13:30

3316654

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	POS CAL VC VAT BAT 023
	SIG	VERSION: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

EMPRESA, INSTITUTO: SENASALUD | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 11 JUN. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ | HORA ENTRADA: | HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Laura Inchima	1C7 51U2754	26-06-07	A+	N I A	Bcsa.	312273E5E9	Salud T.			2										1E371
2	Pamela Ibarra	1C1232736402-11-CU		O+	N I A	Scacha	3CU25199U6	Compensar			2										1E372
3	Valeria Pena	1C72033UC6	25-04-05	C+	N I A	UC me	3143469375	Famisanar			3										IPS
4	Nicole Cardenas	1C136C3765	15-C4-C7	C+	N I A	Santa Fe	3116E6US91	Salud T			2										1E373
5	Carolina Pulido	1C+U92816209-1CCU		O+	N I A	bcsa	32C28U4171	Compensar			2										1E374
X 6	Manola Rivera	1C6946462U2	10-C1-CC	C+	N I A	Scacha	3134U6C96	Sanitas	NO SE VACUNO.												
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL												
COORDINACION DE ENFERMERIA						5.									4
OBSERVACIONES															

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

Powered by CamScanner

3316554

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
11 JUN. 2026	1:53	Laura Sofia Inchima Caceres	1.025142754	Laura Inchima	HBC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	1:57	Pamela Ibañez Lopez	1012327369	Pamela Ibanez.	HBC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	1:59	Valeria Pena Benitez	1022933906	Valeria Peña	HBC3)	alejandra	
11 JUN. 2026	2:00	Nicole Natalia Cardenas Hedra	1.013603.785	###	HBC3)	alejandra	
11 JUN. 2026	2:02	Carolina Pulido Fernandez	1.074.928.162	Carolinapulido	HBC2)	alejandra.	
NO 11 JUN. 2026	2:04	Mando Rivera Vega NO	1.069.969.842	Mando Rivera	HBC2) -NO	-NO -NO -NO	

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

Powered by CamScanner