sanchez	1014668979	Evelyn Morales.	VNR2 HB2	Manac	
19-12-25	7:52	Carlos Steven Marino Bautista	1098750570	Carlos Marino	VNR2 HB2	Manac	
19-12-25	752	ALBA ANDREA ARIZA	1.107.354669	[illegible]	VNR2	Manac	
19-12-25	7.52	Alexandra Mantilla E.	37728.043	Alexandra M G.	VNR	Manac	
19-12-25	7:58	Alexandra Sereno Barbosa	1093597385	Alexandra S.	VNR2	Manac	
19-12-25	7:59	Angie Melisa Suarez	1095299164	[illegible]	VNR HB3	Manac	
19-12-25	8:00	David Alejandro Diaz	1005372190	[illegible]	VNR	Manac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	8:07	Lina escobar	1078376026	Lina Escobar	VAR 2	Jannac	
19-12-25	8:13	Sirley Ramirez	1066307238	Sirley R	VAR 2	Jannac	
19-12-25	8:15	Natali Sabala	1007134356	Natalia	VAR 2 HB 3	Jannac	
19-12-25	8:17	Laura mendez	1099739379	Laura Mendez	VAR 1	Jannac	
19-12-25	8:28	Yenifer Burgos	1008345076	Yenifer Burgos	VAR 2	Jannac	
19-12-25	8:46	Camila lópez Cano	1234339960	Camila López	VAR 2 HB 3	Jannac	
19-12-25	8:49	Laura Martina Cando	63516668	[illegible]	VAR 1 HB 1	Jannac	
19-12-25	08:53	Karol Mariana Pinton	1097498766	Mariana	1 HB 3	Jannac	
19-12-25	08:55	Ximena Bedoya Muñoz	1095923798	[illegible]	VAR 1 HB 1	Jannac	
19-12-25	9:01	Maria fernanda Ramirez	1099737299	Mafe Ramirez	VAR R	Jannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/25	9:03	Deilix Daniela Garcia Diaz	1102362777	Daniela .D	VNR	Dannac	
14/12/25	9:04	Jeferson Estiven Lizarazo Pinto	1095303694	Jeferson Lizarazo	VNR	Dannac	
14/12/25	9:06	Liceth Yuram Pardo Rojas	1097911529		VNR	Dannac	
14/12/25	9:09	Jonny Paola duran Cruz	1099564450	Paola duran	VNR	Dannac	
14/12/25	9:10	Jose Antonio Gomez tirana	1193039470	Jose Gomez	VNR	Dannac	
14/12/25	9:12	María Alejandra Agudelo ulca	1005150815	Alejandra A.	VNR	Dannac	
14/12/25	9:13	Paola Andrea Angarita G	1098767772	Andreag	VNR	Dannac	
14/12/25	9:15	Ana Esther Rodriguez de la rosa	37607021		VNR	Dannac	
14/12/25	9:15	Karen Daniela Hernandez Q	1097095656	Karen	VNR	Dannac	
14/12/25	9:20	Lizeth Nicoll Camargo	1095793490	LNCR	VNR	Dannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [x] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	9:22	David santiago Fernandez	1095913692	Davids	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:24	Yenifer Vanesa landinez	1091364480	YenFerlandinez	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:25	Dairis yorlani Escalona	1099742297	Dairis Anaya	VNR[2] HB[3]	Annac	
19-12-25	9:26	Claudia P. Cardenas F	60366092	[illegible]	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:27	Alida E. Perez Fiayo	1092254027	Alida Perez.	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:28	Sharo Nicolle Guzman Abaunza	1095786879	Sharo Guzman	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:28	Andrea valentina Jimenez	1090136623	valentina Jimenez	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:31	Astrid Vanessa Arevalo	1094788797	[illegible]	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:32	Michelle zareth Alvarez	1094738508	Michelle A.	VNR[2]	Annac	
19-12-25	9:37	Maria Jose Ferreira	1094700242	Maria F	VNR[2]	Annac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran: de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	9:38	Sharif Esparza	1095804109	Sharif Esparza	VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:39	Belsi Alexandra Sanabria	1102357706	Belsi Sanabria	VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:40	Eddy Rodriguez Ginaro	1098635847		VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:42	Dennis Paolina Castillo Luna	1098685162		VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:43	Jhoyber Pardo Vanega	1005341573	Jhoyber Pardo	VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:44	Roxana Gabriela Sanchez	1102396064	Roxana Sanchez	VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:57	Yeime Paola Rojas Jaime	1094323616	Yeime Paola Rojas	VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9:49	Maria Adela Avila	63547981		VNR[2]	Jamac	
19-12-25	9.51	Wendy Saray Torres	1098641160	Saray Torres	VNR[2] HB[3]	Jamac	
19-12-25	9:52	Maryury Sierra Lievano	1099738078	Maryury Sierra	VNR[2]	Jamac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	9:55	Jonathan Vega Jaimes	1095825753	Jonathan Vega Jaimes	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	9:58	Andres Felipe Tabares Acosta	1095820187	Andres Felipe Tabares	VAR² HB²	Manac	
19-12-25	9:58	Kimberlin Ramirez Ascanio	1098830697	Kimberlin Ramirez	VAR¹ HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Maria Smith Rincon S.	63539684	Maria Smith	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Alejandra Carolina Ospino	1065133549	Ospino C.	VAR² HB²	Manac	
19-12-25	10:00	Yail. Lein Rud	63497358	Yail. L. Lu	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Maria Alejandra Ulloa Bautista	1064603364	Maria Ulloa	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Laura Daniela Blanco Díaz	1063677794	[illegible]	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Ysuana Abigail Azuaje	4832204	[illegible]	VAR² HB³	Manac	
19-12-25	10:00	Nancy Vergel Duran	49608765	Nancy Vergel	VAR² HB³	Manac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☒ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19/12/25	10:13	Liz Angela Quesada A.	1005155762	Angela Quesada.	VAR1 HB3	Jannac	
19/12/25	10:14	Lizbeth Prada Hernandez	1095580655	[illegible].	VAR2 HB3	Jannac	
19/12/25	10:16	Paola Estefania Gonzalez	1097495542	Paola Gonzalez	VAR2 HB3	Jannac	
19/12/25	10:23	Angie Mercedes Suarez N.	1096007454	[illegible].	VAR2 HB2	Jannac	
19/12/25	10:30	Darly yeraldin merchan	1102352439	Darly.	VAR2 HB2	Jannac	
19/12/25	10:30	Slendy Katerine Duarte S.	1102360863	Slendy.	VAR1 HB2	Jannac	
19/12/25	10:30	Yeimi Yuliana Mendez V	1098649092	[illegible]	VAR2 HB2	Jannac	
19/12/25	10:34	Fernando Nerra	1098655558	[illegible]	VAR1 HB2	Jannac	
19/12/25	10:44	Jeimy Reyes	1104130S	[illegible].	VAR1 HB1	Jannac	
19/12/25	10:58	Sola Molina Torres	1098631504	[illegible]	VAR1 HB1	Jannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/25	10:59	Gunert Santiago Ortiz Melo	1146534488	Santiago Ortiz	VNR1 HB1	Dannac	
14/12/25	11:05	Emely Regalado Otero	1026429	Emely	VNR2 HB3	Dannac	
14/12/25	11:06	Angélica Shanyn Rodriguez	1098699899	Angélica Shanyn Rodriguez	VNR1 HB1	Dannac	
14/12/25	11:14	Valery Juliana Gómez B	1091972703	Juliana Gómez	VNR1 HB1	Dannac	
14/12/25	11:17	Andrea Katherin Acevedo C.	1099935888		VNR	Dannac	
14/12/25	11:18	Sergio Andres Rodriguez	1093327620	Sergio	VNR	Dannac	
14/12/25	11:19	Tannya sharit Niño Guerrero	1007912424		VNR	Dannac	
14/12/25	11:20	Omar Solano Niño	91179586		VNR2 HB3	Dannac	
14/12/25	11:23	Jesus Armando Lopez Ramirez	1007936615		VNR	Dannac	
14/12/25	11:27	Maria Valentina Anaya Guarin	1095304702	Valentina	VNR	Dannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntario, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/25	11:35	Yaraly Aguirre Carpo	1138141009		HB¹	Jannac	
14/12/25	11:35	Mery Joya Correa	1005331004	Mery Joya C.	VAR¹ HB²	Jannac	
14/12/25	11:45	Valentina Gomez	1097099494	Valentina G.	VAR¹ HB¹	Jannac	
14/12/25	11:46	Sofia Cortes Camacho	1142715993	Sofia CC.	VAR¹ HB¹	Jannac	
14/12/25	11:57	Angela Maria Garcia	1075227505		VAR² HB²	Jannac	
14/12/25	11:59	Alis del carmen Castillo	38682648	Alis castro	VAR¹ HB¹	Jannac	
14/12/25	1:28	Silvia Alejandra Barrios	1095582092		VAR	Jannac	
14/12/25	1:20	Nicoll Saray Bautista D.	1100891738		VAR	Jannac	
14/12/25	1:26	Elisabet Barrera Gamboa	1098070607	Elisabet Barrera	VAR	Jannac	
14/12/25	1:27	Sandra Hernandez Niño	1095829791	Sandra Hernandez.	VAR¹ HB¹	Jannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [x] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/25	01:27	Heidy Yuneidi se Hernandez	1098749018	Heidy Hernandez	VAR1 HB1.	Jannac	
14/12/25	01:33	Caterin Julyet Lopez Arias	1102558116	Caterin L.	VAR1 HB1.	Jannac	
14/12/25	01:33	Paula Valentina Garcia Cala	1097098782		VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Ana Catalina Cabeza Arias	1097100475	Ana Catalina A	VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Maria F Chavez Sanchez	1130084098		VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Leidy J. Olaya Gonzalez	1142714626		VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Juan Andres Ruiz León	1097497335		VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Edgar Stiwarth Florez	1096539048	Edgar Florez	VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Bebsy Liliana Prado Franco	1096066503	Liliana R.	VAR R	Jannac	
14/12/25	01:33	Karen Sofia Ortiz P	1005153616	Karen SOftz P.	VAR R	Jannac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☒ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	1:30Pm	Keidy Lorena Mora Villamizar	1099739503	Keidy Mora	VAR[k]	Annac	
19-12-25	1:32Pm	Jherys Valentina Pesoloza	1004812010	Jherys V'p	VAR[k]	Annac	
19-12-25	1:35Pm	Gharrer Dayana Tapias Gomez	1095307761		VAR[k]	Annac	
19-12-25	1:36Pm	Mariana Valentina Sanabria Pena	1019040587	Mariana S	VAR[2]	Annac	
19-12-25	1:40Pm	Zaray Yolieth Tellez Pereira	1095305749	Zaray Tellez	VAR[k]	Annac	
19-12-25	1:42Pm	Juan Esteban Luna Benavides	1065237528		VAR[k]	Annac	
19-12-25	1:44Pm	Liceth Natalia Alvarez P.	1065584010	Natalia.	VAR[1] · HB[1]	Annac	
19-12-25	1:45Pm	Heidy Juleth Colorado Jaramillo	1077466955	Heidy C.	VARR	Annac	
19-12-25	1:47 Pm	Lisa Alejandra Aceros Lizarazo	1096067864		VARR	Annac	
19-12-25	1:50Pm	Ana Cecilia Chaustre Gómez	1092535406		VAR[1]	Annac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	1:55pm	Laura Milena Ramirez Quintero	1093293987		VHA1 HB2	Manac	
19-12-25	1:55pm	Dylan Sneider Galvis Galvis	1004192423		VHA1D	Manac	
19-12-25	1:58pm	Daniel Alexis Valencia Garcia	1096100679	Daniel V	VHAR	Manac	
19-12-25	2:00pm	Laura Milena Celis Rodriguez	1098614136		VHAR	Manac	
19-12-25	2:05pm	Maribel chia chia	1053665428	Maribel chia	VHAR	Manac	
19-12-25	2:10pm	Paola Andrea Santos	1005149353	Paola Santos	VHAR	Manac	
19-12-25	2:15pm	Andrea Carolina Martinez	1098641265	Andrea M	VHAR	Manac	
19-12-25	2:15pm	Danna Michell Mendoza S.	1097099532	Danna Mendoza	VHAR	Manac	
19-12-25	2:20pm	Yhoan Sebastian Hernandez Carreño	1098678623		VHAR	Manac	
19-12-25	2:25pm	Lisbeht Dayanna Aguirre	1096063169		VHAR	Manac	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	2:30pm	Yolanda Manosalva G	37341927	Yolanda Manosalva	VNR R	Annac	
19-12-25	2:30pm	Sharith Daniela Mantilla V	1095306413	Daniela	VNR R	Annac	
19-12-25	2:32pm	Julieth Tatiana Suárez	1142715166	Julieth	VAR R	Annac	
19-12-25	2:33pm	Dulce Mariana Salazar Ortiz	1033101061	Dulce	VAR R	Annac	
19-12-25	2:33pm	Leidy Patricia Reatiga M.	1102072078	Leidy Reatiga	VNR R	Annac	
19-12-25		Deibi Santiago Pertes Cristancho	1099740090		VNR R	Annac	
19-12-25	2:24	Sara STEPHANIA Anti Salazar	1098698880		VNR L HB L	Annac	
19-12-25	2:29	Viviana Marcela Pena V.	1095305338		VNR R	Annac	
19-12-25	2:30	Laura Marcela Pinzon Arroyo	1098797737	Laura Pinzon	VNR R	Annac	
19-12-25	2:31	Leidy Liliad Mono Barca	1098716706	Liliad M.	VNR R	Annac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [ ]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
19-12-25	2:30	Sheyla Guevara Luna	1092733698		NO se vacuna.		
19-12-25	2:30	Angel David Aragon	1042852768		VAR.	Jhonnac	
19-12-25	2:31	Keiner Esteban Ramirez	1096203882		VAR.	Jhonnac	
19-12-25	2:35	George williams niño celis	1100889690		VAR.	Jhonnac	
19-12-25	2:36	Liliana Rincón Forero	63355783		VAR1 HB1	Jhonnac	
19-12-25	2:40	Maria Angela Ramirez Cruz	41784864		VAR1 HB1	Jhonnac	
19-12-25	2:45	Juan Fernando Flores Rincon	1.005200.619		VAR1 HB1	Jhonnac	
19-12-25	2:50	Jose David Sanmiguel G	1095821018		VAR1 HB1	Jhonnac	
19-12-25	2:50	Ana Milena Ortega Florez	63526451		VAR1 HB1	Jhonnac	
19-12-2025	02:50	LILIAN ANDREA BECERRA TORRES	1098682979		VAR1 HB1	Jhonnac	

Scanned with CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☒ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
14/12/25	03:16	Jose Luis Dávila M.	1098609085		VAR1 HB1.		
19/12/25	03:24	Heiman Alberto Silva Rojas	1101697733		VAR1 HB1		
19/12/25	04:01	Angélica Patricia Duarte Guerra	65.540.985		VAR1 HB1		
19/12/25	04:02	Daily Marlin Largo M	1005108616		VAR1 HB1		
19/12/25	04:03	Maylee Wellyen Largo Murillo	1095302346		VAR1 HB1		
19/12/25	04:05	Martha Murillo Bonal	24049299		HB1		

Scanned with CamScanner

Descont by urbaser

Acta No: 19996935

CERTIFICADO DE RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS

DESCONT S.A.S. E.S.P., con NIT 804002433-1, certifica que IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, con número de identificación 900394707-3 ubicado(a) en, CALLE 55 # 31-95, municipio de BUCARAMANGA entregó para tratamiento y disposición final los residuos peligrosos, el día 20 de diciembre de 2025 que se detallan a continuación, según los manifiestos: 5205160.

Id Cliente: 49594

Clasificación	Tipo Residuo	Kilogramos	Tratamiento - Empresa
Y1.2	BIOSANITARIOS	**3,9**	Autoclavado - ECOCAPITAL
Y1.3	CORTOPUNZANTES	**2.5**	Incineración - SAE SA ESP

Total de Kilogramos: 6,4

El proceso de tratamiento es el siguiente:

Autoclavado:
Los residuos peligrosos fueron almacenados, tratados mediante esterilización de alta eficiencia y dispuestos dentro del alcance de la licencia ambiental otorgada por la Secretaría Distrital de Ambiente mediante resolución 2517 de 03 de octubre de 2005. Los residuos resultantes del proceso de desactivación son enviados a Frente Común del Relleno Sanitario Doña Juana.

Incineración:
Se realizó proceso de destrucción molecular térmica en equipo incinerador de alta eficiencia, con temperaturas superiores a los 850 ºC en la cámara de combustión y entre 1200 y 1250 ºC en la cámara de post combustión, con sistema integral para el lavado de gases y depuración de partículas y sistema en línea de monitoreo de emisiones. Tratamiento aprobado en nuestras licencias ambientales, mediante resolución 577 de agosto de 1998 y 0223 de marzo 10 de 2015, emitidas por el Departamento Técnico Administrativo Distrital de Medio Ambiente DAMA Barranquilla DAMAB hoy EPABAQ Barranquilla Verde Establecimiento Público Ambiental.

Los residuos fueron transportados por DESCONT S.A.S. E.S.P. hasta las instalaciones de las plantas de tratamiento mencionadas en este documento.

Se expide a solicitud del interesado el 20 de diciembre de 2025.



OLGA JANETH LOPEZ AGUDELO
Representante Legal

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Centro Especializado en Vacunación Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO RH1 DIGITAL	FO CAL VC V02 R02 015
	SIG	VERSIÓN:02
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN 02
	ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA 30-03-2024

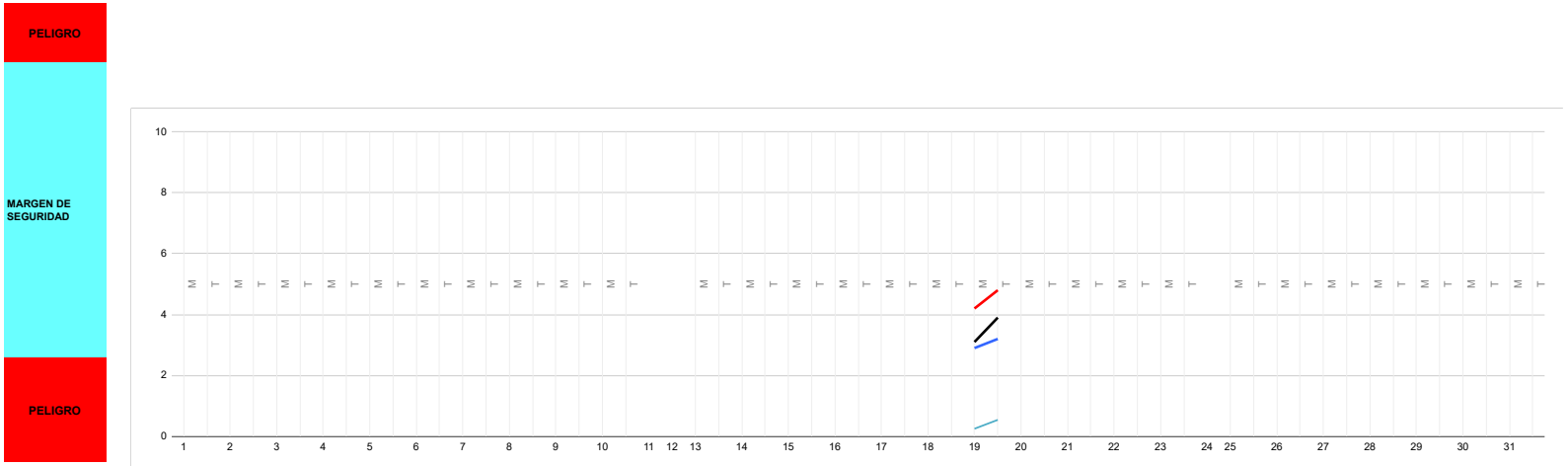
MES DICIEMBRE	CANTIDAD DE RESIDUOS NO PELIGROSOS GENERADOS (kg/DIA)		CANTIDAD DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS (kg/DIA)								PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS NO PELIGROSOS (KG)	PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS PELIGROSOS (KG)	PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS GENERADOS (KG)
			RESIDUOS INFECCIOSOS		RESIDUOS QUÍMICOS	RESIDUSO ADMINISTRATIVOS							
	RELLENO SANITARIO	RECICLAJE	DESACTIVACION DE ALTA EFICIENCIA (Desactivación mediante autoclave de calor húmedo o de calor seco)	INCINERACION		POSCOSUMO							
	RESIDUOS NO APROVECHABLES	RESIDUOS APROVECHABLES	Biosanitarios (kg)	Cortopunzante(kg)	FÁRMACOS (kg)	TONERS Y CARTUCHOS (kg)	BALASTOS (kg)	BATERIAS (kg)	LUMINARIAS (kg)	RAEES (kg)			
19	0,21	0,41	0,680	0,220	1,24						0,62	2,14	2,76

Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Programa Ampliado de Inmunizaciones

REGISTRO DE TEMPERATURA

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS	SANTANDER	BUCARAMANGA	1	DIGITAL	DIEMBRE	2025
Nombre de la IPS - ESE	**Departamento**	**Municipio**	**Equipo No.**	**Tipo de termómetro**	**Mes**	**Año**



DIAS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
TEMPERATURA °C	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T					M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T																								
MAXIMA																																					4,2	4,8																								
MOMENTO																																					3,1	3,9																								
MINIMA																																					2,9	3,2																								
TEMPERATURA AMBIENTE °C																																					23	23																								
HORA DE LECTURA																																					6:00	13:00																								
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA																																					DANNA CACIEDO	DANNA CACIEDO																								

OBSERVACIONES: _____

FIRMA QUIEN SUPERVISA:

SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5

NOTA: SE GRAFICA LA TEMPERATURA MAXIMA EN COLOR ROJO, LA MINIMA EN AZUL Y LA ACTUAL EN NEGRO

REGISTRO FOTOGRAFICO



Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900394707-3



Sede Principal Carrera 16 No 26A-08 Sur Barrio Olaya - Bogotá D.C Cel. 310-674-82-24
Sede Meta Calle 34ª No 35-63 Barrio Barzal – Villavicencio Cel. 3162565197
Sede Tolima Carrera 5 # 38-14 Barrio Magisterio Edificio Centro de Profesionales Coomeva Consultorio 202 – Ibagué Cel. 316-892-38-19
Sede Santander Calle 55 # 31-95 Antiguo Campestre consultorio 101 – Bucaramanga Cel. 3107204820
Sede Cauca Carrera 10 # 15-59 oficina 209 Edificio Ikonos – Popayán Cel. 312-444-70-95
E-mail vacunarcolombiavillavicencio@gmail.com


VACUNACION




Acerca




Acercar


VACUNACION
VACUNACION

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.

SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD.

SUBDIRECTOR INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, en su sede de prestador IPS VACUNAR COLOMBIA SAS del Distrito: BOGOTÁ, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	**1100121804 - IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**				
NI:Nit / CC:Cédula	**NI:900394707-3**	**Nombre o razón social:**	**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**		
Fecha de inscripción:	**2011/01/04**	**Fecha de vencimiento:**	**2026/08/31**	**Clase de prestador:**	**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS**
Clase de persona:	**JURIDICO**	**Naturaleza Jurídica:**	**PRIVADA**	**Nivel de Atención del Prestador:**	
Empresa Social del Estado:				**Carácter Territorial de la Entidad:**	
Representante Legal:	**EDGAR PINEDA ORTIZ**			**Dirección administrativa:**	**CRA 18C NO 26 A - 08 SUR**
Telefono:	**4082180**	**Fax:**		**Email:**	**vacunarcolombia2014@gmail.com**
Municipio:		**Distrito:BOGOTÁ**		**Departamento:**	**Distrito:BOGOTÁ**

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	02043445	20101111	CAMARA DE COMERCIO	BOGOTÁ

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	**110012180401 - IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**				
Dirección:	**CRA 18C NO 26 A- 08 SUR**			**Barrio:**	**OLAYA**
Centro Poblado:				**Tipo de Zona:**	**URBANA**
Telefono:	**8041005 - 3106748224**	**Fax:**		**Email:**	**vacunarcolombia2014@gmail.com**

Gerente:	**EDGAR PINEDA ORTIZ**	**Fecha de Apertura:**	**2011/01/04**
Municipio:	**Distrito:BOGOTÁ**	**Departamento:**	**Distrito:BOGOTÁ**

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	**110012180401 - IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**				
Dirección:	**CRA 18C NO 26 A- 08 SUR**			**Barrio:**	**OLAYA**
Centro Poblado:				**Tipo de Zona:**	**URBANA**
Telefono:	**8041005 - 3106748224**	**Fax:**		**Email:**	**vacunarcolombia2014@gmail.com**
Gerente:	**EDGAR PINEDA ORTIZ**		**Fecha de Apertura:**	**2011/01/04**	
Municipio:	**Distrito:BOGOTÁ**		**Departamento:**	**Distrito:BOGOTÁ**	

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede:	**110012180401 - IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**				
Dirección:	**CRA 18C NO 26 A- 08 SUR**			**Barrio:**	**OLAYA**
Centro Poblado:				**Tipo de Zona:**	**URBANA**
Telefono:	**8041005 - 3106748224**	**Fax:**		**Email:**	**vacunarcolombia2014@gmail.com**
Gerente:	**EDGAR PINEDA ORTIZ**		**Fecha de Apertura:**	**2011/01/04**	
Municipio:	**Distrito:BOGOTÁ**		**Departamento:**	**Distrito:BOGOTÁ**	

*** * * NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. * * ***

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural	**M-EXT:Modalidad Extraamural**	**M-UM :Modalidad Unidad Móvil**	**M-DOM:Modalidad Domiciliario**	**M-JS :Modalidad Jornada de Salud**	**M-TEL:Modalidad Telemedicina**
M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	**M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva**	**M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva**	**M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia**	**M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo**	**M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina**
M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia	**M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo**	**COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD**			

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20110104	DHSS0246086

SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

CONVENCIONES:

ONC:Atención paciente oncológico	**M-AMB:Modalidad Ambultoria**	**M-HOP:Modalidad Hospitalaria**	**M-UMO:Modalidad Unidad Móvil**
M-DOM:Modalidad Domiciliaria	**M-OEX:Modalidad Otras Extramural**	**M-CRE:Modalidad Centro de Referencia**	**M-IRE:Modalidad Institución Remisora**
C-BAJ:Complejidad Baja	**C-MED:Complejidad Media**	**C-ALT:Complejidad Alta**	

No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resoluciòn 1410 de 2022.

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A14:00	00:00A00:00

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	1
UNIDAD MOVIL	UNIDAD MÓVIL	1

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	TARJETA DE PROPIEDAD	FECHA DE APERTURA (AAAAMMDD)
UNIDAD MOVIL	UNIDAD MÓVIL	LCN797	TERRESTRE	2023	10025782499	20250523

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.

***** NOTA: *** Señor ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD y PRESTADOR DE SERVCIOS DE SALUD, se ha generado la informaciòn para la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD-REPS para la sede del prestador y se han encontrado las siguientes OBSERVACIONES:**

NÚMERO DE OBSERVACIONES ENCONTRADAS: *** 1 ***.	
OBSERVACIONES	**ORIENTACIONES**
LA INFORMACIÓN QUE SE REGISTRA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS. FALTA INFORMACIÓN EN LA VARIABLE: CENTRO POBLADO SEDE DEL PRESTADOR PRESENTA INFORMACIÓN INCOMPLETA.	VALIDAR LA ETS CON EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN DE CENTRO POBLADO DE SU PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE LA SEDE.

Dada el día martes 05 de agosto de 2025 (9:48 a.m.).



MARIANA BARROS CADENA.

SUBDIRECTOR INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 11000CON

Impreso por el usuario del ente territorial: 11000CON

Versión 3.0. **Fecha de impresión: martes 05 de agosto de 2025 (9:48 a.m.).**

PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL

FORMATO CERTIFICADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Generalidades:

1. Este formato tiene como objetivo certificar por parte de los oferentes interesados en el proceso contractual, la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Este formato está asociado al GCCON-M-001 Manual de Contratación Administrativa y al GCCON-AN-001 Anexo de Verificación Criterios de Contratación.
3. Este formato es diligenciado por el oferente interesado en el proceso contractual cuando aplique conforme a los estudios previos, invitación pública o pliegos de condiciones. La solicitud de este debe ser coherente con el uso del formato GCCON-AN-001 Anexo de Verificación Criterios de Contratación y el objeto contractual.
4. Su diligenciamiento se realiza previo a la radicación de ofertas.
5. Este formato no requiere ser impreso, sin embargo, debe ser cargado en las plataformas transaccionales de Colombia Compra Eficiente por parte del oferente al interior de su oferta.
6. Este formato NO aplica para los procesos contractuales desarrollados por la Tienda Virtual del Estado Colombiano.
7. El contenido que se encuentra en color diferente a negro, entre paréntesis o con el signo "/" son orientaciones para el diligenciamiento del formato.

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL

CERTIFICADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

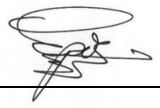
14 de agosto de 2025
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Bogotá, D.C.

Ref.: Proceso No. **MC-CMC-CDA-009-2025**

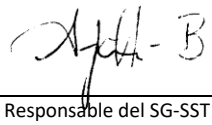
Edgar pineda ortiz, actuando en calidad de representante legal, de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, certifico que se encuentra implementado el SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -SG-SST según los estándares mínimos señalados la normatividad vigente al respecto y contamos con el personal idóneo para su implementación, mantenimiento y divulgación correspondiente.

De igual manera, respecto de nuestro personal, daremos cumplimiento en su totalidad a los requisitos legales en Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1072 de 2015 y las normas que lo adicionen o modifiquen, con el fin de garantizar la mitigación y control de los aspectos e impactos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, que puedan generarse en el desarrollo de las actividades contractuales y posteriores a estas.

Para efectos de lo anterior, en constancia firman:



Firma Representante Legal del Proponente o del Proponente Persona Natural
Nombre: EDGAR PINEDA ORTIZ
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL
Documento de Identidad: 79312385
Correo Electrónico: vacunarcolombiavillavicencio@gmail.com



Firma del Responsable del SG-SST (Cuando aplique)

Nombre: Adriana infante moyano
Cargo:Líder de Enfermería, SG-SST y Educación
Documento de Identidad: 52.293.347
Correo Electrónico: sgsstvacunar@gmail.com

8.

9. Control de cambios

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO
3	27/10/2023	Se realizó ajustes en las generalidades, accesibilidad, color de imagen institucional

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad ECCI

Resolución No. 10230 del 10 de Agosto de 2004 del M.E.N.

Confiere a

Adriana Infante Moyano

C.C. 52.203.347 de Bogotá D.C.

El título de

Especialista en:

Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 20 días del mes de Junio de 2018.

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Director de Posgrados

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 12298 de 18/10/2018

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) ADRIANA INFANTE MOYANO, identificado(a) con CC 52293347 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ADRIANA INFANTE MOYANO, identificado(a) con CC 52293347 de BOGOTA D.C, como ENFERMERA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- ENFERMERIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- EDUCACION Y CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a ADRIANA INFANTE MOYANO informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 18/10/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: JIVARGAS
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Rosmira Mosquera Padilla

Bogotá,D.C. 2-7-19
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Adriana Infante
C.C#. 52793347
Teléfono: 3214588498
Correo: adiante76@out look.com
Firma:

Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024

Empresa: IPS VACUNAR COLOMBIA SAS	**Identificación de la empresa:** 900394707
Contrato ARL: 094799278	**Municipio donde se prestó el servicio:** BOGOTA (D.C.)
Sede: Toda La Empresa	**Fecha de Elaboración:** 29/11/2024
Fecha de prestación del servicio: 29/11/2024	**Persona que modificó:** EDGAR PINEDA ORTIZ
Fecha de última modificación: 29/11/2024	**Estado del Informe:** Terminado

Asesorado por

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre	Prestador
Cédula	1022410565	ASTRID CAROLINA LOPEZ AMEZQUITA	CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS I - OF BOGOTA - OFICINA BOGOTA

Tareas

Tarea	Programa	Clasificación
ABORDAJE DEL SG SST	SISTEMA DE GESTION EN SST	ASESORÍA

Asistentes

Nombre	Cargo
ADRIANA INFANTE MOYANO	LIDER DEL SIG

Introducción

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador, según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos que ingreses obedecen única y exclusivamente a tu criterio como Compañía. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni somos responsables por los resultados que de ella se generen. Una vez la completes, te entregaremos algunas recomendaciones para cumplir y/o mejorar el nivel evaluado.

ARL SURA informa que la empresa referenciada en el encabezado del presente documento, en cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, la empresa aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019, cuyo resultado está plasmado en este informe.

Objetivos

Evaluar la efectividad y cumplimiento de las políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con la seguridad y salud laboral, identificando áreas de mejora y proporcionando recomendaciones para fortalecer el sistema y garantizar un entorno laboral seguro y saludable.

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Marco Conceptual

* Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:
Planificar: Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
Hacer: Implementación de las medidas planificadas.
Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
Actuar: Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores.
* COPASST: El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo es un organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo dentro de la empresa
* IPVER: Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos
* SGSST - Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo
* Peligro: Fuente o situación con potencialidad de producir daño en relación de lesión o enfermedad, daño a la propiedad, al ambiente de trabajo o una combinación de estos
* PHVA - Planear - Hacer - Verificar - Actuar
* Riesgo: Combinación de la probabilidad y la consecuencia de que ocurra un evento peligroso específico

Marco Legal

Ley 9 de 1979: Por la cual se dictan Medidas Sanitarias

Resolución 2013 de 1986: Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en los lugares de trabajo.

Resolución 1401 de 2007: Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

Ley 1562 de 2012: por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

Resolución 652 de 2012: Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1356 de 2012: Por la cual se modifica parcialmente Resolución 652 de 2012

Decreto 1072 de 2015: Decreto Único Reglamentario del sector trabajo.

Resolución 0312 de 2019: Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.

Metodología

Conversación con la empresa para realizar el diagnóstico del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en donde se evalúa la efectividad y cumplimiento de las políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con la seguridad y salud laboral en una organización. A continuación, se presenta el enfoque paso a paso de esta metodología:

1. Recopilación de información: Se recopila toda la documentación relacionada con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, como manuales, políticas, procedimientos, registros de incidentes y accidentes, entre otros.

2. Análisis: Se realiza un análisis de la información recopilada para identificar posibles oportunidades de mejoras en el sistema de gestión.

4. Evaluación documental: Se revisarán minuciosamente los documentos del sistema de gestión para verificar su cumplimiento con los requisitos legales y normativos aplicables.

6. Identificación de hallazgos: Se identificarán los hallazgos relevantes que indiquen áreas donde se requiere mejorar o fortalecer el sistema de gestión.

7. Elaboración del informe: Se redactará un informe detallado que incluya los hallazgos encontrados, recomendaciones específicas y un plan de acción para abordar las áreas de mejora identificadas.

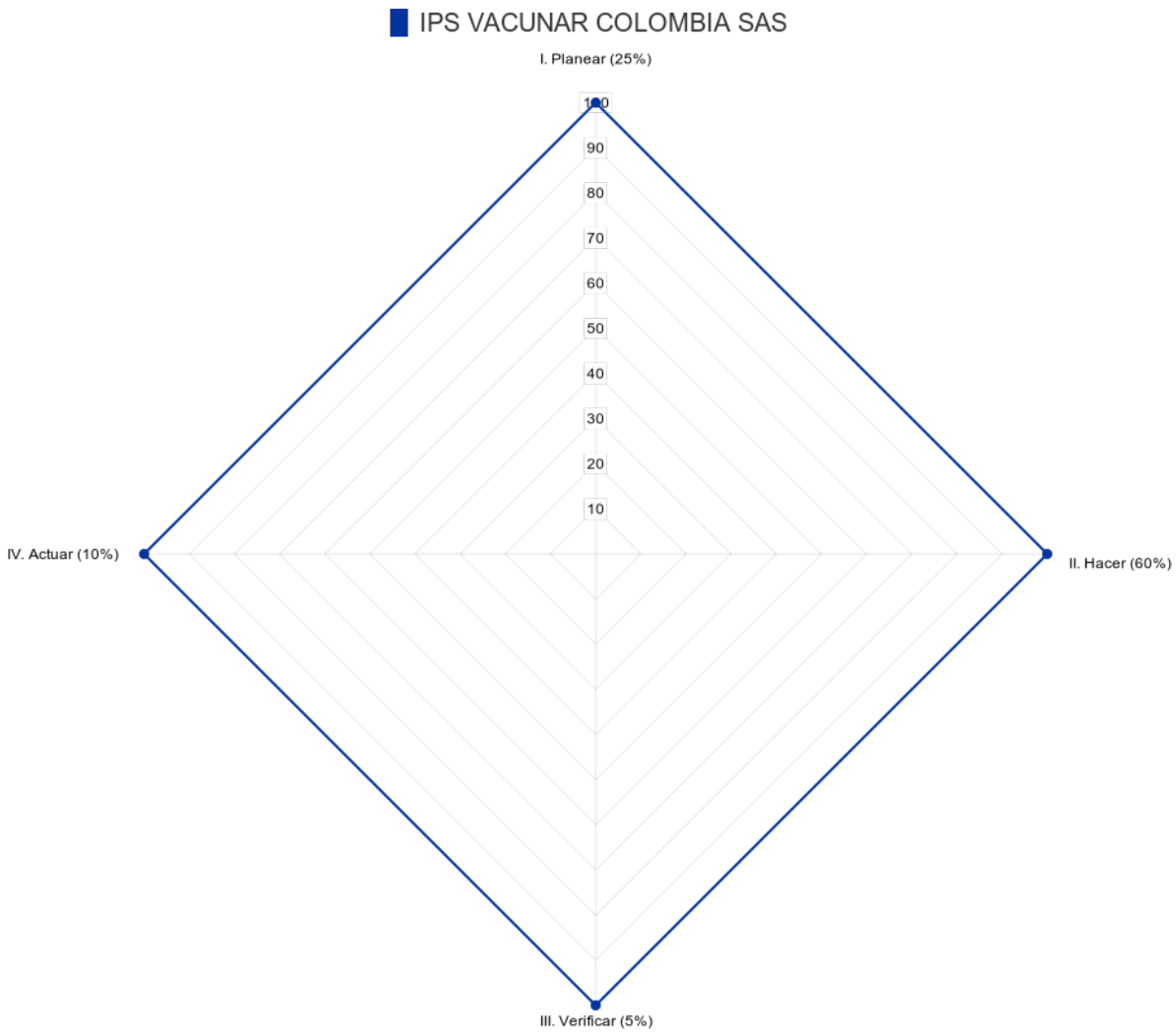
8. Presentación y seguimiento: Se presentará el informe a la alta dirección y se realizará un seguimiento para asegurar que las recomendaciones se implementen correctamente y se realicen las mejoras necesarias.

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024

Resumen de Resultados



29/11/2024 IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	100	25	25
II. Hacer (60%)	100	60	60
III. Verificar (5%)	100	5	5
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**100.0**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 100.0 su resultado es ACEPTABLE.

© 2024. SURA. Todos los derechos

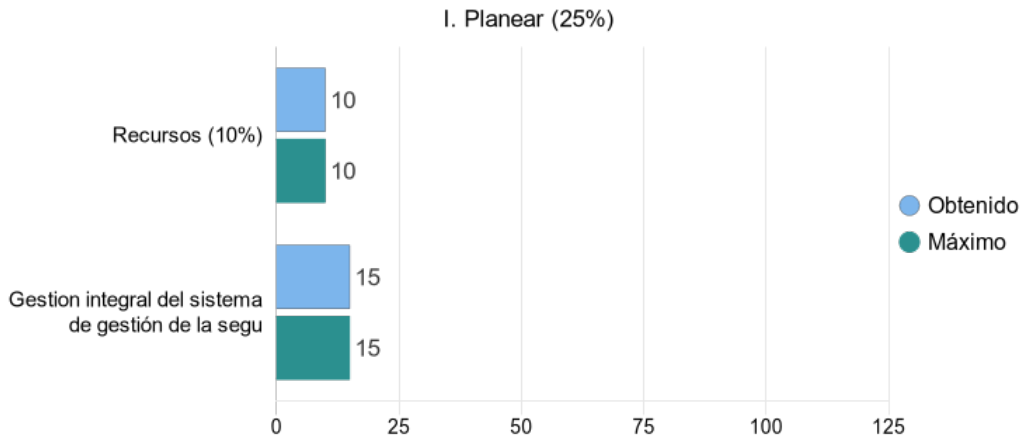
El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

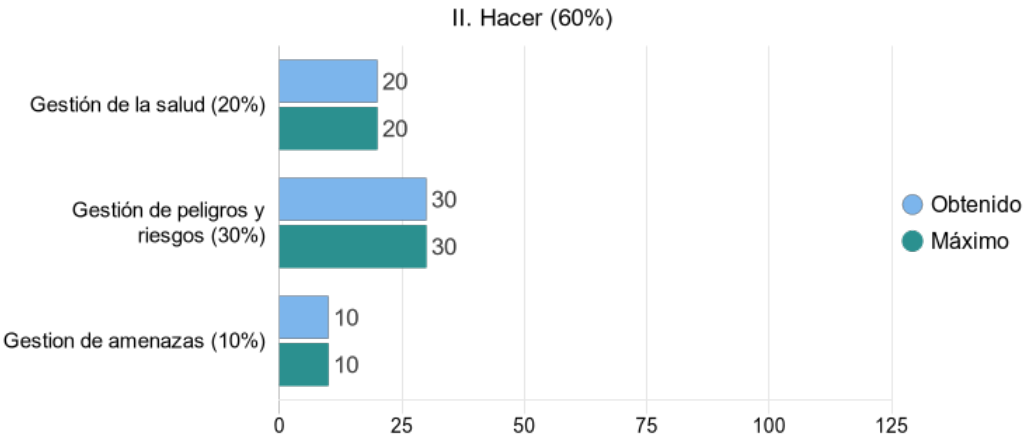
Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024

Detalle gráfico

A continuación podrá encontrar el detalle gráfico de cada uno de los aspectos evaluados y podrá comparar el resultado obtenido respecto al referente máximo a obtener

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

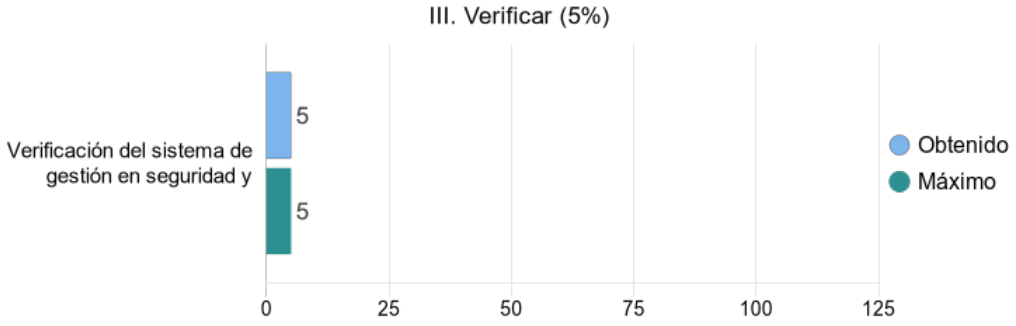


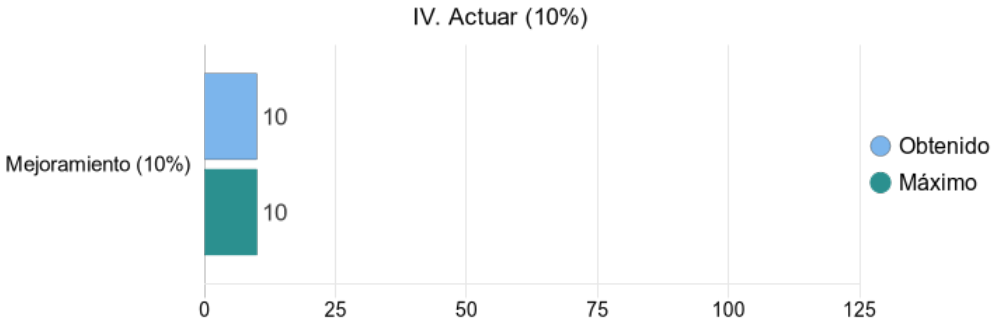


© 2024. SURA. Todos los derechos

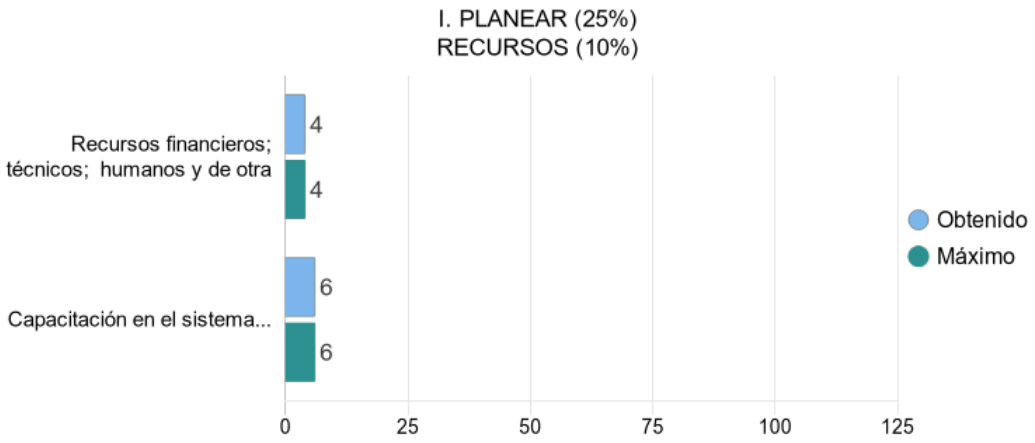
El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024



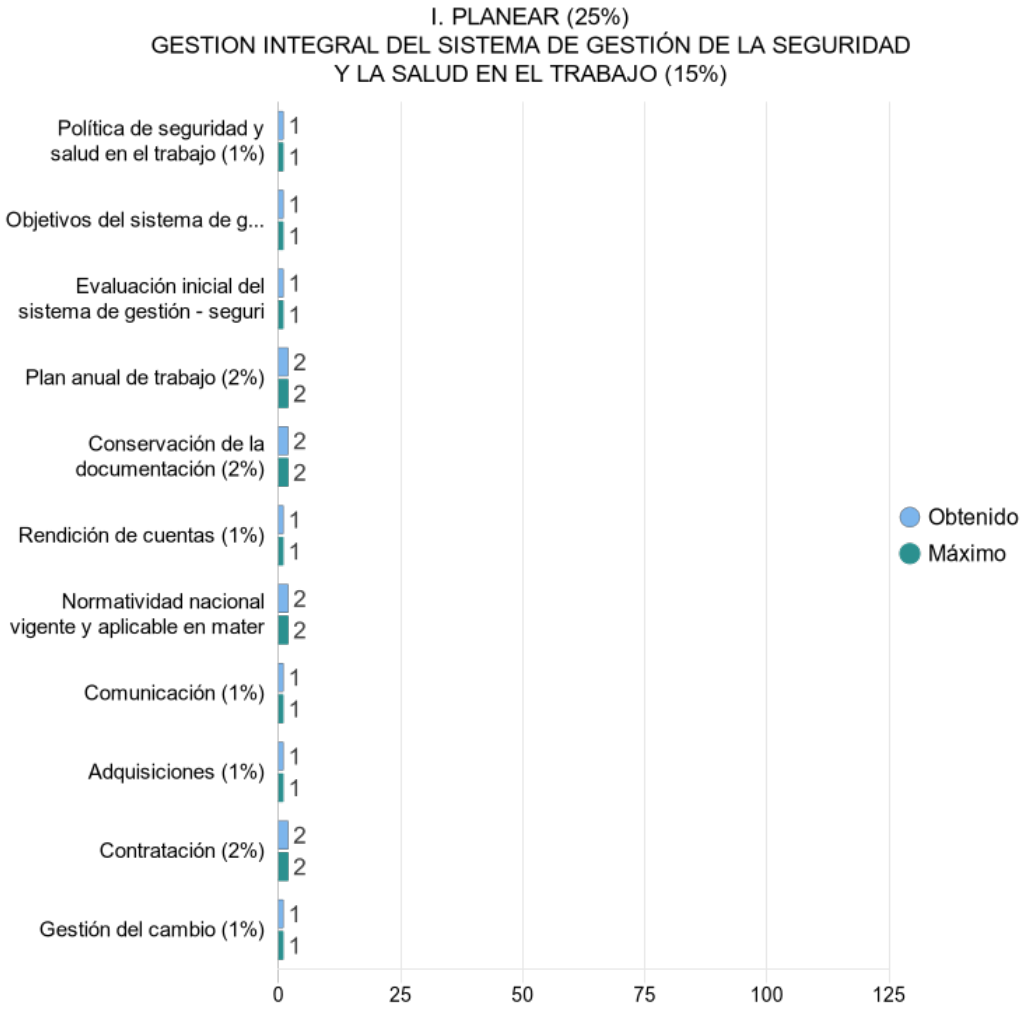


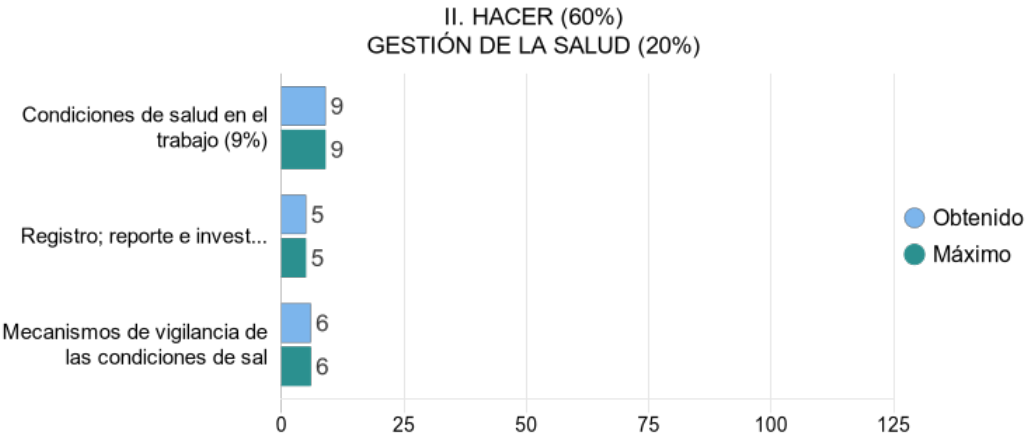
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS



© 2024. SURA. Todos los derechos

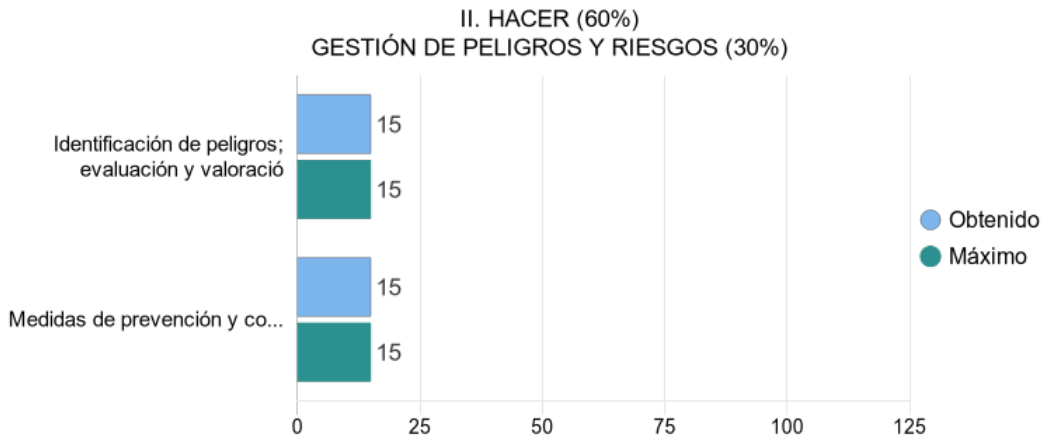
El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

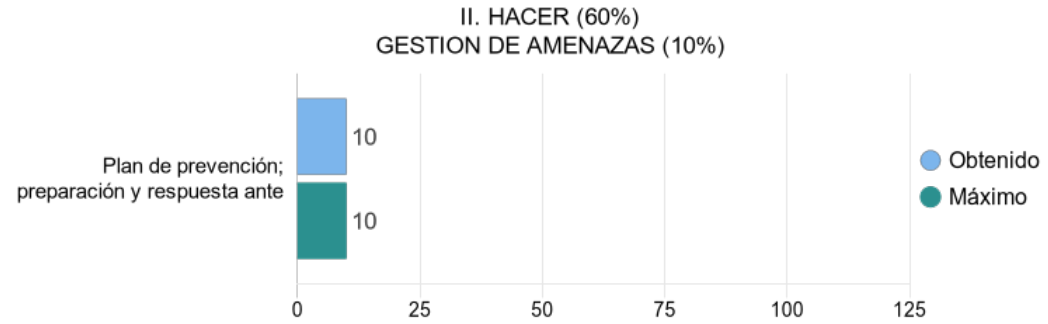


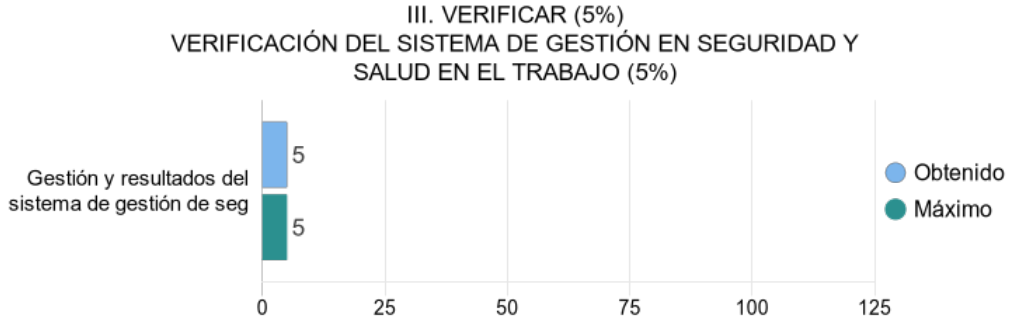


© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

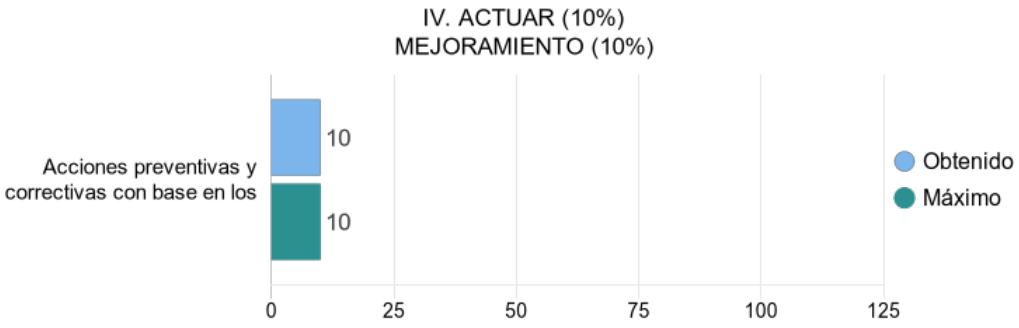






© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.



© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024

Recomendaciones / Observaciones IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Sección	Pregunta	Respuesta	Recomendaciones	Prioridad	Observación
II. Hacer (60%)	4.1.3 Identificación de sustancias catalogadas como carcinogenas o con toxicidad aguda. (3%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con el monitoreo y control permanente de la exposición a agentes o sustancias catalogadas como carcinógenas o de toxicidad aguda.		
	4.2.5 Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo con los manuales de uso, las inspecciones y el reporte de condiciones inseguras.		
	4.2.6 Entrega de Elementos de Protección Persona EPP, se verifica con contratistas y subcontratistas (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la entrega, reposición y capacitación de los elementos de protección personal.		
	5.1.2 Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada (5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la conformación y entrenamiento de la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.		
	5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención, Preparación y respuesta ante emergencias (5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la implementación de un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias en el que se considera la revisión anual, los planos de las instalaciones, la señalización, la realización de simulacros por lo menos una vez al año.		
IV. Actuar (10%)	7.1.1 Definicion de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la definición e implementación de las acciones preventivas y correctivas provenientes de: 1. La supervisión de los resultados 2. La realización de las inspecciones		

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

			de seguridad 3. La medición de los indicadores 4. Las recomendaciones del COPASST 5. Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales 6. Recomendaciones de la ARL o de las autoridades competentes 7. Resultados de los indicadores		

Nota: En esta tabla aparecen las preguntas que tengan recomendaciones u observaciones

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Fecha de Generación del documento: 29 de noviembre de 2024

Tabla de referencia para valoración:

Planes de mejora conforme al resultado de la autoevaluación de los Estándares Mínimos. Los empleadores o contratantes con trabajadores dependientes, independientes, cooperados, en misión o contratistas y estudiantes deben realizar la autoevaluación de los Estándares Mínimos, el cual tendrá un resultado que obligan o no a realizar un plan de mejora, así:

CRITERIO	VALORACIÓN	ACCIÓN
Si el puntaje obtenido es menor al 60%	CRÍTICO	1. Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento de inmediato. 2. Enviar a la respectiva Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliada el empleador o contratante, un reporte de avances en el termino maximo de tres (3) meses despues de realizada la autoevaluacion de estandares Minimos. 3. Seguimiento anual y plan de visita a la empresa con valoracion critica, por parte del Ministerio del trabajo.
Si el puntaje obtenido está entre el 60 y 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE	1. Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento. 2. Enviar a la Administradora de Riesgos Laborales un reporte de avances en el termino maximo de seis (6) meses despues de realizada la autoevaluacion de Estandares Minimos. 3. Plan de visita por parte del Ministerio del trabajo.
Si el puntaje obtenido es mayor a 85%	ACEPTABLE	1. Mantener la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras que se establezcan de acuerdo con la evaluacion.

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Bibliografía

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Ley 9 (24, enero, 1979). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Resolución 2013. (06, junio, 1986). Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en los lugares de trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1401. (14, mayo, 2007). Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Ley 1562 de 2012. (11, julio, 2012). por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 652. (30, abril, 2012). Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 1356. (18, Julio, 2012). Por la cual se modifica parcialmente Resolución 652 de 2012.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Decreto 1072. (26, mayo, 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 0312. (13, febrero, 2019). Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

© 2024. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – ARL SURA

Informa que la empresa IPS VACUNAR COLOMBIA SAS con Nit 900394707 , se encuentra afiliada a ARL SURA.

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, IPS VACUNAR COLOMBIA SAS aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 29/11/2024 cuyo resultado se presenta en este informe.

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos ingresados obedecen única y exclusivamente a su criterio como empresa. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni es responsable de los resultados que de ella se generen.

El resultado obtenido es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	100	25	25
II. Hacer (60%)	100	60	60
III. Verificar (5%)	100	5	5
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**100.0**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 100.0 su resultado es ACEPTABLE.

La empresa es responsable en el desarrollo de las actividades para dar cumplimiento a los requisitos normativos legales vigentes, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando el bienestar de sus trabajadores.

La presente comunicación se expide a solicitud de la empresa el 29/11/2024.

Atentamente



Gerencia Técnica Arl Sura
Código transacción: 5252853

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA