3:30

3316 SE1

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07/05/2024

EMPRESA, INSTITUTO: Sena Salud — VACUNADOR: — ASISTENTE: — FECHA: 11 JUN. 2025

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	PT	DPT			# CARNET
1	Santiago Rojas	1001330818	16-07-01	O+	N I A	Bosa	3203224991	Sura	2		2			2							IPS
2	Deyny Abril	1024516355	11-02-06	A+	N I A	Bosa	3135816118	Famisanar			2			2							IPS
3	Vanessa Suarez	1043644578	12-03-05	O+	N I A	Suba	3227746119	Famisanar						2							IPS
4	Derly Bohorquez	1022663432	28-04-07	AB+	N I A	San Cristobal	3169745558	Salud T						2							IPS
5	Francy Cubillos	26542937	24-10-79	O+	N I A	Engativa	3228166556	Salud T			3										CC
6	Claudia Chaves	1024483881	22-07-88	O+	N I A	Ciudad B	3104794668	Salud T						2							IPS
7	Luisa Hernandez	1022950483	14-12-04	O+	N I A	Fontibon	3105204611	Capital S						2							SS
8	Paula Nuñez	1075521104	22-01-04	AB+	N I A	Tunjuelito	3112904404	Sanidad M			3										SS
9	Sofia Hincapie	1012543732	27-07-06	O+	N I A	Soacha	3102497678	Salud T			2			2							IPS
10	Dianmary Parra	56213740	03-05-04	A+	N I A	Tunjuelito	3209102991	Salud T			4			2							SS
11	Mery viviana Garcia	53864812	16-04-85	O+	V I A	Suba	3239217505	Compensar						2							IPS
12	Lizeth Tamborano	1066284659	14-04-08	O-	N I A	Bosa	3018792066	Mutual Ser			2			2							SS
13	Kevin Sanchez	1034660548	19-09-06	O+	N I A	Ciudad B	312 5894025	Salud T	2		2			2							IPS
14	Laura Contreras	1022863406	17-09-07	A+	V I A	Bosa	3202465536	Salud T.			2			2							183549
15	Karen Sofia Bejarano	1028841127	12-06-08	O+	N I A	Bosa	3113866126	Famisanar			2			2							167333
16	Yuri Hernandez	1028383766	21-06-06	O+	N I A	San Cristobal	3219019813	Salud T			4			2							IPS
17	Diego Pinzon	1076719144	07-06-04	O+	N I A	Suba	3184625209	Compensar	2		2			2							IPS
18	Nancy calderon	1033943123	16-04-86	O+	N I A	Tunjuelito	3237178754	Salud T						2							IPS
19	Alejandra Penagos	1033725494	03-10-04	O+	N I A	Santa Fe	3197539837	N-EPS						2							IPS
20	Luisa Cupo	1000150582	01-12-02	O+	N I A	Usaquen	3233006258	Salud T				2		2							SS
21	Laura Valentina Betancourt	1012366606	30-11-05	O+	N I A	Bosa	3337467385	Famisanar						2							167336
22	Laura Sofia Diaz	1031817094	05-11-07	A+	N I A	Bosa	3229165815	Salud T						2							IPS
23	Luisa Catalina	1140914941	14-06-06	O+	N I A	Usme	3204617756	Salud T						2							SS
24	Evedivan Chaparro	1037473800	30-07-04	O+	N I A	Usme	3230502641	Salud T.						2							IPS
								TOTAL	3		13			22							3

CONTACTO — CORREO — TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3316 SE1

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

EMPRESA, INSTITUTO:

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA:

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	M A+B	FA	VA	INF	TV	PT	DPT			Nº CARNET
1	Kimberly Gomez	1072944422	16-01-07	A+	N I A	Usme	3126499493	Salud T			2			2							55
2	Paula Suarez	1106770674	24-07-05	O+	N I A	Usme	3003456597	Compensar			2			1							IPS
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
											2			2							

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

316581

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	7:37	Santiago Rojas Garman	1.001.330.818		HB(2) VC(2) TT(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:39	Deyny Abril Sanchez	1.029.501.635	Deyny Abril	HB(2) VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:40	Vanessa Suarez Gonzalez	1.043.699.578	Vanessa S.	VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:41	Derly Bohorquez Borjas	1028663430	valentina Bohorquez.	VC(2)	alejandra.	
11 JUN. 2026	7:42	Francy Edith Cabilos Vasquez	26.592.837.		HB(3)	alejandra.	
11 JUN. 2026	7:43	Claudia Esperanza Chaves Vargas	1024983.881		VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:44	Luisa Fernanda Hernandez Ayala	1022930983		VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:45	Paula Andrea Nunez Garzon	1025521169.		HB(3)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:47	Soley Dayana Lincapie Garcia	1012393732	Soley	HB(2) VC(2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:48	Diamaly Graciela Para Aguilar	PT 5673790		HB(2) VC(2)	alejandra	

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 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	7:50	Mery Viviana Garcia Avila	53164822	Mery Viviana Garcia	VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:51	Lineth Melissa Zambrano G.	1066284639	Lineth zambrano	HBC2) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:53	Kevin David Sanchez Chaparro	1039660598	Kevin Sanchez C.	HBC2) VC2) TTC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:53	Laura Valentina Contreras	1028863906	Laura Valentina C	HBC2) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:55	Karen Sofia Bejarano Contreras	1028841127	Karen Sofia B.	HBC2) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:58	Yersi Yuranni Hernandez Leon	1028783766	Yuranni Hernández	HBC4) VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	7:59	Diego Pineros Hernandez	1026719199		HBC2) VC2) TTC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	8:00	Nancy Johana Calderon Sanchez	1032393123	Nancy Johana C S	VC2)	alejandra	
11 JUN. 2026	8:01	Alejandra Penagos Cortes	1033725897		VC2)	alejandra	
	8:03	Luisa fernanda Cupa Gonzalez	1000150582	Luisa Cupa	HBC2) VC2)	alejandra.	

Powered by CamScanner

3316SE1

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
1	1 JUN. 2026	8:07	Laura Valentina Betancourt Tabares	1012362606	laura betancourt	VC2)	alejandra	
1	1 JUN. 2026	8:08	Laura Sofia Diaz Herran	1031812094	Sofia Diaz	VC2)	alejandra	
1	1 JUN. 2026	8:09	Luisa fernanda Otalora Moreno	1-190.914-941	Luisa otalora	VC2)	alejandra	
1	1 JUN. 2026	8:10	Enedixon Javier Chaparro Delgado	1032797380	[illegible]	VC2)	alejandra	
1	1 JUN. 2026	8:12	Kimberly Alexandra Gomez S	1022918422	Kimberly Gomez	HBC2) VC2)	alejandra	
1	1 JUN. 2026	8:13	Paula Julieth Suarez Arias	1106770674	Paula Suarez.	HBC2) VC1)	alejandra	

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