IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en su 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 MAYO 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ]

HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 33-12498

DATOS DEL PACIENTE

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Kurem Julieth Cardano	1033708427	17/05/06	B+		San Francisco	3164133449	Compensar			2			1							
2	Jeremy Michelle Dominguez	1004284202	21/06/03	O+		Bello Horizante	3125862825	Salud total			1			1							
3	Carol Melissa Garcia V	1033682506	30/10/04	O+		Jungla	3177740416	Compensar			1			1							
4	Dirna Patricia Carmona	24827702	05/09/73	A+		San Mateo	3001404084	Sura			1			2	A						
5	Maria Andrea Lopez B.	52888424	23/12/82	O+		Rafael Uribe	3107566707	Sanitas			1			1	A						
6	Jenny Julay Aponte	1001174518	14/04/02	B+		Bontbon	3014205410	Compensar			1			1	A						
7	Lizeth Marcela Caraballo	1022427204	24/04/07	O+		La igualdad	3022340456	Nueva EPS			4			1							
8	Allison Rodriguez Bernal	1097605467	12/10/07	A+		Rosa Margarita	3229140036	Coosalud			3			2	A						
9	Karol Dayana Alvarado	1033707856	06/03/07	B+		Usme	3123206474	Capital			2			1							
10	Geidy Vanessa Colina	1025532709	29/12/06	A+		Cresta Morena	3224127782	Famisanar			1			1	A						
11	Sandra Rocio Castro	1052387948	27/04/89	B+		Sara Ainon	3104854021	Sanitas			4			1							
12	Wilma Socorro Nevan	26620738	17/06/65	A+		Alma Norte	3208095523	Salud M.			1			1							
13	Juan David Herrera A	1012455037	10/06/98	O+		Santa Viviana	3202996603	Sanitas	4					1	A						
14	Maricel Alejandra Forero	1033811436	07/11/98	O+		Quenedi	3057432646	Compensar			2			1	A						
15	Sara Sofia Quiroga	1014442458	18/07/07	O+		Fontibo	3043087752	Capital						1	A						
16	Yesly Juliana Sanchez	1121937224	10/06/96	B-		Garcia Naval	3112857714	Salud Total			1			1							
17	Kurem Vanessa Granados	1031134021	09/04/01	A-		Bosa	3115748431	Famisanar						1	A						
18	Ludwing Steven Aldana	1022345274	28/01/06	O+		Soacha	3236462268	Compensar						1	A						
19	Laura Tatiana Gracia	1010461240	11/12/04	O+		Val el Mercon	3209440218	Capital			3			1	A						
20	Heidy Geraldin Munar	1031812417	21/12/07	O+		El rincon	3143564632	Salud Total			1			1							
21	Dwan Stiven Tuyo	1008012049	11/04/00	O+		Santa fe	3202833526	Salud Total	4					2	A						
22	Maly Tatiana Castillo	1000129038	20/07/03	O+		Soacha	3241142410	Famisanar			4			2	A						
23	Zharick Julieth Guerrero	1025988434	23/09/04	O+		Usme	3115888360	Capital			4			1	A						
24	Yaira Liliana Soluste	1004250038	06/01/03	A+		Quenedi	3107740241	Capital			1			1	A						
								TOTAL	2		19			24/5							

CONTACTO

CORREO

TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3274498

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	9:52	Karen Castaño	1033788427	[signature]	HB², V¹	alejandra	
25 MAYO 2026	9:54	Jeimmy Dominguez	1001284262	[signature]	HB¹, V	alejandra	
25 MAYO 2026	9:55	Carol Garcia Vargas	1033682508	[signature]	HB¹; V	alejandra	
25 MAYO 2026	9:57	Diana Carmona	24827192	[signature]	HB¹, V², INF	alejandra	
25 MAYO 2026	9:59	Maria lara	528888424	[signature]	HB¹, V¹, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:01	Jenny Aponte	1001174578	Sulay Aponte	HB, V¹, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:02	Tina Carabali	1022427204	Lina C.	HB⁴, V	alejandra	
25 MAYO 2026	10:04	Allison Rodriguez	1097665467	Allison R	HB³, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:07	Karol Alvarado	1033707856	Dayana Alvarado	HB², V	alejandra	
25 MAYO 2026	10:09	Geidy Culma	1082553270	[signature]	HB¹, V, INF	alejandra	

Powered by CamScanner

3317498

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	10:11	Sandra Castro	1052387948		HB^R, V	alejandra	
25 MAYO 2026	10:13	Vilma Nuban	26620738		HB^1, V.	alejandra	
25 MAYO 2026	10:15	Juan Herrera	1012455037		TT^4, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:17	Monica Forero	1033811436		HB^2, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:19	Sara Quiroga	1019992458		V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:21	Yerly Sanchez	1121937229		HB, V.	alejandra	
25 MAYO 2026	10:22	Faren Granados	1031734021		V, IM=	alejandra	
25 MAYO 2026	10:23	Ludwig Aldana	1022345274		V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:24	Laura Garay	1010961240		HB^3, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:27	Heidy Munar	1031812977		HB^1, V	alejandra	

Powered by CamScanner

3317498

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	10:29	Duvan Tayo	100801299		HB^2 INF, TT^4	alejandra	
25 MAYO 2026	10:31	Merly Castillo	1000129038	Merly Castillo	HB^R, V^2, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:34	Sharick Guerrero	1023038437	Sharick Guerrero	HB^R, V, INF	alejandra	
25 MAYO 2026	10:38	Yaira Solarte	1004250038	Yaira Solarte.	HB^1, V, INF	alejandra	

Powered by CamScanner