IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO CALIDAD

ESTANDAR PROCESOS PROMOTARIOS

EMPRESA, INSTITUTO: Sera 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								BIOLOGICO											
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	BCG	HB	R A+B	FA	VA	DPT	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Mariana Andrea Cavara	1040301003	29-08-2006	A+	NA	Chapinero	3146756788	Coosalud			1				1					SS
2	Yeimy Katherine Sacristan	1012453809	05-03-98	O+	NA	Soacha	3156134944	Famisanar			1				1					14034
3	Leidy Katherine Diaz	1030650824	22-07-95	O+	NA	Kennedy	3134787666	Famisanar			1				1					/
4	Cosell Nathalie Sanchez	1000716355	27-11-2001	O+	NA	Bosa	3214356654	Santas			1			1						SS
5	Jolin Roa Lora	1010184941	27-08-2004	A+	NA	San Cristobal	3227315713	N-EPS			1			1						14139
6	Maria Camila Herrera	1028680592	25-07-2002	O+	NA	San Cristobal	3057844116	Compensar			2			1	1					/
7	Andres Santiago Habagan	1014180897	30-10-2004	O+	NA	Bosa	3123643006	C-Salud			1			1						/
8	Ana Lucia Caredo B	1025315231	16-03-2004	A+	NA	Cuerde	3138947820	Compensar			1			1						14144
9	Paula Andrea Romero LA	1032936646	29-03-2004	A+	NA	Suba	3182411189	Sanitas			1			1	1					/
10	Laura Camila Sosa Diaz	1069173816	05-06-2006	O+	NA	Bosa	3203109354	Compensar			1			1						SS
11	Sara Valentina Rodriguez	1001094893	02-03-2001	O+	NA	Suba	3248666944	Famisanar			1									SS
12	Soren Ruido Rios	1039414965	10-03-97	A+	NA	Suba	3112753064	Compensar			1									SS
13	Mao Alejandro Cevas	1014764818	15-08-95	A-	NA	Pte Aranda	3013978444	Salud total			1			1	1					14142
14	Lona Valentina Ruiz	1015518852	07-02-2005	A+	NA	engativa	3249182773	Sanitas			2			2						SS
15	Sofia Barragan	1025520330	06-05-2004	O+	NA	Tunjuelito	3109211887	Famisanar			1			1	1					14143
16	Franci valentina Lora	1014988746	05-05-2006	O+	NA	engativa	3206891152	Famisanar			1				1					SS
17	Lina Gabriela Molina	1031811984	22-10-2007	O+	NA	Suba	3145715165	famisanar			1			1						SS
18	Yaoldan Hernandez R	1031064358	13-04-96	A+	NA	Usme	3208311090	Famisanar			1			1	1					14144
19	Gloria Yaira Salas	1003851107	15-04-2002	A-	NA	Usme	3202681773	N-EPS			1			1	1					14145
20	Juan Jesus Salazar	1030549606	20-06-2005	A+	NA	Kennedy	3017031482	Compensar			1			1						SS
21	Yesica tatiana Moreno	1031643718	21-09-2004	B+	NA	Suba	3007217802	Emsanar			1			1						SS
22	Andrea Lombana Rodriguez	1017355625	11-04-2003	O+	NA	C-bolivar	3239116380	S total			1				1	1				14146
23																				
24																				
TOTAL											22				16	11				8

CONTACTO: CORREO: TELEFONO:

COORDINACION DE ENFERMERIA:

OBSERVACIONES:

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

493530

10:00

Powered by CamScanner

10:00. 3493530

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	9:59	Mariana Andrea Carmona	1046850003	Mariana Carmona.	INF HBD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:06	Yeimy Sacristan	1012450809	Yeimy Sacristan	INF HBD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:08	Leidy Diaz	1030650529	Katherine Diaz	INF HBD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:05	Gisel Nattalie Sandrez	1000126355	[illegible]	VD HBD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:06	Jarlin Jinneth Roa	1016184791	Jarlin Roa	VD HBD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:08	Marca Camila Herrera	1028688340	Camila H.M	HBD VD INF	alejandra	
12 JUN. 2026	10:10	Andres Santago Malagon	1014180692	Andress	HBD VD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:11	Anacacia Comedor	1023375231	AnaB.	HB VD	alejandra	
12 JUN. 2026	10:12	Paula Andrea Ramirez	1032936696	Paula R.	HBD VD INF	alejandra	

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** ☐ **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	10:15	Laura Camila Sosa	1068723816	Laura	HB① V①	alejandra	
12 JUN. 2026	10:16	Sara Valentina Rodriguez	1001092343	Sara P	HB①	alejandra	
12 JUN. 2026	10:18	Karen Pulido	1023944965		HB①	alejandra	
12 JUN. 2026	10:19	Maria Alejandra Cueva	1014269848	M. Alejandra C.	HB① V① INF	alejandra	
12 JUN. 2026	10:20	Lana Valentina Ruiz.	1015398482	Valentina Ruiz	HB① V②	alejandra	
12 JUN. 2026	10:23	Sofia Barragan	1025522033	Sofia Barragan M.	HB① V① INF	alejandra	
12 JUN. 2026	10:25	Francy Valentina Lara	1019988796	Francy Lara	HB① INF	alejandra	
12 JUN. 2026	10:26	Lina Gabriela Molina.	1031811982.	Gabriela Molina	V① HB①	alejandra	
12 JUN. 2026	10:27	Geraldin Hernandez	1031164358	Geraldin H. R	HB① V① INF	alejandra	

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** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VAGUNA	VISTO BUENO JEFE
12 JUN. 2026	10:29	Gloria Yaira Salas	1003851107	Yaira Salas	HBOVONF	alejandra	
12 JUN. 2026	10:31	Kevin Jesus Salazar	1030540966	[illegible]	HBOVO	alejandra	
12 JUN. 2026	10:33	Yesica Tatiana Moreno	1031643778	[illegible]	HBO VO	alejandra	
12 JUN. 2026	10:35	Andrea Camila Peñalozal	1012356625	Camila Salinas	HBOVO ZNF	alejandra	

Powered by CamScanner