3364262

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

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V05 R05 021
SIG	VERSION: 05
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 05
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 17-02-2025

EMPRESA, INSTITUTO:
VACUNADOR:
ASISTENTE:
FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] NIDAD MOVIL [ ]

	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		
1	Luisa Castillo	1031E05049	16-09-05	O+	NIA	Suba	3226595473	Capital S.			3				1					
2	Sheyla Carpio	1019C36E9	03-02-05	B+	NIA	Bosa.	3212574257	Capital S.			3				1					
3	Maria Florez	1030555175	21-03-07	A+	NIA	Bosa	320EE90927	Salud T			3				1				P	
4	Nicol Mosquera	1140982755	08-03-08	A-	NIA	Usme	3228996353	coosalud			3				1					
5	Camilo Oviedo	1000470870	12-03-CC	O+	NIA	Martires	3209525722	Sanitas			4				1					
6	Alyce Diaz	1021674549	21-05-07	O+	NIA	Rafael U.	300186E9C7	Famisanar			3				1					
7	Melani Pulido	1012383100	27-11-09	O+	NIA	Bosa	3332927658	Capital S			3				1					
8	Nicolas Sanchez	1077229096	07-01-08	O+	NIA	Soacha	3176917710	Sanitas							1					
9	Stiven Diaz	1018495E48	27-07-97	O+	NIA	Chapinero	3025652377	Salud T			3				1					
10	Camila Perez	1025536381	29-09-09	A+	NIA	Ciudad B.	3143E94798	Famisanar			3				1					
11	Lina Gomez	1016A53276	20-01-08	A+	NIA	Engativa	3219224495	Capital S			3			2	1					
12	Karol Garcia	1141320723	01-06-08	O+	NIA	Bosa	3213419752	Salud T			3				1					
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
								TOTAL			11			1	12					

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

Los líderes de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que: Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

3369262

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
	SIG	VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

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
08 MAYO 2026	1:42	Luisa fernanda Castillo	1031805019	Luisa Castillo	HB(3)-Inf	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:44	Sheyla Paola Carpio	1019603689	Sheyla carpio.	HB(3)-Inf.	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:45	Maria florez	1030555175	maria florez	HB(3) Inf(A)	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:47	Nicol mosquera velasco	1.140.918.755		HB(3)-Inf(A)	Alejandra	
08 MAYO 2026		Camilo Andres Hernandez Oviedo	1000970870		HB(3)-Inf(A)	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:52	Alyce Gabriela Diaz Godoy	1.021.674.599		HB(3)-Inf	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:54	Melani Polido	1012383100	melani	HB(3)-Inf.	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:55	Nicolas Sanchez Medina	1.077.229.096	Nicolas S	Inf(A)	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:58	Sliven Ronaldo Diaz	1018995818		HB(3) Inf(A)	Alejandra	
08 MAYO 2026	1:59	Camila Perez Ortiz	1025536381	Camila Perez	HB(3)-Inf.	Alejandra	

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

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V08 R08 033**
	SIG	**VERSIÓN: 08**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

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
08 MAYO 2026	1:59	Lina Maria Gomez Cardenas	1016953276		HB(3)VC(1)-INF	Alejandra	
08 MAYO 2026	2:01	Karol Garcia Ramirez	1141320723	Yuleth Ramirez.	HB(3)-INF	Alejandra	