Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos por su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

NIT: 900.806.921

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 ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 3411256

DATOS DEL PACIENTE — BIOLOGICO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+S	FA	VA	INF	TV	PT	DPT			# CARNET
1	Jeifer Andres Martinez	1051741059	19/02/09	AB+		Bosa	3016470684	Mutual Salud	1		1			1	A						
2	Leidy Tatiana Castiblanco	53755290	18/08/85	O+		Ciudad Bolivar	3118023296	Salud Total			1			1	A						
3	Dylan Santiago Alvarez	1013722488	18/06/08	O+		Ciudad Bolivar	3022532448	Capital	1		1			1	A						
4	Brenda Vanessa Hoyaldo	1022654803	24/04/08	O+		Usme	3164431407	Famisanar			1			1							
5	Rosalba Del Valle Mendoza	PT 1245648	22/08/03	A+		Engativa	3241882714	Sanitas			1			1	A						
6	Carol Vanessa Torres	1034281670	19/01/08	O+		Usme	3004504165	Bosa			1			1	A						
7	Maria Fernanda Romero	1014213161	13/07/06	O+		Engativa	3028544419	Compensar			1			1	A						
8	Jhon Edisson Leon	1026546541	24/11/06	A+		Engativa	3217265088	Sanitas	1		1			1	A						
9	Danna Marcela Bocanegra	1056271778	18/03/09	A+		Patio Bonito	3017064982	Salud Total			1			1	A						
10	Sneith Dayana Ortiz	1067718304	13/03/08	O+		Quenedi	3046806300	Famisanar			1			1	A						
11	Maria Jose Leudo Montes	1033104762	11/09/09	B+		Usaquen	3245363401	Salud Total			1			1	A						
12	Paula Nicolle Jaramillo	1024283540	04/03/09	O+		Quenedi	3124884842	Compensar			1			1	A						
13	Amanda Jineth Lopez	1033766504	03/12/93	A-		Usme	3145577767	Famisanar			1			1	A						
14	Maria Alvera Estrada	1067714435	29/05/06	O+		Bosa	3143617414	Asmet Salud			1			1							
15	Laura Natalia Sanchez	1028840193	12/07/07	A+		Bosa	3112644524	Compensar			1			1	A						
16	Wendy Johana Cardenas	1070135409	09/10/07	A+		Patio Bonito	3138002036	Famisanar			1			1	A						
17	Alcelia Jineth Gomez	PT 1233166	30/03/08	A+		Quenedi	3172458342	Nueva EPS			1			1	A						
18	Maria Fernanda Rodriguez	1014465981	22/09/08	A+		Quenedi	3007886334	Famisanar			1			1	A						
19	Jhoiden Esteven Mora	1001275080	07/04/03	O+		Quenedi	3228772834	Sanitas	2		1			2	A						
20	Sebastian Jose Alvarez	PT 3124824	24/01/08	O+		Los Mosquera	3161975605	Famisanar	1		1			1	A						
21	Daisan Nicolas Avendaño	1007782238	23/08/01	O+		Engativa	3213094578	Nueva EPS	1		1			1	A						
22	Javier Quevedo Quintana	74449846	05/05/70	O-		Quenedi	3143143405	Nueva EPS	2		2			1	A						
23	Helen Israel Chirinque	1022464734	14/07/09	A+		Usme	3176464712	Sanidad M			1			1	A						
24	Kimberly Alexandra Herrera	1023404504	07/12/08	O+		Usme	3132421724	Sanitas			1			1	A						
								TOTAL	7		24			24	22						

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

3447256

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 expresion 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
2-5 MAYO 2026	12:01	Jeifer Martinez	1051744059	Jeifer Andres	HB,V,INF,TT	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:03	Leidy Castiblanco	53135200	Leidy Castiblanco	HB,V,INF	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:04	Dylan Alvarez	1013122088	Dylan Alvarez	HB,V,INF,TT	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:07	Brenda Hidalgo	1022959803	Vanessa Rodriguez	HB,V	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:08	Keidys Mendoza	1245648		HB,V,INF	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:10	Carol Torres	1034289570	Carol Torres	HB,V,INF	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:11	Maria Romero	1014273767	Maria Fernanda	HB,V,INF	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:13	Jhon leon	1026566541	Jhon Leon	HB,V,INF,TT	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:15	Danna Socarras	1065629778	Danna S.	HB,V,INF	alejandra	
2-5 MAYO 2026	12:17	Sarith Quiroz	1067778504	Sarith Quiroz	HB,V,INF	alejandra	

Powered by CamScanner

3411256

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, erupcion 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	12:19	Maria leudo	1033764762	María leudo	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:21	Paula Jaramillo	1029283540	Paula Jaramillo	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:23	Amanda lopez	1033760509	Amanda lopez	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:25	Marinia Rivera	1067774935	Marinia Rivera	V, HB	alejandra	
25 MAYO 2026	12:28	laura Sanchez	1028840793	Laura Sanchez	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:29	Wendy Cardenas	1010185909	Wendy cardenas	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:31	Alessia Gomez	1235166	Alessia Gomez	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:33	Maria Rodriguez	1019995989	Maria	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	12:35	Jhonatan Estiven Mora	1001275080	Jhonatan mora	HB,V,INF,TI	alejandra	
25 MAYO 2026	12:39	Sebastian Alvarez	37249829		HB,V,INF,TI	alejandra	

Powered by CamScanner

34 11 256

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	12:41	Deison Avendano	1007782783		HB,V,INF,TT	alejandra	
25 MAYO 2026	12:43	Javier Quevedo	79499896		HB,V,IN,TT2	alejandra	
25 MAYO 2026	1:42	Helen Chicunque	1022969739	Helen Sarai Chicunque	HB,V,INF	alejandra	
25 MAYO 2026	1:44	Kimberly Herrera	1023904509	Alexandra h.	HB,V,INF	alejandra	

Powered by CamScanner