IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO.CAL.VC.V06.RDP.021

VERSION: 06

REVISION: 06 2999536

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:

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	Yoseth Pena	1019062358	13-01-04	O+	N I A	Suba	3224669742	Salud T	1		1			1	A						
2	Laura Rubiano	1000940378	21-09-00	O+	N I A	Usaquen	3137613EE3	Compensar			1			1	A						
3	Yuliana Motato	1004767227	01-12-98	O+	N I A	Soacha	3184306166	Coosalud			2			1	A						
4	Yessica Gonzalez	1112905497	16-04-92	A+	N I A	Suba	3227592182	Sanitas.			3			1	A						
5	Angie Lozano	1015469668	12-06-97	A+	N I A	Suba	3212376667	Salud T			3			1	A						
6	Martha Guerrero	26649372	22-07-62	O+	N I A	Bosa	3226317654	Sanitas.			1			1	A						
7	Maria Gonzalez	1074556712	27-10-88	O+	N I A	Bosa	3236773507	Famisanar			2			1	A						
8	Rafael Bulla	80870375	27-05-65	B+	N I A	Suba.	3054CQUISE	Sanitas.	1		1			1	A						
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
								TOTAL	2		8			8	8						

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

3499536

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	5:52	Yoseth Peña	1019002358		HB,V,TI,INF	alegria	
25 MAYO 2026	5:54	Laura Rubiano	1000970378	Laura R	HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	5:55	Yuliana Motato	1004767227		HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	5:56	Yessica Gonzalez	1112905497	Yessica M. Gonzalez	HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	5:58	Angie Lozano	1075246688	Angie Lozano	HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	5:59	Martha Guerrero	28699372	Martha Guerrero	HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	6:00	Maria Gonzalez	1074556772	Cristina Gonzalez	HB,V,INF	alegria	
25 MAYO 2026	6:02	Rafael Bulla	80820375		HB,V,TI,INF	alegria	

Powered by CamScanner