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: SENA SAN ANTONIO | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 25 MAYO 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 3316601

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	Brayan Andres Cera	1021958078	14/09/06	O+		San Cristobal	3138146038	Sanitas						1	A					
2	Shirle Dumasio Moreno	52927428	04/03/80	A+		Bosa	3178747513	Sanitas						1	A					
3	Maria Paula Paez Diaz	1000234032	10/05/04	A+		San Cristobal	3227558419	Sanitas			R			2	A					
4	Sara Nicol Martinez	1026266916	20/12/07	A+		Bosa	3024883305	Sanitas			3			1						
5	Juan Diego Varela Garzon	1028885199	02/11/07	O+		Quiroga	3332432196	Salud Total	1					1	A					
6	Brayan Steven Morales	1031180016	23/04/89	A+		Ciudad Bolivar	3145137480	Salud Total	2		R			1	A					
7	Jhon Alexander Delacruz	1097341479	23/05/06	O+		Quiroga	3227451789	Capital	1		2			1	A					
8	Daniel Felipe Neves	1032620019	01/10/07	A+		San Cristobal	3198729513	Capital			1			1	1					
9	Duvan Alejandro Suarez	1076653384	22/11/07	A+		Rafael Uribe	3209455340	Sanitas						1	A					
10	Danny Santiago Clavijo	1013612632	12/05/08	O+		Rafael Uribe	3247310128	Sanitas						1	A					
11	William Javier Albarracin	1094362527	18/05/04	O+		Pedro Cantito	3053096493	Sanitas			2			1	A					
12	Yuly Mendivelso Montoya	1073157748	25/DIC/1986	O+		Candelaria	3225860138	Famisanar			R			1	A					
13	Andres Camilo Sanchez	1012316402	26/07/03	O+		Bosa	3227947431	Salud Total						2	A					
14	Diana Cristina Sanchez	1032359487	05/02/86	A+		Soacha	3218253045	Sanitas			3			1	A					
15	Yesica Alejandra Espinosa	1021671721	27/06/06	O+		Bosa	3212419120	Sura			3				A					
16	Viviana del Pilar Sarcha	1006622937	07/07/96	O+		Usme	3212732913	Salud Total			3			1	A					
17	Viviana Esteban Bermeo	1034602419	14/03/06	A+		Bosa	3123690250	Compensar						1	A					
18	Karol Shirley Reyes	1012469027	30/05/04	O+		Quiroga	3124028369	Famisanar						1	A					
19	Luisa Daniela Tellez	1052885108	14/08/06	A+		Engativa	3214314409	Nueva EPS						1	A					
20	Alejandro Dallan Neuque	1074811143	04/07/06	B+		Soacha	3042246020	Salud Total			3			1						
21	Luisa Fernanda Ochoa	1000622584	14/11/01	O+		Bosa	3107474434	Capital			1				A					
22	Deisy Johanna Celis	1023841371	03/12/07	O+		Rafael Uribe	3213425459	Salud Total			1				A					
23	Shelcy Rose Jaramillo	1007177641	08/12/02	O+		Soacha	3147221101	Nueva EPS						1	A					
24	Dayanna Lucia Lopez	1016951330	17/04/07	O+		Ciudad Unidos	3113472658	Salud Total			R				A					

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
3		1A			2022							

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

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es un Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO CAL VC V06 R06 021

VERSION: 06

REVISION: 06

FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: SENA SAN ANTONIO

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA: 25 MARZO 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐

HORA ENTRADA: 3378601

HORA SALIDA:

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	Yeni Paola Mora	1033679884	29/08/85	O+		Bosa	3138811343	Sanitas						1	A						
2	Stephyn Alexandra Ospina	1071101637	22/09/08	O+		Bosa	3204103402	Famisanar						1	A						
3	Mary Stefany Palacios	1071103466	15/03/09	O+		Soacha	3009367864	Salud Total						1	A						
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
TOTAL														33							

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3316601 11:00

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
25 MAYO 2026	12:50	Bryan Cera Osorio	1021808078	Bryan cera.	V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:53	Shirle Moreno	52824428		V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:56	Maria Paez	1000239032	Maria P.	HB^3, V.	alejandra	
25 MAYO 2026	12:57	Sara Martinez	1026266816		HB^3, V	alejandra	
25 MAYO 2026	12:59	Juan Varila	1028885189	Juan Varila	V, INF, TT	alejandra	
25 MAYO 2026	1:02pm	Brayan Morales	1031180016		HB^B, V, INF TT^2	alejandra	
25 MAYO 2026	1:05	Yhon De la cruz	1097397979		HB^3, V, INF, TT	alejandra	
25 MAYO 2026	1:09	Daniel Navas	1032680018	Daniel M.	HB, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:16	Duvan Suarez	1076653384	Alvaro SB	V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:19	Danny Clavijo	1013672632	Danny C.	V, INF	alejandra	

Powered by CamScanner

3316607
11:00

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 consituye 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
25 MAYO 2026	1:21	Wilian Albarracin	1099362527	Wilian Albarracin	HB^2, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:25	yuly Mendivelso	1073152198	Yuly Mendivelso	HB^P, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:28	Andres Sanchez	1012316402	Andres Sanchez	V^2, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:30	Diana Sanchez	1033357937	Diana Cristina Sanchez I	HB^3, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:32	yesica Espinosa	1027671727	Alejandra Espinosa	HB^3, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:33	viviana Quiacha	1006002337	viviana del Pilar	HB, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:35	viviana Escobar	1034662479	Viviana Escobar Perez	V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:36	Karol Reyes	1012469027	Karol Reyes	V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:38	laura Tellez	1082885108	Laura Tellez	V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:39	Alison Neuque	1074811143	[illegible]	HB^3, V	alejandra	

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

2

Powered by CamScanner

3316607 11:00

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
25 MAYO 2026	1:42	luisa ochoa Daza	1000622384	Fernanda Ochoa.	HB, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:44	Deisy Celis	1023891311	Deisy celis	HB, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:46	Shelcy Jaramillo	1007977647	Shelcy Jaramillo.	INF, V	alejandra	
25 MAYO 2026	1:49	Dayanna lopez	1076951330	Dayanna	HB^R, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:50	yina Mora	1033679811	Yina Mora	INF, V	alejandra	
25 MAYO 2026	1:51	Shadya Ospina	1011101631	Shadya O.	INF, V	alejandra	
25 MAYO 2026	1:53	Mary Palacios	1011103466	Mary Palacios.	INF, V	alejandra	

Powered by CamScanner