3993530

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su seguro de vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	PG CAL VC VAC RGT 021
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

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: 8:00

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	SPT		# CARNET
1	Luyseth Yuani Venegas	1073683579	13-09-2007	O+	NA	Bosa	3014150091	G.Salud			1				1					SS
2	Elizabeth Alejandra Baral	1010169913	11-03-2008	A+	NA	Rincon Alcala	3128389384	S. total			1			1	1					SS
3	Luisa Fernanda Ramos	1012333189	20-05-2005	O+	NA	Bosa	3213749878	Compensar			1			1	1					
4	Godiva Hernandez M	1016955846	27-05-2009	A+	NA	Suba	3218866351	Alianza Salud			1			1	1					
5	Samantha Alistra Sabal	1014217301	26-09-2008	O+	NA	engativa	3219001056	C. Salud			1			1	1					19212
6	Dana Nicol Aguilar	1014668923	13-06-2008	O+	NA	Soacha	3019547831	Sura			1				1					SS
7	Laura Valentina Murillo	1023386193	30-08-2004	O+	NA	Bosa	3148803692	M-EPS			1			1	1					
8	Laura Valentina Rodriguez	1012371259	02-11-2008	O+	NA	Bosa	3209995913	Sura			1			1	1					19213
9	Dana Sofia Cubides	1025539164	15-09-2008	A+	NA	Tunjuelito	3105565552	Sura			1			1	1					SS
10	Gabriel Valentina Garcia	1.149415515	30-09-2006	B+	NA	Usme	3058051669	Compensar			1			1	1					
11	Karol Tatiana Castro	1028869765	16-09-2009	AB+	NA	San Cristobal	3118082431	Sanitas			1			1	1					19214
12	Nicolas Felipe Garcia B	1022369789	10-09-2009	B-	NA	Usme	3203398026	Famisanar	1		1			1	1					19215
13	Karol Nicol Baral	1028682058	20-05-2009	O+	NA	San Cristobal	3019602132	Famisanar	1		1			1	1					19216
14	Cristian Roman Gonzalez	1.105612285	14-11-2006	A+	NA	C. Bolivar	3148935808	Compensar			1			1						SS
15	Esther Melendez C	1.100314410	22-06-2006	A+	NA	Usme	3103551695	Famisanar			1			1	1					
16	Ana Maria Romero M	1010891754	27-08-2008	O+	NA	San Cristobal	3134555882	Famisanar			2			2	1					SS
17	Mayra Alejandra Nieva	1085171730	18-06-2007	O+	NA	Kenedy	3174094926	M-EPS			1			1	1					19217
18	Rubiadel Carmen Villalobos	9868363	26-10-86	A+	NA	Paraiso	3002553100	S total			1									
19	Wendy Vanessa Moreno	1077434857	05-04-2006	A+	NA	C. Bolivar	3122769231	Famisanar			1			1						
20	Keen Santiago G.	1021679918	15-11-2008	O+	NA	Kenedy	3023991093	Famisanar	1		1			1	1					
21	Sara Sofia Garcia Abril	1013612401	19-05-2008	B+	NA	engativa	3011999975	Alianza			1			1						
22	Luis Alberto Sanchez	80912879	17-05-85	A+	NA	Rafael Uribe	3013910991	Alianza	3		4			2	1					
23	Karol Dayana Gonzalez	1012370123	30-09-2008	O+	NA	Bosa	3223564365	Famisanar			1			1						SS
24	Karol Nicol Montero	1019047886	25-11-2009	O+	NA	C. Bolivar	3007163367	S. total			1			1	1					19221
								TOTAL	4		24			21	19					7

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

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

Vacunamos en su Seguro de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: 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	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Sarah Sophie Ruiz	1141375901	2001-2001	O-	NA	Kennedy	3202610313	Sura			1			1	1		NO	NO			35
2	Alyn Yaid Betancour	1023393909	11-11-2006	A+	NA	Kennedy	3055811168	M-EPS			4			2	1						
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
									TOTAL		1				1	1					1

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

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** ☒ **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	8:13	Yeth Vanegas Marin.	1073683549	Izeth V.M	Hb1, Inf.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:15	Elizabeth Berrio Silva	1010916413		Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	8:17	Luisa Fernanda Ramos.	1012333181		Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	8:19	Carolina Hernandez Martinez	1016955826	Carolina H.	Hb1, Inf, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:21	Samantha Aristizabal Mesa	1012217301		Hb1, Inf, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:23	Danna Florez Aguilar.	1014669473	danna Florez	Hb1, Inf.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:25	Laura Murillo Mendoza	1023386173	Laura Murillo	Hb1, Inf, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:28	Laura Valentina Rodriguez	1012391254	Valentina	Hb1, Inf, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:29	Danna Sofia Cubides.	1085539264	Danna Cubides	Hb1, Inf, V1	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 RIS 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	8:31	Carol Valentina Garcia	1140915575	Valentina	Hb1, InF, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:34	Karol Castro Ocampo.	1028664765	Tatiana.	Hb1, InF, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:36	Nicolas Felipe Garcia.	1022367989	Nicolás	Hb1, InF, V1, T1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:38	Karol Bernal Sanchez.	1028682048.	Karol.	Hb1, InF, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:40	Cristhk Gonzalez Torres	1105612285.	Yomard.	Hb1, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:42	Esther Melendez Contreras	1100544420.	Esther	Hb1, InF, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:44	Ana Mayra Romero Muñoz	1010841754.	Ana María	Hb1, InF, V2.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:48	Mayra Rivera Alvear.	1085171930	Mayra Rivera	Hb1, InF, V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	8:50	Rubia del Carmen Villalobos	48688363.		Hb1.	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** ☐ **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	8:52	Wendy Moreno Urrutia.	1077434857	Wendy moreno	Hb1, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	8:54	Kevin Santiago Gil.	1021679418.		Hb1, Inf, TT, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	8:55	Sara Sofia Garcia.	1013612401	Sara Garcia Aldana	Hb1, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	8:59	Luis Alberto Sanchez.	80812804.		Hb4, Inf, TB, V2	alejandra	
12 JUN. 2026	9:00	Karol Dayana Gonzalez	1012370173	Karol G.	Hb1, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	9:01	Karol Montero Rodriguez	1019041736	Karol montero	Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	9:03	Sarah Sophie Ruiz.	1141315907	Sarah Ruiz	Hb1, Inf, V1	alejandra	
12 JUN. 2026	9:04	Alyn Betancourth. Mendez	1233739041	Alyn Mendez	Hb4, Inf, V2	alejandra	
12 JUN. 2026							

Powered by CamScanner