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.

3172636

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** [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
20 MAYO 2026	11:05	Viviana Andrade H	1041056394	Viviana	HB(3) -Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:08	Lorena Valencia C.	1025888454	Lorena V.C.	HB(3) Inf(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:10	Mariana Gil Tapias	1018240852	Mariana Gil	HB(3) Inf(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:12	Yuliana Jimenez G.	1001017240	Yuliana G.	HB(3) VC(2) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:15	Mª Fernanda Betancur E	1028141221	Mª Fernanda	HB(3) -Inf	Alejandra	

317263

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** [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
20 MAYO 2026	12:29	Stefania Cardona Londoño	1011398512	Stefania	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:30	Laura Melisa Ospina	1000752235	laura	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:31	Maira Alejandra Restrepo	1023592536	Alejandra	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:32	Evelin Gonzalez Urrego	1020114328	Evelin	Hb3, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:33	Mariny Valeria Montaño	1032	Valeria Vaga	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:35	Karen David Gonzalez	1013541560	Karen David	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:36	Daniela Lobo Martinez	1235234071		Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:50	Maria Isabel Austria Balcs	1023633116	Maria Isabel	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:52	Charith Daniela Lyan Rodriguez	1023627709	Daniela Lyan	HB(3) Inf(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:8	Valentina Bossio	1066349967	Valentina Bossio	Hb3, INF.	Alejandra	

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
	12:58	Ladi Gonzalez Velazquez	1038869666	Lug.	INFLUENZA HB3.	Alejandra	
	1:00	Ana Isabel Ramirez Polanco	1052955399	Anaisabel	HB(3) - INFLUENZA	Alejandra	

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

317834

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	9:26	Laura Camila Alarcon Rozo	1072652424	Laura A.	Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:10	Mª Paula Ramirez Gomez	1020109328		HB2-Inf.	Alejandra	

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** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X] 3174181

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	9:24	Isabella García Salas.	1033181147	Isabella Garcia	Inf.	Alexandra	
20 MAYO 2026	9:34	Marisol Balanta Ojola.	1066603954	Marisol Balanta.	HB3.	Alejandra	
20 MAYO 2026	9:36	Santiago Silva Urrego.	1036865203	Santiago	HB3.	Alejandra.	
20 MAYO 2026	9:50	Isabella Correa Londoño	1018234731	Isabella Correa	HB3, V2.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:13.	Yulieth Ruiz Arteaga.	1023526671	Yuli Ruiz	Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:48.	Santiago Jimenez tapata	1015645363	Santiz	V2, Inf.	Alejandra	

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.

3239646

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
20 MAYO 2026		Sara García Salazar	1025889285	Sara G.	HB3 INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Ximena Villar	1033176494	Ximena V	Hb3, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Isabela Rodriguez C.	1015071903	Isabela R.	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026		Samy cuadros vargas	1025761772	Samy V.	Hb2 Vz, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026		Maria Paula Galvis R.	1067290181	Maria Galvis	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026		Elizabeth Correa jaramillo	1035427127	Elizabeth C.	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026		Manuela Vallejo F.	1035423703	Manuela V.F	Hb2, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Nicol Dahyana Cordoba	1073460212		Hb2, Vz, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:43	Nalliba Hurtado Leitore	1040797641	Nalliba L H.	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:44	Liliana Ospendo Martinez.	1039888159		Hb3, INF	Alejandra	

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
20 MAYO 2026	11:45	Daniela Ramirez Florez	1063287188	Daniela R.	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:46	Denis Umaña Higuita	1041533592	Denis J.H.	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:47	Yuleinis Echeverri C.	1123405845	Yuleinis Colante	Hb3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:49	Michel Zapata Herrera	1017398245	Stefany	Hb2, V2, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:49	Sara Florez Gurrao.	1128451578	Michelle F.	Hb2 1/2 INF	Alejandra	

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

3239698

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
20 MAYO 2026	11:00	Maria Fernanda Cano Arboleda	1023632908	Maria C.	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:05	Alejandra purango G.	1035580742	Alejandra P.	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:10	Michelle Estrada Escobar	1013392568	Michelle Estrada E.	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:14	Keisy M cuesta p	1025765706	Keisy cuesta	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:18	Keidis ESPITIA C.	1035642870	Keidis E	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:20	Samuel Henao	1033490803		HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:22	Zuly Gómez	1027801495	Zuly Gómez	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:23	Andrea C. Herrera de Hoyos	1064898307	Andrea Herrera	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:25	Liceth Mosquera Mosquera	1082178226	Leanys Mosquera	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:28	cesia serna Hernandez	1033426611	cesia serna	Inf(A)	Alejandra	

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
20 MAYO 2026	11:30	Yuliana Mejia Ruiz	1038437749	yuliana Mejia	HB(3) Inf(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:32	Monica Marcela Paniagua Paniagua	1128468341	Monica Paniagua	Inf(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:35	Valentina Ochoa robles	1034918802	Valentina O.R	HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:38	Yirledy Pereira figueroa	1192785844	Yirledy Pereira	HB(3) VO(2) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:45	Nicol Tabarqua Valderrama	1011396788	Nicol Tabarqua Valderrama	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:48	Zulema Fernandez Salcedo	1003291383	Zulema Fernandez	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	11:50	Jeraldine Ramirez Restrepo	1001470603	Jeraldine Ramirez	HB(3) Inf(A)	Alejandra.	

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 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

3234737

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
20 MAYO 2026		Heidy Daniela Sierra Higuita	1001469824		HB(3) INF(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026		Andrea DÍAZ MALDONADO	43585815	Andrea DM	INF(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026		Esteban Fontacara Cubides	1029646734		TT(3) HB(3) INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Emanuel Jimenez Garcia	1105365163	Emanuel	HB(3) INF(A) TT(3)	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:14	Neyris Andrea Diaz	1216725546	Andrea D	HB(2) VC(2) INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Mariana Blandon salas	1071[illegible]057		HB(3) INF	Alejandra	
20 MAYO 2026		Yastelin Montoya Ramirez	1000633866	Yastelin	HB(2) - VC(2) INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:25	Anllely Aguimasa Quintero	1023629094	Anllely A.	INF(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026		Mariana Villa Padierna	1055478696	Mariana Villa	HB(3) INF(A)	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:28	Wendy De la Hoz	1043134762		Influenza H - B(3)	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia

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** ☒

3288969

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	10:05	Valeria Usuga Castañeda	1025761815	Valeria Usuga	Inf.	Alejandra Redondo	
20 MAYO 2026	1:15.	Carolina Echavarría	1033180573	Carolina Echavarría	Hb3, inf.		

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

3316301

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
20 MAYO 2026	12:06	Ana Sofia Quiros Gomez	1039919915	AnaSofiaQ	HB(3)-Infant	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:39.	Sofia Durango Becoya	1038263720	Sofia	Hb3, Inf.	Alejandra.	
20 MAYO 2026	1:42.	Yeni Carolina Lopez Garcia	1026136457		Hb3, Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:43.	Kelly Johana Muñoz L.	1025763921	Kelly Muñoz L.	Hb3, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:46	Nicolth Liceth Mosquera C.	1078001253	N. colth M. L	Vz, Inf.	Alejandra	

3316318

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
20 MAYO 2026	12:07	Maria Consuelo Marin Fonseca	42977410		HB3	Alejandra	
20 MAYU 2026	12:08	Kristin Stefay Cardona espinos	1018234051	Kristin C.e.	HB3.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:06.	Keli Vanesa Palacios.	1010-101295.	Keli vanessa	HB3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:09.	Dahiana Sánchez Monsalve	1017825445	Dahiana Monsalve	HB3.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:27.	Tatiana Garcia Yepes	1032010577	Tatiana Garcia Y.	HB3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:28.	Ana Sofia Montoya S	1038263742	Ana Sofia MS	HB3.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:30.	Juan David Parra M	1033799987	Juandavidp.	HB3, HB3, INF	Alejandra	
20 MAYO 202	1:32.	Stefania Montoya Piedrahita	1023627378	Stefania M.	INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	2:30	Ana Maria Ramirez Perez	1020115542		HB (3) INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	2:35	Evelyn Villa E.	1017249889	Evelyn Villa	INF(A)	Alejandra	

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

3316318

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
20 MAYO 2026	2:40	Fabiana Sofia Pola echavarria	1235239455		HB(3) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	2:41	Cristian Andrés Vega Coronado	1118538933		HB(3) TT(3)	Alejandra	
20 MAYO 2026	2:45	Laura Gomez Rojas	1193231451	Laura Gomez Rojas	HB(3) Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	2:49	Stefany Julio Gonzalez	1101878639	Stefany Julio	HB(3)	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:20	laura Valeria C Gomez	1015188823	Laura	HB(3)	Alejandra	

3316329.

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 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
20 MAYO 2026	3:01	Yeraldin Rios Zapata	1152469098	Yeraldin Rios Zapata	Hb2, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:02	Alejandra Montoya	1152699602	Alejandra M.	Hb3, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:04	Luzney Bonilla Palacios	1076018635	Luzney Bonilla	Hb1, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:06	Alexandra tamayo cano	1000188357	Alexandra tamayo	Hb1, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:08	Karen Mercado Montes	1047425609	Karen Mercado	Hb1, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	3:09	Vanessa Tano Alvarez	1073282201	Vanessa Tano Alvarez	Hb1, V1, INF	Alejandra	

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** ☒

3356717.

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	10:44	Valeria Restrepo Hincapie.	1152713622	Valeria R.	Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:45	Yesica Natalia Zapata	1017202106	Yesica Zapata	Hb2, V2, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:46	Mariana Jaramillo R.	1000717618	Mariana Jaramillo.	V.1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:47	Luisa Fernanda Torres.	1000874447	Luisa Torres	Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:48	Leidy Durán Tortacio	1214725910	Leidy Durán T.	Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:49	Elmer Salge Chalea	1007691057		T12, Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:53	Saray Marulanda Vélez	1013336805		HB 1 Vaix influenza 1	Alejandra	
	NO	Ma Fernanda Cano Arboleda	1023632908	Maria C.	NO	NO	NO
	NO	Alejandra Durango G.	1035580142	Alejandra D.	NO	NO	NO
	NO	Michelle Estrada Escobar	1013342568	Michelle Estrada E.	NO	NO	NO

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
20 MAYO 2026	10:55	Luds Agudelo 1	1033687907	Luds Agudelo	H3(1) V(2) mRCA	Alejandra	

3356776.

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** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	1:23	Argenis Yolima Callejas	1044120429	Argenis C	HB 3, V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:24	Carolina Gonzalez G.	1035433731	Carolina GG	HB2, V1, INF	Alejandra	

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** ☒

33894866

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	10:18	Andrea Ramos Velasquez	1001362617	Andrea Ramos	HB2-V1-Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:21	Yarlenis Astrid. Rodriguez.	1035424327	AstridRodriguez P	HB2-V2-Inf	Alejandra.	
20 MAYO 2026	10:22	Katherine Barbara Moreno	1020493130	Katherine B.M	HB1-V1-Inf	Alejandra.	
20 MAYO 2026	10:22	lisseth. leany Asprilla T.	1033489956	Lisseth Asprilla	HB1 V1 Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:24	Mª Angel. Ojeda. Roman.	1066517255 TI	Maria Angel O.	HB1-V1-Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:24	Karol Valentina Tuberquia	1041532425	Karol tuberquia	HB1-V1-Inf	Alejandra,	
20 MAYO 2026	10:26	Manuela Tamayo Villegas	1025654325	Manuela Tamayo	HB1-V1-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:27	Isabella Garcia Amaya	1020225218	Isabella Garcia	HB1-V1-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:29	Daniela Manuel camargo Naranjo	1104261680	Daniela CN	HB(1) VA)-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:30	Adriana Lucia M	1023633209	Adriana M	HB(1)VA)-Inf	Alejandra	

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** [X] **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
20 MAYO 2026	10:35	Valentina Molina.	1000107559	Valentina M.M.	V1-HB1-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:35	Jesus Daniel Moreno Espinosa	1052953332	Jesús M.	HB3-Inf-TT3	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:37	Gheraldyn Estefania Cuesquer	1085917645	Leyy Cubano	HB1-V1-Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	10:38	Yuly Viviana Correa Restrepo	1087548827		V1--Inf.	Alejandra	

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

339815

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
20 MAYO 2026	1:03	Faviana Laurimar Led Martinez	4557418	Faviana L.	HB(2) VC(2) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:04	Ximena Betancur Posada	1013342757	Ximena	HB(2) VC(1) Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:10	Ismary Barragan Torres	5209351	Ismary	Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:17	Yetzibel Alejandra Rios Ortiz	5154513	Yetzibel Rios.	Hb1, V1, Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:19	Mayerlis Ortega Tera	1063250192	Mayerlis O.	Hb1, V-1, Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:20	Valentina Rojo londoño	1011395530	Valentina C.	Hb1, V1, Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	1:22	melany castrillon	1078842668	melany	HB(1) VC(1) Inf	Alejandra	

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 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

3411372

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
20 MAYO 2026	8:59	Anllys Carolina Quintero Perez	1028028615	Carolina Quintero	HB(a)VCV-INF		

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

3411375

	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
2	0 MAYO 2026	8:05	Mª Valentina Bustamante R.	1040574297 TI	Maria B.	HBb2 - Vz - Inf	Alejandra.	
2	0 MAYO 2026	8:23	Emmely Henriquez Montaya	1033491225	Emmely Hm	Vz.	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:24	Laura Lema Diaz.	1027741101	Laura lema D.	HBz - Vz.	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:26	Sofia Quiroz Vila	1020225110 TI	Sofia Quiroz	HBz	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:27	Mª Alejandra Mena Alvarez	1025662628 TI	Maria Alejandra A	HBz - V1.	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:28	Lura. Catalina Rivera M.	1000548289	Lura Rivera M.	HBz - V1.	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:30	Elkin Mauricio Cano L.	1026062439	~~Cancel~~	TTz - HBz - V1	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:32	Jorcy Kevith Montaya Florimar.	1035844602	Jorcy Kevith M.	HB1 - V1.	Alejandra	
2	0 MAYO 2026	8:34	Bernal Higuita Sara	1032015371 TI	Sara B.H.	V1.	Alejandra.	
2	0 MAYO 2026	8:35	Isaac David Montaya M.	1040371608 TI	Isaac montalvo M.	HBz - Vz.	Alejandra	

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** [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
20 MAYO 2026	8:37	Silvana Acosta Valencia	1036452319	Silvana Acosta V.	V2.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:37	Valentina Zapata Durango	1033427363	Valentina Z.	Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:38	Ana Mareth Mosquera	1037611344	Ana Mareth	HB2-V2-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:40	Mariana Schiller Borja	1037121851	Mariana Schiller B	V1-HB1-Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:41	Natalis Daryanis Bello	1142920498	Natalis B	HB2- V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:42	Sofia Gomez Vasquez	1022148454	Sofia Gomez V	HB2- V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:43	Natalia Lieth Gonzalez	1032183635	[illegible]	Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:44	Shelsea Yisbeny Aguilar	1039691433	Shelsea Aguilar	HB2- V2.	Alejandra	
20 MAYO 2026	9:09	Hamely Tabarda Garcia	1025650737	Hamely Garcia	HB2.	Alejandra	

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

3411378

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
20 MAYO 2026	7:58	Miguel Enrique Mejias.	66646 12.		TT2 - V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:09	Isabella Cerbho Cuartas.	1021808228	Isabella cedano	Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:10	Sebastian Monsalve Muñoz	1018235249		Inf.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:12	Yeison Ramiro Perez Misas	1091585636		TT5 Inf - HB3	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:13	Victor Manuel Pizo Chima	1051741122		Inf	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:14	Kera juliana Acevedo	1066604504	Keira Acevedo	Inf - HB2 - V2	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:16	Luciana lopez Muñoz	1032015498	Luciana lopez	HB2 - V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:19	Nicol Jarley Wallens Catano	1018235435	Nicol W	V2 - HB2.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:20	Juan David Fernandez	1128446636	Juan David Fdz.	HB2 - V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	8:20	Carla Andrea Valencia.	1077645196	carla valencia	V2 - Inf.	Alejandra	

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** [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
20 MAYO 2026	8:21	Giovany Cardenas Bedoya	1020113841	Giovanny	TRB2	Alguacil	

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

3481193

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
20 MAYO 2026	12:11	Richard Gutierrez Marin	8.127627	RICHARD GTZ	T3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:12	Alejandra Molina Toledo	43949957	Alejandra M.	INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:14	Johnatan Gomez Cataño	1020739951	Johnatan Gomez	HB1, T3.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:15	Brayan Bedoya Rios.	1040050138	BrayanR	T3, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:16	Yeranith Arroyave Pedroza	1122065386	Yeranith Arroyave B	V1, HB1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:17	Sneida Arteaga Raval	44000460	Sneida Arteaga	V1, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:19	Yaqueline Builes Ruiz	1067890265	Yaqueline B.	V2, HB2, INF	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:20	Yolima Amparo Vargas	32088837	Yolima Vargas	INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:20	Jessica Franco Muñoz	1040758160	Jessica FRANCO M.	V2, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:22	Lisbeth Rodriguez Martinez	1049533313	Lisbet Rodriguez M.	V1.	Alejandra	

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
20 MAYO 2026	12:23	Laura Victoria Upegui	1041151460	Laura Upegui	V1.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:24	Erica Natalia Correa.	39388753	Natalia C	Hib, INF.	Alejandra	
20 MAYO 2026	12:25	Natalia Andrea Tapata.	1010748296	Natalia Tapata	INF.	Alejandra	

4/4

3172785

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** Vacunarse es su Seguro de Vida	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V07 R07 033**
	SIG	**VERSIÓN: 07**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 07**
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	**FECHA: 16-09-2025**

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
22 MAYO 2026	10:16	Mariana Orozco Gallego	1037648593	Mariana06	Hb3, Inf¹	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:19	Nashua Velez Cabrera	1011410288	Nashua Velez	Inf², V2.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:26	Mariana Londoño	1018240003	Mariana Londoño	Hb2, V2.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:27	Valentina Fuentes	1000758910	Valentina C.L	Hb3, Inf³.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:30	Manuela Henao V.	1013997592	Manuela H	Hb3, Inf, V2.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:31	Lizeth Gonzalez A.	1066727427	Lizeth Gonzalez	Hb2, Inf V2.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:32	Valeria Ochoa V.	1025891365	Valeria O.	Hb3, Inf.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:33	Shelly Ovalono P.	1138024643		Hb3, Inf.	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:36	Yiseth Daniela Roman L.	1027997765	Daniela Roman	Hb3, Inf	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:37	Jessica Velez Mann.	1017258416	Jessica velez	Hb2, Inf, V2.	Alejandra	

HB=12 V=6 TT=1 Inf=13

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
	SIG	VERSIÓN: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

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
22 MAYO 2026	10:38	Zuleima Muñoz	1013458955	Zuleima M	Hb3, Inf, 1/2	Alejandra.	
22 MAYO 2026	10:40	Jhan Cáceres	1101390475	Jhan C Cáceres	T1/2, Inf	Alejandra	
22 MAYO 2026	10:42	Alexandra Gutierrez Osorio	1025891094	Alexa G	Hb2, Inf	Alejandra.	
22 MAYO 2026	10:43	Maria Marquez Sanchez	1118825037	[illegible]	Hb3, Inf	Alejandra.	