3493538

9:00

Centro Especializado en Vacunacion

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS

PO-CAL-FC-V07-2025-033

VERSION: 07

REVISION: 07

FECHA: 07-05-2026

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								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	Sara Valentina Ledo	1018750821	10-04-2008	A+	NA	C. Bolivar	3109833855	Asmet S			1			1						
2	Juan Alejandro Ortiz	1057586387	25-02-2009	O+	NA	Mekanica	3202397452	S M	1		1			1	1					19226
3	Nelly S Cadena Arroyo	1007136893	20-06-2002	B+	NA	Soacha	3013108801	S.Total			3				1					
4	Evelyn Yamaris Jimenez	1012244617	01-05-2009	O+	NA	Usme	3205923329	Santos			1			1	1					
5	Marcela Prado Beltran	1031663659	19-12-2008	O+	NA	Kennedy	3014319482	Famisanar			1			1						
6	Yeferson Eduardo Tarache	1019664006	07-02-2009	O+	NA	Bosa	3143224436	Capresoca	2		2			1	1					
7	Lina Marcela Serrano	1033163655	24-06-08	B+	NA	Suba	3114024167	M-EPS			1			1	1					19227
8	Liliana Maria Acosta	1032681045	19-01-2002	O+	NA	Usme	3024984003	C. Salud			1			1	1					
9	Maria Angelica Galvis	1033776177	20-06-08	O+	NA	Kennedy	3109830245	Sanitas			1			1						55
10	Paola Cayza Negrigos	1149188674	17-07-2008	B+	NA	Rafael Uribe	3123630948	S Total			1			1	1					
11	Laura Valentina Cortes	1031884538	26-03-2009	O+	NA	Suba	3004916300	Compensar			1			1	1					
12	Valery Rubio	1033725666	06-06-08	O+	NA	San Cristobal	3239619415	Salud T			1			1	1					5 5
13	Tatiana Bayona	1022465477	23-04-08	A+	NA	Kennedy	3202395291	Famisanar			1			1	1					5 5
14	Sara Hazel Castellanos	1030589410	21-07-2009	O+	NA	Bosa	3245968010	NIS			1			1	1					
15	Melyn Cadena Cagua	1031663220	18-08-2008	A+	NA	Soacha	3146203379	Famisanar			1			1	1					
16	Maria Clara Arias C.	1049147051	16-07-2008	A+	NA	San Cristobal	3222020976	Mokolsv			1			1	1					19233
17	Michel Gerald Molina	1032683227	03-10-2005	O+	NA	Bosa	3142303379	C. Salud			1			1	1					19235
18	Wendy Tesorero Lobo	1028940717	14-08-2006	O+	NA	Suba	3144118235	S. Total			1									55
19	Dana Samantha Castillo	1031423332	04-05-2008	O+	NA	Suba	3006332693	Sanitas			1				1	1				55
20	Hamy Valeria Garcia	1149094183	12-11-2008	O+	NA	Kennedy	3331897200	Sanitas			1				1	1				
21																				
22																				
23																				
24																				
TOTAL									2		20			18	16					4

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

3419350

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	9:12	Sara Valentina Rueda.	1078750321.	Sara Valentina R.	HB1, , V1.	alejandra	
12 JUN. 2026	9:15	Juan Alejandro Ortiz.	1057586387.	Juan Ortiz	HB1, INF, V1,T	alejandra	
12 JUN. 2026	9:20	Narlys Arroyo Polo	1007236843	Narlys Arroyo	HB3, INF.	alejandra	
12 JUN. 2026	9:22	Evelyn Xiomara Jimenez	1072774617	Evelyn Jimenez	HB① INF V①	alejandra	
12 JUN. 2026	9:24	Marcela Pardo Beltran.	1034663669		HBD V①	alejandra	
12 JUN. 2026	9:26	Peferson Edimer Tarazo	1029664006	Edimer	HB① · INF Tdl V①	alejandra	
12 JUN. 2026	9:27	Lina Marcela Barros	1063163655	Lina Barroso	HBD V① INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:29	Juliana Muñoz	1032 681045	Juliana Muñoz Ac.	HBD V① INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:31	Maria Angelica Clarke	1033726177	Maria Angelica	HB1 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 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	9:33	Karol Dayana Rojas	1140918674	Karol Rojas	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:35	Laura Valentina Contreras	1031817578		HB VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:37	Valery Rubio	1033725666	Valery Rubio	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:42	Taliana Andrea Barreto	1028865814	Taliana Barreto	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:44	Sara Hesed Castellanos	1030595710	SaraCastellanos	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:45	Marly Carolina Cagua	1034663220	Carolina cagua.	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:47	Maria Clara Arsuaga	1047427051		HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:49	Michel Molina	1032678327	Michel Molina	HBO VO INF	alejandra	
12 JUN. 2026	9:51	Wendy Rubio	1028946717	Yoselma Rubio	HB	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	9:53	Dana Castillo	1031423332		INF HBO	Alejandra	
12 JUN. 2026	9:54	Hanny Gracia.	1140919183	HANNY GRACIA	INF HBO	Alejandra	
12 JUN. 2026							
12 JUN. 2026							

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