3112529
Lina Sarmiento

7:00

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE
SIG
PROCESO: CALIDAD
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS

EMPRESA / INSTITUTO: Sena Salud
VACUNADOR:
ASISTENTE:
FECHA: 12 JUN. 2026
MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ( ) EXTRAMURAL ( ) JORNADA DE SALUD ( ) DOMICILIARIO ( ) UNIDAD MOVIL ( )
HORA ENTRADA: HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICOS											
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	Karen Yaneth Quiroz	1022967965	06-12-2008	ABT	NA	Usa	3205092742	Famisanar			1			1	1					18393
2	Emely Valentina Camilo	1028883760	29-10-2009	OT	NA	Fontibon	3052938695	Famisanar			1			1	1					18395
3	Yhiol Alexander Molinez	1000133816	25-09-2003	OT	NA	Bosa	3225026213	S Total			1			1	1					/
4	Angi Natalia Cadenas	1018990931	25-11-96	OT	NA	Kenedy	3134215928	Sanitas												/
5	Miguel Angel Calle C	1046527906	18-10-2005	OT	NA	Suba	3104955203	Sura	1		1			1	1					/
6	Karen Sofia Moreno D	1033105013	10-03-2009	AT	NA	Usme	3125947928	Famisanar			1			1	1					/
7	Luisa Charith Romero	1082940196	14-07-2009	OT	NA	Suba	3137489659	N-EPS			1			1						/
8	Hedy Valentina Hurtado	1149115518	14-07-2009	OT	NA	Suba	3137729746	Sanitas			1			1	1					/
9	Maria Valentina Acamba	1012370880	12-11-208	OT	NA	Suba	3025968862	Sura			1			1	1					19202
10	Sofia Guzman Bocos	1026866158	23-01-2008	O-	NA	San Cristobal	3145768907	Sanitas			1			1	1					/
11	Paola Hurtado Pineda	1029521065	05-02-2008	OT	NA	Bosa	3009069883	N-EPS			1			1						/
12	Catalina Murillo Rojas	1023169981	23-05-2008	OT	NA	Suba	3013052093	Famisanar			1			1	1					/
13	Tania Ramirez Murillo	1017801257	22-05-2005	OT	NA	C. Verde	3013626932	Famisanar			1			1	1					19803
14	Hedy Alejandro Rodriguez	1026220251	06-08-2008	OT	NA	engativa	3145589739	C. Salud			1			1	1					19804
15	Valentina Michel Osorio	1192034102	28-10-2009	AT	NA	Bosa	3148350007	Sura			1			1	1					19805
16	Nicolle Sofia Vasquez	1033715579	21-10-2009	BT	NA	Tunjuelito	3213865393	Compensar			1			1	1					19806
17	Bob Andrea Aldahiana	1033731091	13-02-2009	OT	NA	C. Bolivar	3155499047	Famy			1			1	1					19807
18	Diana Cacho Moscoso	1030588275	15-01-90	O-	NA	Usme	3007039739	Sanitas			1			1	1					19808
19	Laudia Valentina Bohorquez	1023906632	12-10-2005	OT	NA	C. Bolivar	3202340859	Ensanar			1				1					19809
20	Laura Valentina Alarcon	1021668567	18-01-2005	OT	NA	C. Bolivar	3125321091	N-EPS			1				1					SJ
21	Yasmin Florez Chisaba	1013109536	01-04-2006	OT	NA	Soacha	3138106580	Compensar			1				1					/
22	Sara Milena Moreno	1050691332	03-02-2006	AT	NA	Bosa	3212442458	N-EPS			1				1					19823
23	Jon Michel Mechan M	1016147960	06-04-2006	OT	NA	San Cristobal	3001749819	Sanitas			1				1					/
24	Jesus David Leon	1118819508	2008-06	OT	NA	San Cristobal	3213955946	C. Salud	1		1				1					SJ
	CONTACTO	CORREO				TELEFONO		TOTAL		2	23				23	20				11
	COORDINACION DE ENFERMERIA																			
	OBSERVACIONES																			

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

Powered by CamScanner

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** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
12 JUN. 2026	7:06	Karen Yineth Quintero Guayaban	1022964765	Karen Quintero	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:11	Emely Valentina Jaramillo	1028863760	Emely Jaramillo	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:12	Nicol Alexandra Martinez	1.000.133[illegible]	[illegible]	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:15	Angy Cardenas Granados	1018190931	[illegible]	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:18	Miguel Angel Calle E.	1011652746	miguel angel calle	Hb1, V1, Inf, TT	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:20	Karen Sofia Moreno.	1033105013	Karen Moreno	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:22	Luisa Romero Calderon	1082940146	Luisa Romero.	Hb1 V1.	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:24	Heidy Valentina Montenegro	1111111578	Valentina Montenegro	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:27	Maria Valentina Arambula	1012370830	VALENTINA	Hb1, V1, Inf	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

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
12 JUN. 2026	7:29	Sofia Guzman Iglacios	1026566158	Sofia Guzman P.	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:32	Paola Hurtado Pineda	1029521065	Paola Hurtado	Hb1, V1.	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:33	Catalina Murillo Rojas	1023164981	Catalina Murillo	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:35	Tania Yisel Ramirez	1011201254	Thania R.M.	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:37	Heidy Alejandra Rodriguez	1026270251	[illegible]	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:39	Valentina Osorio Alhumada	1128203410	Valentina O.	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:42	Nicolle Sofia Velasquez	1033715579	Sofia Velasquez	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:44	Paola Andrea Ariza	1033731081	[illegible]	Hb1, V1, INF	Alejandra	
12 JUN. 2026	7:49	Diana Carolina Moscoso	1030568255	[illegible]	Hb1, V1, INF	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 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** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
12 JUN. 2026	8:08	Laura Landazuri Angulo	1075926632	Valentina landazury	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	8:10	Laura Vanesa Alvarez	1121668567	laura alvarez.	V: VO HB: O	alejandra	
12 JUN. 2026	9:07	Jasmin flores	1073709596	jasmin	Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	9:09	sara milena moreno	1056042332	SARA Moreno	Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	9:09	Jani Michel Macha Molina	1016714796	Jmichel.	Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	10:42	Jesus David Leon.	1118819508	Jesus L.	TDO HBO VO INF	alejandra	

Powered by CamScanner