IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Centro Especializado en Vacunación 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 post 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** ☐ 30681144

	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
1	9 MAYO 2026	8:05	Liz Diaz Yucuna.	1017227177.	Liz Keila Diaz Yucuna	Inf.	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:07.	Mauricio Bastidas Garcia	1025884574.	Mauricio B. Garcia	Inf	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:09	Brayan Alexander Torres	1000569554.	Brayan A. Torres Lopez	Inf.	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:21.	Juana Buitrago Acevedo	1.001.686.962	Juana Buitrago	Inf.	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:32.	Sara maria palacio L.	1115185687	sara palacio.	INF	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:35.	Maria Alejandra Seña Gomez	1035420790.	Mª Alejandra S.G	INF	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	8:37.	Angela Maria olivero Carrascal	1006598.195	Angela olivero	Inf.	Alejandra Rsd	
1	9 MAYO 2026	9:03.	Sebastian Holguin. Haroo.	1000891060.	Sebastian Holguin H.	Inf.	Alejandra R	
1	9 MAYO 2026	9:17	Juan David. de Antonio.	1023624 226.		INF TO=3	Alejandra	
1	9 MAYO 2026	9:19.	Mariana Rojas. Avendaño.	1025646 904	Mariana Rojas A.	INF	Alejandra	

Inf = 10 TT = 1

3068144

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 post 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
19 MAYO 2026	9:28.	Lorena Marzola Narvaez	1037121397	lorena M	INF	Alejandra	
19 MAYO 2026	9:35	Valentina Garcia Valera.	1023622237	Valentina G.	INF	Alejandra	
19 MAYO 2026	12:03.	Luisa Fda. Jaramillo Cardoso	1038646634	Lou	Inf - HB3.	Alejandra	

Inf = 3 HB = 1