

3065723

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
		<p>SIG</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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
26 MAYO 2026	4:07	Vanessa Aldo Lopez	102070403	Vanessa Aldo Lopez	Hb3, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	4:28	Marcel Barrera Alvarez	102440147	Marcel Barrera Alvarez	Hb3, INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:05	Mis Vanessa Plana S.	114643065	Mis Vanessa Plana S.	INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:09	Catherine Piedrahita	102046490	Catherine Piedrahita	Hb2, INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:18	Carolina Correa Restrepo	1044986605	Carolina Correa Restrepo	Hb3, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:21	Valentina Villada Costarech	1030070114	Valentina Villada Costarech	Hb2, INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:25	Rosalba Peret Martinez	1008292779	Rosalba Peret Martinez	Hb3, INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:40	Luisa Fernanda Funes C.	1146443416	Luisa Fernanda Funes C.	Hb3, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	6:24	Diana Catherine Galindo C.	1022981535	Diana Catherine Galindo C.	Hb3, INF, V2	Alexandra	
26 MAYO 2026	6:24	Dahiana Diaz Velasquez	1022442596	Dahiana Diaz Velasquez	Hb3, INF, V2	Alexandra	

3172653

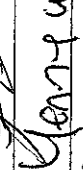
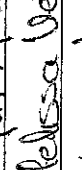
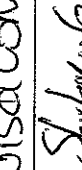
 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
		<p>SIG</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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
26 MAYO 2026	4:51	JESICA TAPIAS RAMIREZ	1128387227		HB02 VC2 - INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:37	Jenny Alejandra Valero	1013259438		HB02 VC2 - INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:42	JARA Helissa Valero Rojas	1017417652		V1 INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:45	Mª Alejandra Carlandeta Jara	1000472650		V2, INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:48	William Herrera Torres	37290809		H2, V2, INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:52	WISLA PEA WACC	1003287965		HB01 VC2 - INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:03	Andy Shirley García Girón	1027953712		VC2	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:04	Sandra Filiana Seguros	440019972		HB02 VC2 - INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:07	Monica Maria Parra Ujeda	108393639		Inf	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:09	Yana Alejandra Cardona	1152204808		HB03 - JARCA	Alejandra	

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

FO CAL VC V05 R05 021

VERSION: 05

REVISION: 05

FECHA: 17-02-2025

EMPRESA INSTITUTO:

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

JORNADA DE SALUD

NICILARIO

AD MOVIL

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

BIOTOGICO

3177653

DATOS DEL PACIENTE										DATOS DEL ACUDIENTE					BIOTOGICO								
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	DIRECCION	BARRIO	CELULAR	EPS	CORREO ELECTRONICO	NOMBRE	DOCUMENTO	TD	HB	VA	INF								
1	Josica Johana Lopez	117838727	25-08-87	F	Calle 52 # 1835-168	Harabá	3133101398	Sota (CI)	jlopez12@gmail.com				2	2	1								
2	Lenny Alvaro Volador	1017151939	08-05-98	F	Calle 55 # 30	Guacabo	3132144983	Sota (CI)	lvolador100@gmail.com				2	2	1								
3	Laura Velez Rojas	202714768	15-11-91	F	Calle 55 # 39	Guacabo	3010141378	Guacabo	lvelez107@gmail.com					1	1	1							
4	Maria Estefania Torres	1000112650	17-7-2002	F	Calle 55 # 58-55	Norabica	312658100	Sota	estefania.torres@gmail.com					2	1								
5	William Arenas Torres	372410809	16-5-83	F	Calle 55 # 115	Peten	3137651483	Sota	william.torres@gmail.com				2	2	1								
6	Luis Fernando Lopez	1003787965	06-04-2000	F	Calle 55 # 25	Santa Cruz	3133213700	Sota (CI)	luisfernando.lopez@gmail.com				1	1	1								
7	Simón Alexander Velez	1000195138	17-08-99	M	Calle 55 # 1835-168	Santa Cruz	3023144583	Sota (CI)	simon.velez@gmail.com			2	2	2	1								
8	Alvaro Isidro Morales	1045972097	30-12-2001	F	Calle 55 # 1835-168	Santa Cruz	3135436661	HEPS (CI)	isidoro.morales@gmail.com				1	1	1								
9	Laura Sofia Higuito Guion	1034947169	21-11-2004	F	Calle 55 # 1835-168	Santa Cruz	3023038751	Sota (CI)	laura.sofia.higuito@gmail.com				1	1	1								
10	Milena Vanalberto Quintanilla	372473719	14-01-80	F	Calle 55 # 1835-168	Compendio	3005084325	Sota (CI)	milena.quintanilla@gmail.com				1	1	1								
11	Francisco Hain Barlet	100136262	05-01-2002	F	Calle 55 # 1835-168	El Pajón	3214011645	Sota (CI)	francisco.hain@gmail.com				2	1	1								
12	Andrés Shirley Gares Guion	1021453112	06-11-2005	F	Calle 55 # 1835-168	Santa Cruz	3094651867	Sota (CI)	andres.shirley.gares@gmail.com					2									
13	Sandra Milena Sepúlveda	440014492	04-12-83		Calle 55 # 1835-168	Maguey	3016005849	Sota (CI)	sandra.milena.sepulveda@gmail.com				2	2	1								
14	Monica Maria Paez Usuga	1128913639	09-06-88	F	Calle 55 # 1835-168	Santa Cruz	3136216398	Sota (CI)	monica.paez@gmail.com														
15	Maria Alejandra Cardenas Sanchez	1152109808	24-01-94	F	NLU	Monde Santa Cruz	3135314058	Sota (CI)	alejandra.cardenas@gmail.com				3		1								
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
CONTACTO										CORREO													
COORDINACION DE ENFERMERIA										TELEFONO													
OBSERVACIONES										TOTAL													

Los líderes de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

<p><i>Centro Especializado en Vacunación</i></p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>	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 acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administran.

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

[illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

Centro Especializado en Vacunación

	<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
<p>FO CAL VC V08 R08</p> <p>033</p>	<p>VERSIÓN: 08</p>
<p>SIG</p>	<p>PROCESO: CALIDAD</p>
<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>	<p>REVISIÓN: 08</p>
<p>FECHA: 17-03-2026</p>	

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

☐	Intramural	☐	Extramural	☐	Jornada de vacunación	☐	Domicilio	☐	Unidad Móvil
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------

[illegible]

<div>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</div>							FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE						FO CAL VC V05 R05 021							
EMPRESA INSTITUTO:							VACUNADOR:						FECHA:							
MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO							NOMBRE						ASISTENTE:							
INTRAMURAL							EXTRAMURAL						AD MOVIL							
HORNADA DE SALUD							NICILIARIO													
SIG							PROCESO: CALIDAD						VERSION: 05							
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS													REVISION: 05							
													FECHA: 17-02-2025							
													3172851							
													BIOLOGICO							
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	DIRECCION	BARRIO	CELULAR	EPS	CORREO ELECTRONICO	NOMBRE	DOCUMENTO	TD	HB	VA	INF				
1	Isabelbaira Balan		103626414	20-05-2003	F	HLS	Mogote-Bello	3503911470	Sora CI	isabelbaira@gmail.com	///	///				1				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
CONTACTO							CORREO							TELEFONO						
COORDINACION DE ENFERMERIA							TOTAL													
OBSERVACIONES																				

Los líderes de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que: Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
SIG	VERSION: 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 administran.

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
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------	-------------------------------------	---------------------

[illegible]

<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>	
<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
<p>SIG</p>	
<p>PROCESO: CALIDAD</p>	
<p>REVISIÓN: 08</p>	
<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>	
<p>FECHA: 17-03-2026</p>	

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 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 administran.

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
26 MAYO 2026	3:42	Yisel Oquendo Naranjo	1013339291	Yisel Oquendo	Hb3, INF.	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:13	Valeria Saldarriaga Varona	1021806367	Valeria S.C	Hb3, INF.	Alejandra	
26 MAYO 2026	5:25	Angie Danielmarin Durango	1000191286	Angie Durango	Hb3, INF-VOL	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:11	Cepareda Padraon Maclean	43555062	Cepareda	INF, V2	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:12	Evelyn Tatiana Vain Lopez	1023623261	Evelyn Vain	Hb3, VOL-INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:14	Veronica Fernanda Sucregra Machado	1006644907	Veronica	Hb3, VOL-INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:22	Alber Mabeo Senio Pulido	1003233518	Alber	Hb3, VOL-INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:32	Daniela Rios Lopez	7793483780	Daniela R	Hb3 - INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:34	Mauricio del Castillo Villeda	3593184	Mauricio	Hb3, TTS-INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	6:40	Guia Daniela Pineda F.	1006821311	Guia Daniela P	Hb3, VOL-INF	Alejandra	

Óptimo Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Vacunarse es su Seguro de Vida

FO CAL VC V07 R07 033

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

SIG

VERSION: 07

PROCESO: CALIDAD

REVISIÓN: 07

ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN

FRECHA: 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 administran.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada que se me administró.

Efectos pos vacunales: Carol en el sano de pánico, histeria en la zona y 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

[illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

VERSION: 05

FECHA: 17-02-2025

ASISTENTE:

FECHA: 23/04/19

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

JORNADA DE SALUD

NO MOVIL

EMPRESA INSTITUTO:

VACUNADOR:

NICILIARIO

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO CAL VC V05 R05 021

REVISION: 05

FECHA: 17-02-2025

DATOS DEL PACIENTE										DATOS DEL ACUENTE				BIOLOGICO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	DIRECCION	BARRIO	CELULAR	EPS	CORREO ELECTRONICO	NOMBRE	DOCUMENTO	TD	HB	VA	INF	
1	Nisel Johanna Oquendo Bello	1013339191	08-06-2005	F	calle 27 # 35-24	BOJUEZ	3003660084	Sura CIJ	oquendobello@gmail.com	111	111		3		1	
2	Volera Saldaña Pizarro	1017805361	07-12-2007	F	calle 27 # 35-24	BOJUEZ	3206641934	NT	Volerasaldana@gmail.com				3		1	
3	Angie Daniela Buitrago	1000141886	15-11-2002	F	caes 27 # 35-24	el pesque	3007390338	Sura CIJ	angiedanielabuitrago@gmail.com				3		1	
4	Andry Shirley Gaites Giron	1017953112	06-12-2005	F	Ciudad 27 # 35-24	San Isidro	3046510017	Subal CIJ	andryshirleygaites@gmail.com	Ficha 3171653			1	1	1	
5	Sandra Milena Sepulcro	140019901	07-12-83	F	Ciudad 27 # 35-24	BOJUEZ	3016052999	Sura CIJ	sandra.milena.sepulcro@gmail.com	Ficha 3171653			2	2	1	
6	Monica Maria Parra Usuga	1178390339	09-06-88	F	calle 27 # 35-24	San Isidro	3136776398	Sura CIJ	monicaparrausuga@gmail.com	Ficha 3171653					1	
7	Monica Sandra Cardenas Sanchez	1157204808	24-09-94	F	NIS	San Isidro	3235314588	Sura CIJ	monicacardenas@gmail.com	Ficha 3171653			3		1	
8	Quetzaly Patricia Hernandez Abrego	433555042	29-04-11	F	calle 27 # 35-24	San Isidro	3248211537	Sura CIJ	quetzalpatriciahernandez@gmail.com	Ficha 3171653				2	1	
9	Evelyn Patricia Hernandez Lopez	1075673261	02-05-2007	F	Ciudad 27 # 35-24	BOJUEZ	3046510017	Sura	evelynpatriciahernandez@gmail.com				1	1	1	
10	Mónica Fernanda Suarez Garcia M	1000144417	07-04-2002	F	Ciudad 27 # 35-24	San Isidro	30088244610	Sura CIJ	monicafernandasuarezgarcia@gmail.com				2	2	1	
11	Albairey Mateo Osorio Pineda	1090333518	19-04-92	M	calle 27 # 35-24	San Isidro	3015006358	Sura CIJ	albaireymateoosoriopineda@gmail.com			2	2	2	1	
12	Daniela Ros Lopez	1143487730	29-11-2001	F	calle 27 # 35-24	San Isidro	3207586148	Sura CIJ	danielarosalopez@gmail.com			3	3		1	
13	Monica Alejandra Castiblanco	3583184	16-08-84	M	calle 27 # 35-24	San Isidro	3103636942	Sura CIJ	monicacastiblanco@gmail.com			3	3		1	
14	Quetzaly Patricia Hernandez Abrego	1006821311	16-06-2000	F	Ciudad 27 # 35-24	San Isidro	3113391977	Santa Fe CIJ	quetzalpatriciahernandez@gmail.com				1	1	1	
15	Monica Patricia Hernandez Abrego	1055333647	16-11-92	F	calle 27 # 35-24	San Isidro	3207586148	Sura CIJ	monicahernandezabrego@gmail.com				1	1	1	
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
CONTACTO																
COORDINACION DE ENFERMERIA																
OBSERVACIONES																
TOTAL																

Los líderes de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

2-
2-
2-
2-

2019

3347129

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
		<p>SIG</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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
26 MAYO 2026	5:42	Victor Alvaro Pineda Lopez	715322224	Victor Pineda	HBa) Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	5:43	Ruby Janet Roldan Arce	39357172	Ruby Roldan	HBa) Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	5:45	Sara Valentina Rincon Alvarez	1017271836	Sara Rincon	HBa) Vca)	Alfandea	
26 MAYO 2026	5:46	Yurith Alexandra Torres Nargo	439222225	Yurith Torres	HBa) Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	5:48	Dacynara Paez Roldan	1017146920	Dacynara Paez	HBa) Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	5:59	Yenny Alexandra Torres	439716446	Yenny Torres	Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	6:00	Adriana Caraballo Diles	1035130242	Adriana C.	HBa) Vca) - Inf	Alfandea	
26 MAYO 2026	6:01	Marylen Granados Vibe	439904444	Marylen	Vca) Inf	Alfandea	

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

EMPRESA INSTITUTO:

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

FO CAL VC V05 R05 021

SIG

VERSION: 05

PROCESO: CALIDAD

REVISION: 05

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FECHA: 17-02-2025

VACUNADOR:

ASISTENTE:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

JORNADA DE SALUD

MICILIARIO

AD MOVIL

FECHA:

3347129

DATOS DEL PACIENTE

DATOS DEL ACUDIENTE

BIOLOGICO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	DIRECCION	BARRIO	CELULAR	EPS	CORREO ELECTRONICO	NOMBRE	DOCUMENTO	TD	HB	VA	INF
1	VICTOR HUGO GONZALEZ	71537274	03-01-77	M	Vereda Mendocino	San Blas	3103712072	Sanitas (C)	vhenegof@tfe@gmail.com	vhenegof@tfe@gmail.com		1	1	1	1
2	DELA CRUZ FLORES	34135772	10-04-78	F	NIS	Vereda Mendocino	3178849887	Suria (C)	bjavoa@tfe@gmail.com	bjavoa@tfe@gmail.com			1	1	1
3	SARA VALENTINA LUCAS	1017121836	26-06-99	F	Calles 146	Vereda Mendocino	3303370087	Suria (C)	sara.men@tfe@gmail.com	sara.men@tfe@gmail.com			3	1	
4	JUANITA ALEXANDER TORRES MORA	43972725	04-10-84	F	Calles 146	Vereda Mendocino	3003185562	Suria (C)	alexander.men@tfe@gmail.com	alexander.men@tfe@gmail.com			1	1	1
5	DELA CRUZ FLORES	1017116910	23-01-87	M	Calles 146	Vereda Mendocino	3043341851	Suria (C)	vhenegof@tfe@gmail.com	vhenegof@tfe@gmail.com			1	1	1
6	JUAN ALEXANDER TORRES MORA	43971616	14-01-83	M	Calles 146	Vereda Mendocino	3106829978	Suria (C)	alexander.men@tfe@gmail.com	alexander.men@tfe@gmail.com				1	1
7	ADRIAN GONZALEZ OLIVERA	1035430972	26-07-97	F	AV 98B 65-56	Niquita-Bel	3137588887	Suria (C)	adrian.gon@tfe@gmail.com	adrian.gon@tfe@gmail.com			1	1	1
8	MARY LIZ GONZALEZ OLIVERA	439710441	05-04-85	F	Calles 146	Vereda Mendocino	3126371242	Stofel (C)	mary.liz.gon@tfe@gmail.com	mary.liz.gon@tfe@gmail.com				1	1
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
CONTACTO										TELEFONO					
COORDINACION DE ENFERMERIA										TOTAL					
OBSERVACIONES															
												1	6	2	1

Los liberos de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que: Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

3352785.

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
		<p>SIG</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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
26 MAYO 2026	3:33	Ashley Gonzalez Cortes	7330392	Chelly	Hb2, INF, V1	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:35	Aleth Ruiz Perez	1045428333	Ainey Ruiz	Hb2, INF, V1	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:45	Shelby Rodriguez Nieto	100212622	Shelby	INF, V2	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:47	Mery Jimenez Ospina	105164796	Mery Jimenez	V2	Aleandra	No, se aplico vacunas 25-5-26
26 MAYO 2026	3:50	Meredith Mejia Jimenez	105045243	Meredith	INF, V2	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:54	Lised Yvetti Osorio Sierra	1023801294	Lised	Hb2, INF, V2	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:55	Wendy M. G. Perez Sierra	1055416865	Wendy P.	Hb2, INF, V1	Aleandra	
26 MAYO 2026	3:57	Lorena Milena Valenzuela	32255868	Milena Valenzuela	INF, V2	Aleandra	
26 MAYO 2026	4:00	Ana Cristina Moreno Ruiz	1000536171	Ana Cristina	INF	Aleandra	
26 MAYO 2026							



Vacunarse es su Seguro de Vida

FO CAL VC V08 R08
033**VERSIÓN: 08**

REVISIÓN: 09

FECHA: 17-03-2026

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

Intramural

Figure 1 is a schematic diagram of a single neuron. It shows a cell body (soma) with a nucleus, surrounded by a cell membrane. A dendrite is shown on the left, and an axon is shown on the right, extending from the cell body. The axon is covered by a myelin sheath. The diagram is labeled with "Dendrite", "Cell body", "Axon", and "Myelin sheath".



1

1001

[illegible]

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

3411364

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
		<p>SIG</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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
26 MAYO 2026	3:40	Dora Ines Lozano Tronzo	1003400458	Dora Lozano	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:04	Xiomara Osorio Martinez	44006422	Xiomara	b2, INF, V2	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:03	Valery Leonidas Callejo	1020106404	Valery	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:15	Daniel Yulio Borgeon	1207-844866	Daniel	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:17	Lica Lenete Ineda	1026257588	Lica	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:28	Lidia Lina Osorio	1193003125	Lidia	b3, INF	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:31	JORGE A. HINCAPIE	1044504434	Jorge	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:35	Mariana rendon roldan	1011396523	Mariana	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:41	veronica agudelo	1036594678	Veronica	b1, INF, V1	Alejandra	
26 MAYO 2026	1:52	Melissa Bedoya Cardozo	1074933377	Melissa	b1, INF, V2	Alejandra	

3411364

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i>	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 administran.

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 CIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
26 MAYO 2026	4:58	Sara C. Montoya E	1216318970	Sara M.	H01, INF, V1.	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:11	Ledy Dayana Orjuela Maza	1000090231	Ledy Orjuela M.	H03, INF, V1.	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:15	Jasica Bedoya Aliu	1020046139	Jasica Bedoya Aliu	H01, INF, V1.	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:23	Daniela Noriega Garcia	1000746235	Daniela N.	H02, INF, V2	Alexandro	
26 MAYO 2026	5:25	Sara Sofia Romero Florbela	1017933210	Sara R	H01, V1.	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:32	Alexandria Arango	1035437259	Alexandria	INF, V1.	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:34	Rony Moreno Cardenas	1027998146	Rony	H02, INF, V2, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:44	Ledy Nodora Cardona	32000181	Ledy	H01, V1, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:51	Yuanh Wufrá	1013762600	Yuanh	H03, V2, INF	Alexandra	
26 MAYO 2026	5:55	Paula Del Valle	43184470	Paula Del Valle	H01, V1.	Alexandra	

<p><i>Centro Especializado en Vacunación</i></p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>	<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>FO CAL VC V08 R08 033</p>
	<p>SIG</p>	<p>VERSIÓN: 08</p>
	<p>PROCESO: CALIDAD</p>	<p>REVISIÓN: 08</p>
	<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>	<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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	☐
-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

[illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

VERSION: 05

REVISION: 05

FECHA: 17-02-2025

FECHA: 31/1/2024

ASISTENTE:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

JORNADA DE SALUD

DI

AD MOVIL

VACUNADOR:

MICILIARIO

DATOS DEL PACIENTE

Nº

NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

GENERO

DIRECCION

BARRIO

CELULAR

EPS

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE

DOCUMENTO

TD

HB

VA

INF

1

Diaz Andres Jairo Aroldo

1003900458

02-10-2001

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

2

Montero Juliana Osorio M

44-006442

05-08-85

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

2

2

2

3

Mejia Henry Carlos

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3215953407

Sura (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

4

Diaz Eliana

1007844866

19-12-2001

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

5

Carra Juliana

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

6

Chick Gabriela

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

3

7

Bigte Alirando

1070210694

05-05-2005

M

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

8

Molina Raul

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

9

Veronica Jhanna

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

10

Melissa Bedoya

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

2

1

11

Sara Cristina

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

12

Leidy Dayana

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

3

1

1

13

Laura Jhenny

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

14

Daniel Norberto

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

2

2

1

15

Jose Sofia Romero

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

16

Alexandra Arango

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

17

Renay Alexandra

1070210694

05-05-2005

M

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

2

2

18

Veronica Andrea

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

19

Alfonso Andres

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

3

2

1

20

Elvira del Valle

1070210694

05-05-2005

F

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

21

Reynaldo Osorio

1070210694

05-05-2005

M

Calle 10 # 10-34

Arroyo de Bello

3017172077

Corabral (C)

arroyo@ps.com

///

///

1

1

1

22

23

24

CONTACTO

COORDINACION DE ENFERMERIA

CORREO

TELEFONO

TOTAL

OBSERVACIONES

Los libros de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permiten comunicar que: Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos

<div> <div>  </div> <div> <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p> </div> </div>	<p><i>Centro Especializado en Vacunación</i></p>	<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>FO CAL VC V08 R08</p> <p>033</p>
		<p>SIG</p>	<p>VERSIÓN: 08</p>
		<p>PROCESO: CALIDAD</p>	<p>REVISIÓN: 08</p>
		<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>	<p>FECHA: 17-03-2026</p>

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 administran.

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	☒
------------	--------------------------	------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------------	-------------------------------------

[illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Logo

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

EMPRESA INSTITUTO:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

JORNADA DE SALUD

NIGHTARIO

AD MOVIL

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO CAL VC V05 R05 021

VERSION: 05

REVISION: 05

FECHA: 17-02-2025

VACUNADOR:

ASISTENTE:

FECHA:

3411394

DATOS DEL PACIENTE

DATOS DEL ACUDIENTE

BIOLOGICO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	DIRECCION	BARRIO	CELULAR	EPS	CORREO ELECTRONICO	NOMBRE	DOCUMENTO	TD	HB	VA	INF
1	Adenis Morales	1032183905	16-02-2004	F	NLS	Manizales	3003463313	N-eps clj	adensmora04@gmail.com				1	1	1
2	Paula Andrea Arango Correa	1032183905	18-08-2005	F	NLS	Manizales - el Barrio	3215416351	N-eps clj	paubondocorreo@gmail.com				1	1	1
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
CONTACTO											CORREO				
COORDINACION DE ENFERMERIA											TELEFONO				
OBSERVACIONES											TOTAL				

Los líderes de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que Este documento impreso es una copia no controlada, por lo tanto, carece de validez sin la firma de alguno de ellos