Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO.CAL.VC.V06.006.021

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 ☒ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 3:11 PM

DATOS DEL PACIENTE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	PT	DPT			# CARNET
1	Dana Carolina Chaves	52032900	06/02/83	O+	Cra 64 48-28	Paderea	3058640338	Sanitas (T)			4			2							
2	Karol Valentina Montenegro	1024492462	20/11/07	A+	Ciudad Verde	Soacha	3228186853	Salud total			1			1	A						
3	Sneyder Esteban Moreno	1011095074	10/07/06	O+		Abrazos de Santa Marta	3112302440	Famisanar	1		1				A						
4	Lenny Tatiana Garzon	1073676008	15/04/06	A+		Soacha	3192334036	Salud Total			B				A						
5	Carmen Tatiana Cortes	1117645814	23/04/06	O+		Soacha	3244637140	Salud Total			1				A						
6	Michell Yuliana Cepeda	1032523521	18/03/04	A+		Ciudad Bolivar	3123461667	Nueva EPS			3				A						
7	Yohely Moreno Chitiva	1016952384	07/12/04	O+		Ciudadela la Nueva	3214258637	Capital			B										
8	Juan Felipe Giraldo Muñoz	1013385775	28/07/05	O+		La playa	3143155054	Capital	5		B			1	A						
9	Mayesly Andrea Torres	1023882041	24/04/04	O+		Modelia	3147752677	Sanitas M			1			1	A						
10	Alisson Lozano Peralta	1026300737	20/12/97	O+		Soacha	3185861012	Sura			2			1	A						
11	Kevin Santiago Neira	1016544346	12/09/05	B+		Gloria	3125623404	Famisanar	1		1			1	A						
12	Cristian David Acosta	1007730527	07/09/02	A+		Olivos	3028456030	Salud Total	5		B			2	A						
13	Heidy Valentina Gonzalez	1007718239	16/06/00	A+		Guatoque Bosteyo	3046407154	Compensar			1			1	A						
14	Anderson Leomes A	1000328852	16/06/03	O+		Arapeto Socosbo	3214367076	Nueva EPS	3		B				A						
15	Tatiana Yulieth Anza	1003845826	23/06/03	A+		Bosques	3044862465	Salud Total			B			2	A						
16	Michelle Tatiana Rodriguez	1015347343	22/12/04	O+		12 de Octubre	3246813742	Sanitas Total			B				A						
17	Sandrith Yohana Sucres	1193444488	25/07/03	B+		San Blas	3016284754	Compensar			1			1	A						
18	Ana Maribel Zuleta A.	1053330545	27/04/06	B+		Juan Rey	3102531128	Nueva EPS			B				A						
19	Juliana Bonilla Arias	1000001220	22/10/01	O+		Guaneche	3227448852	Alianza Salud			2			2	A						
20	Danna Valentina Otalora	1000374906	02/05/00	O+		La Victoria	3209137284	Sanitas			1			1	A						
21	Sirleth Karina Forero	1001175963	24/08/03	O+		Centro	3134582024	Sanitas			B										
22	Luna Valentina Rozo Roa	1000809613	04/09/03	O+		Cascalo	3011077195	Salud Total			B			1	A						
23																					
24																					
	TOTAL								5		22			13	19						

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

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

3444259

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	6:55	Drana Carolina Chaves	52432400	Diana Chaves	HB^B, Vo^2	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:00	Kisel Valentina Montenegro	1024197462	Valenting	HB^1, Vo^1, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:02	Snaider Esteban Moreno Sylvegul	1011095074	snaider moreno	TT1, HB^1, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:07	Lenny Tatiana Garzon	1073676098	[illegible]	HB^B, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:12	Carmen Cortes Mejia	1.116915811.	[illegible]	HB^1, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:14	Michell Yuliana Cepeda	1030523521	[illegible]	HB^3, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:16	Yohely Moreno Chilatra	1016952384	[illegible]	HB^R	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:18	Juan Felipe Giraldo	1013585775	Juan Felipe	HB^R, V, INF, TT^5	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:20	Mayerly Torres	1023882044	[illegible]	HB^1, V, INF	Leidi Otálora	
25 MAYO 2026	7:22	Alisson Peralta	1026300737	[illegible]	HB^2, V, INF	Leidi Otálora	

Powered by CamScanner

3411259

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
25 MAYO 2026	7:25	Kevin Neira Martin	1016594346	Santiago Neira	HB,V,INF,TT	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:29	Cristian Acosta	1000730527		HB^R, V^2, INF, TT^3	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:31	Heidy Gonzalez	1007718239		HB, V, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:32	Anderson Ieemes	1000328852		HB^R, INF, TT^3	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:34	Tatiana Guzman	1003805986		HB^R, V^2, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:36	Michelle Rodriguez	1015397343	Michelle	HB^R, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:37	Sandrith Suarez	1193494488	Sandrith Suarez	HB, V, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:39	Ana Tarta	1053330595	Anabel	HB^R, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:41	Juliana Bonilla	1000001880	Juliana Arias	HB^2, V^2, INF	Yeidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:43	Danna Otalora	1000374906	Danna otalora	HB, V, INF	Yeidi Otalora	

Powered by CamScanner

3411259

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	7:47	liceth forero Sanchez	1007973143		HB^R	Leidi Otalora	
25 MAYO 2026	7:54	laura Rozo	1000809673	laura Rozo.	HB^R, V^1, INF	Leidi Otalora.	

Powered by CamScanner