3135798

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	5:34	Natalia Jaramillo Restrepo	1128470938		Hib, Inf, Vp.	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 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

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que esta [illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS	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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3135998

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

	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	Natalia Patricia Jaramillo Restrepo	1128970938	2205-89		Dg 91B Calle 91AE	Nicolás	3106923491	SURA(1)	natalyjaramillo1905@gmail.com				3	1	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	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3239692

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	4:30	Valentina Moreno Benitez	1000891739	Valentina M.	Inf, V2.	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:41	Eliana Montoya Cardona	1035303855	Eliana montoya.	Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:42	Natalia Uribe Duarte.	1152207830	Natalia U.	Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:43	John Zuñiga Valencia	1035422007	John Z.V.	Hbe, Inf, V2, T2	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:51	Yully Rico Cano.	1020175018	Melissa Rico.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:53	Cristian Higuita Oquendo	1038818161	Cristian Higuita O.	Hbe, Inf, V2, T2	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:02	Adrian Felipe Moreno Cabrera	1013117858	Adyan Moreno	Hb1, Inf, V1, T1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:05	Sandra Milena Mendoza	1017365648		Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:12	Daniela María Hernandez	1131104134		Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:32	María Luisa Pernado	1007.475 831	Luisa Pernado	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	

2.

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	6:40	YULIETH ALEXANDRA TAPARCUA C.	1077395931	Yulieth	TDS, Inf, V1.	Alejandra.	
	6:50	Maria Inés Ruiz H.	1017180912	Maria I.	Inf-VO)		

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que este [illegible]

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en un lugar de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3234692

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

	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	Valentina Moreno Benitez	1.000891739	03-04-2008	F	Cra 27 #71-40	Nuevo Amanecer	3234709532	Sisbol (2)	moreno valentina 55@gmail.com					2	1
2	Gloria Elena Montaño Cardona	1035303355	09-03-90	F	Calle 53 #81B-26	Caldas	3175776322	Sisbol (2)	elenamontano@gmail.com					1	1
3	Natalia Uribe Duarte	1152207830	26-07-95	F	Cra 83 #94-26	Robledo	3117160884	Sura (1)	nataliauribeduarte@gmail.com					1	1
4	John Fabian Zuñiga Valencia	1035922009	21-02-89	M	Cra 44 #55-53	Castilla	3104494831	Sura (1)	mody6935@Hotmail.com			2	2	2	1
5	Zuly Melissa Rico Cano	1020475018	04-02-96	F	Calle 89 #116-33	Villa Linda - Bello	3108936435	Sura (2)	melyrico96@Hotmail.com				1	1	1
6	Cristian Higuita Quendo	1038818-161	05-01-96	M	Cra 25 B #56-29	Enciso	3104358084	Savia Salud (2)	higuitaquendo@gmail.com			2	2	2	1
7	Adrian Felipe Maestre Brito	1013117838	21-09-2009	M	Calle 54 #36A-57	Boston	3218801493	Sura (2)	maestrobrito@gmail.com			1	1	1	1
8	Sara Milena Mendoza Tuquerres	1047365698	04-04-05	F	Calle 50 #57-78	Guayaquil Sur - Itagüí	3192048870	Sura (1)	mymendoza2016@Hotmail.com				1	1	1
9	Daniela Maria Hernandez Montoya	1.61.104139	26-11-2003	F	Calle 65 #67-33	Metrojal	3024189033	Sisbol (1)	hernandezmontoya2003@gmail.com				1	1	1
10	Maria Isabel Pinedo Cordoba	1007775831	21-04-2000		Cra 119 #64-39	San Javier	3147709161	Sura (2)	isapinedo640@gmail.com				1	1	1
11	Yuliet Paola Garcia Cardona.	1017395931.	6-12-06	F.	Manrique Oriental.		3148397715	Sisbol. 2.	AleriaBTaboada@gmail.com.				1	1	1.
12	Mariagnes Rios Hoyos	1017780912	02-06-90	F	Cra 98 A #111-50	Campiña Medellin	3128555429	Sura (2)	mariagnesrios@Hotmail.com					2	1
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

Los lideres 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

3234643

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	16:18	Johanna Miranda García	1.111.200.319	johanna miranda García	INF V=2	Alejandra	
28 MAYO 2026	16:22	Nicole Vasquez Rios	1033.494.216	Nicole Vasquez	HB=2 V=2 INF	Alejandra	
28 MAYO 2026	16:24	maykol Arley Agudelo Cardona	1013341629	Maykol Agudelo	TD3- HB=3 V=2 INF	Alejandra	
28 MAYO 2026	16:27	Hari Stefania Bedoya Arango	1057783.266	Stefania Bedoya	V=2 HB=3. INF	Alejandra	
28 MAYO 2026	16:28	Cindy Juliana Tuberquia Cespedes	1216722839	Juliana Tuberquia	INF	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:28	Maria Camila Martinez Raga	1021807497	camila Martinez	Hbz, INF, 1/2.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	4:30	Yancelly Maria Agudelo	1152212383	Yancelly Agudelo	Inf, V2.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	4:33	Juan Pablo Ochoa.	1010125125		Inf, V2.	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:35	Laura Ximena Lujan Gomez	1027801121	Laura Lujan.	Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	4:47	Evelin Mosquera Isaza	1025763274	Evelin mosquera	Hb1, Inf, V1.	Alejandra.	

3234643

2

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	4:48	Yasns Gonzalez Prado.	1068813025.	Yasns Prado.	Hb2, Inf, V2	Alejandra.	
28 MAYO 2026	4:50	Danna Zapata Miranda	1021807177	Danna Zapata	Inf, V2	Alejandra	
28 MAYO 2026	4:54	Leon Angel Osomo P.	1017228403.	Leon osomo	Hb2, Inf, V2, H2	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:04	Yuliana Pena Vallejo.	1077136777		Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:06	Yudy Andrea López López	1082013937	yudy lópez	Hb2, Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:08	Maria Camila Vasquez.	1082013615.	Maria camila vásquez	Hb2, Inf, V2.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:17	Danna Marcela Sierra	1129684420	Danna. Marcela Sierra	Hb2, Inf, V2.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:37	Eduardo Magollón Barraca	1066242208	Jus Magollón	Hb3, Inf, H1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026							

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que esta [illegible]

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3234648

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DICILIARIO ☐ AD MOVIL ☐

	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	Johanna Miranda.	1111200319	23-8-93	F.	Cr30#108-6.	Santodomingo	3125748730	Sura-2.	milhanda888@gmail.com.					2.	1.
2	Nicole Velasquez Rios	1033494216	21-8-07	F.	Cl52#2c-23.	Caicedo	3171688137	Sura-2.	nuevo821@gmail.com.				2	2	1.
3	Maykol Agudelo Cadona	1013941624	8-11-2006	M	Cl52#2a38.	Caicedo.	3013277161	Sura-2.	Arlopgutr@gmail.com.			3	3	2	1.
4	Yeni Pedoya Arango	1057783266	14-11-05	F.	Cl47#54-10	Santa Ana.	3141104491	Sura-2.	Estefaniabecerra0363@gmail.com.				3	2	1
5	Cindy Tuberquia Castedo	1216722834	3-2-97	F	Cr7461c34	San Cristobal	3006366842	Sura-2.	duranaTC17@gmail.com.						1.
6	Maria Camila Martinez Lopez	1021809497	27-10-2007		N15	Valle de los	3237115198	Sura (2)	camilacen27@gmail.com				2	2	1
7	Yoneli Maria Agudelo Cano	1152117383	18-03-96		Cra40#38C-10	Santa Lucia	3122169399	Sura (1)	mariaagudelocano@gmail.com					2	1
8	Juan Pablo Ochoa Giraldo	1010418125	06-08-2000	M	cra68#48-06	Castilla	3205143326	Sura (1)	juanochoa350@gmail.com					2	1
9	Laura Jimena Lugo Gomez	1078001121	17-04-2004		calle27#61c-16	Belen	3015631918	Sura (1)	lugomendoza1742@gmail.com					1	1
10	Evelin Mosquera Jaramillo	1057683774	20-10-2006		cra20#54-37	Enciso	3504276852	S.total (2)	evelinmosquera@gmail.com				1	1	1
11	Yasiris Judith Bonilla Mejia	1088813025	24-08-2004	F	calle68#33D-38	Cantaclaro	3018221595	Coosalud (2)	Pajolosyasoe@gmail.com				2	2	1
12	Danna Isabel Tapia Miranda	1078001777	12-04-2004	F	calle68c03035	Sn Domingo	3017747297	H-EPS (1)	dannamiranda1207@gmail.com					2	1
13	Leon Angel Osorio Valencia	1017728903	26-02-95	M	calle42E#69AC6	Castillo	3134560283	Sura (1)	leonacapulco@gmail.com			2	2	2	1
14	Yuliana Vega Vallejo	1017736777	18-04-06	F	calle41#53-50	Arajuez	3225356298	Sura (2)	yulianapatricia@gmail.com				1	1	1
15	Yadi Andrea Lopez Lopez	1038013937	22-04-2008	F	calle68#53C5	Motor-1	3024116883	Sanas (1)	Yadi3c@gmail.com				2	1	1
16	Maria Camila Vasquez Zuluaga	1032013615	28-04-2004	F	calle41#52-66	Arajuez	3005738755	Sura (2)	mariacamilavasquez888@gmail.com				2	2	1
17	Danna Valeria Sierra Arango	1.179689.980	19-07-2008		cra85#97-65	Pacoco-1	3104353673	Sanas. (2)	dannavalesierra0708@gmail.com	Marcel Sierra			2	2	1
18	Eduar Luis Hoyos Montes	1006242208	17-04-98		calle6043-42	Los angeles.	3011478341	Sura	Luismontes@gmail.com			1	3		1
19															
20															
21															
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

Los lideres 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

3234672

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [ ] **Jornada de vacunación** [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
28 MAYO 2026	4:57	Vanesa Metaute Muñoz	1020439592	Vanesa Metaute M.	Hb3, Inf.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	4:59	Valentina Serna Tobón.	1035171029	V. S.	Hb3, Inf	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:00	Rosa María Martínez	1193309522	Rosa Martinez	Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:10	Julie Ortiz Cordoba.	1036618735		Hb3.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:21	Eliana Berrio Patiño	1040950018	Eliana Berrio	Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:43	Duran Duque Naranjo	1094546144		Inf, Tb3	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:44	Apolinar Doria Solano	1.001.598.735	Apolinar Doria	Hb2, Inf, V2, T12	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:46	Gisela Cordoba Vargas	1122130927	Gisela cordoba	Hb3, Inf.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:47	Leidy Mateo Franco	1020422445	viviana mazo	Hb3, Inf	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:48	Andrea Carolina Funes.	1077235490	Andrea Funes M.	Hb2, Inf, 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 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
28 MAYO 2026	5:55	Dayana Barrera Velez	1000874469	Dayana Barrera	HB(3) INF	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:57	Juliana Vélez Agudelo	1001418569	Juliana Vélez	HB(3) - Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:59	Daynson Correa	1018232386	Daynson C.	HB(3) - Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:01	Sebastian Montoya A.	1152603851	Sebastian M.A	HB3, INF, TV3	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:03	Angie Daniela Osorio Mira	1023626594	DANIELA O	Inf.	Alejandra	
	6:17	Yeseria Zora Tiberquia	1017184757	Yeseria Z.	HB(3) - Inf		
	6:20	Jormen E. Rodriguez	670377291	Jormen E. Rodriguez	HB(3) - Inf		
	6:22	Angie Estefania Cuesta	1017600852	Estefania C.	Inf(A)		
	6:24	Yojan Andres Mendoza Duque	1193520834		TT(3) Inf - HB3		
	6:26	Carlos Mauricio Sepulveda Franco	1022035814		Inf TT(2) HB(2) V(2)		

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que este d

323672

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
	6:28	NATALIA ALZATE SOTO	1040734572	NATALIA ALZATE SOTO	INFLUENZA		

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

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que esta [illegible]

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en tu seguro de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL ( ) EXTRAMURAL ( ) JORNADA DE SALUD ( ) MICILIARIO ( ) AD MOVIL ( )

3234672

	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	Vanessa Melanie Muñoz	1010131592	28-02-91		Cra 71 #11-73 Sur	Castilla	3148862783	Sura (C)	julidpe92@hotmail.com				3		1
2	Valentina Sara Tolosa	1035449021	20-06-2006	F	Vereda el Salado	Corcobaro	3017304231	Sura (C)	valentinasara...@gmail.com				3		1
3	Rosa Maria Martinez Pino	1193309522	27-05-2002	F	Cra 24 #36-83	Eraso el Jagual	3239396800	S. Vital (C)	Rosamariamartinezpino@gmail.com						1
4	Violeta Fernanda Caballero	1036618735	21-10-88	F	calle 69 #64D-89	entrada mira	3199978888	Sura (C)	kabal1977@hotmail.com				3		
5	Elena Berrio Patiño	1040950018	12-05-2004	F	Cra 49C #60-104	Manrique	3043181463	Sura (C)	Berrioelena@gmail.com					1	1
6	Juan Alfredo Duque Bedoya	1075596144	17-04-89	M	calle 93-a	Manrique Central	3046248814	Sura (C)	Juan-duque@hotmail.com			3			1
7	Arelvis Doria Sabalo	1001598735	15-03-95	M	Calle 61 #49B-53	Robledo	3217755267	Meps (C)	doriasabalo@gmail.com			2	2	2	1
8	Cecilia Patricia Cordoba Vargas	1112130174	05-06-92	F	calle 2 #131M-28	Manrique Boston	3135695854	Meps (C)	judithcordoba5692@gmail.com				3		1
9	Fredy Nevardo Hoyos Franco	1010427446	10-04-89	M	Cra 90 #72C-08	Santa Fe de Bello	3046475701	Sura (C)	Wilsonhoyos85@gmail.com				3		1
10	Andrea Catalina Tuberquia Montoya	1042738496	26-07-96	F	Cra 90 #32C-8	Zamora de Bello	3135566691	Sura	fernandez2cc@gmail.com				2	1	1
11	Dayan Bonilla Velez	1000874469	22-08-2000	F	Calle 51 #33-71	Suave	3148404875	Sura (C)	dayanbonillavelez@gmail.com				3		1
12	Juan Velez Agudelo	1001918589	27-05-2002	M	Calle 44 #58-39	Primavera Jagual	3002840662	Sura (C)	Velezjuan0427@gmail.com				3		1
13	Dayanson Correa Muñoz	1018132386	01-07-2006	F	Calle 95 #69B-24	Robledo	3002801644	Savia (C)	dayansoncorrea0706@gmail.com				3		1
14	Sebastian Montoya Alvarez	1152693851	29-01-94	F	Calle 103 #64C-56	Girardot-Conquistadores	3215606702	Sura (C)	Sebastianmontoya94@gmail.com			3	3		1
15	Angie Dayana Osorio Mira	1036265494	28-05-2005	F			3103823951	Sura (C)	daniela2005osorio@gmail.com						1
16	Yesenia Bermudez Arce	1017189757	21-04-90	F	Calle 95A #49A-16	Robledo	3236533610	Sura (C)	Yeni1990bermudez@gmail.com				3		1
17	Jimena Rodriguez Posada	1037291	29-03-85	F	Calle 94 #49-46	Robledo	3145503575	Savia (C)	Jimenarodriguez@gmail.com				3		1
18	Angie Estefania Castaño Chavez	1017160852	02-07-98	F	Cra 90A 75-64	Bello Horizonte	3015754470	Sura (C)	estefaniacastano1@gmail.com						1
19	Yoan Andres Mendoza Duque	1193580234	11-09-2001	M	MLS	Villa Lorena-Pablo Escobar	3215013398	Meps (C)	Jamd1353@gmail.com			3	3		1
20	Carlos Mauricio Spulveda Franco	1017055814	14-05-96	M	Cra	La Esperanza	3017747026	Sura (C)	Spulvedamauricio1@gmail.com			2	2	2	1
21	Paola Alzate Soto	1040734572	10-04-89	F	Calle 78 Sur #42-61 Apt 405	Barrio Cacique	3103865842	Sura (C)	Paola...@hotmail.com						1
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3234690

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	6:31	Valery Olaya Cartagena	1020111694		HB(1)VC(2)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:32	Dionery López Alzate	1045114208	Dionery López	HB(1)VC(2)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:34	ISABEL CRISTINA TOVAR B	43842719	ISABEL T.	HB(2)VC(2)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:36	Yuris Paola Vega Ortega	1066570965	Yuris Vega	HB(1)VC(1)-Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:41	Evelyn Vanessa Marin	1152197554		HB(1)VC(2)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:43	Valentina Salazar	1001233587	Valentina Salazar	HB(2)-Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:45	Paulina Quintero	1015067785	Paulina Q	HB(2)VC(1)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:47	Juan Pablo Velásquez	1087091107	Juan Velásquez	TT(1)HB(1)VC(1)Inf	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:54	Vanessa Cuesta Murillo	1077437778	Vanessa Cuesta	HB(2)VC(1) Inf	Alejandra.	
28 MAYO 2026							

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que esta [illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Centro Especializado en Vacunación

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3239690

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

	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	Valentyolaya Cartagena	1070111614	04-12-2006	F	Cra 75 #97-130	Castilla	3209503056	Sura (1)	valentyolaya05@gmail.com				1	2	1
2	Dineryluz Diaz	1045114108	22-07-99	F	Cra 4 #70-01	Bellavista Bello	3148373647	Sbtal (1)	bibdiazneiv@gmail.com				1	2	1
3	Isabel Cristina Tejada Bolaño	43892219	24-04-78	F	Calle 3 #A #19C 162	El Salado	3207050749	Sanas (2)	isabelcristinatbe@gmail.com				2	2	1
4	Yinis Paola Vega Ortega	1066508985	21-04-89	F	Cra 103A #98B-36	San Javier	3016145552	Sura (1)	yinispaolaveg@gmail.com				1	1	1
5	Evelyn Brarny Tribe Main	1152197554	29-09-92	F	Calle 5 #3A-54	Granada	3233036443	Sura (1)	evelynbrarny3216@hotmail.com				1	2	1
6	Valentina Salazar Landazuri	1001733869	19-08-2000	F	Calle 8E #165A-52	Francisco Antero	3146283516	Sura (2)	valelcmax.1611@gmail.com				2		1
7	Maria Paula Cuadro Tribe	1015067785	28-12-2004	F	Cra 4 #68-141	Montecarlo	3023031162	Sura (1)	paulinquintero208@gmail.com				2	1	1
8	Juan Pablo Vasquez Goca	98709104	19-08-84	M	Calle 103 #11-19	El Pedregal	3017755172	Sbtal (1)	Jvbayenge@hotmail.com			1	1	1	1
9	Vanessa Acosta Murillo	1077937998	16-03-2006	F	Calle 6 #Cra 103B-47	Valle Bravos	3234728937	N-EPS (2)	Cestivanessa@gmail.com				2	2	1
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3234719.

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [ ] **Jornada de vacunación** [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
28 MAYO 2026	5:52	Angie Lorena Nanez M.	1035435226	Angie NM	Hb2, Inf. V2.	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 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

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V05 R05 021
	SIG	VERSION: 05
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 05
	ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 17-02-2025

EMPRESA, INSTITUTO:	VACUNADOR:	ASISTENTE:	FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

3239719

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	Angie Lorena Narvaez M	1035935226	27-09-95	F	calle 24 #52c-20	el Poblon-	3042088	Sura (1)	anlorelose gmail.com				2	2	1
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21													1		
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3389482

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYU 2026	3:59	Kevin Lavamillo Ríos.	1007347779	Kevin Ríos.	Hb, Inf, V2, TT2.	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 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

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que esta [illegible]

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS	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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

3389987

	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	Kevin Jaramillo Rios	1007347799	25-08-2000	M	Cra 39 #63A-38	Manrique	3043931651	Sanitas (2)	jaramillorioskevin@gmail.com			2	3	2	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	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3411372

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural [ ] **Extramural** [ ] **Jornada de vacunación** [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
28 MAYO 2026	5:15	Keila Martinez Roman.	1066176169.	Keila Martinez	Hb1. Inf. Vh.	Alejandra.	

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

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que este [illegible]

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3/11/372

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

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	Kelddanes Sg Martinez Herrera	1066176169	29-06-2009	F	Cra 50 #137-51	Prado -	3105866691	Sura EPS (1)	kelanerhe1712@gmail.com				1	1	1
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21													1		
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

Los lideres 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

3411374

1 IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida* (Centro Especializado en Vacunación)	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
28 MAYO 2026	5:25	Yiney Molina Duque.	50 996 535	Yiney Molina	Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:26	Enith Martinez Cordoba	1077477163	Enith Yisela	Hb3, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:28	Mariana Acevedo Rios.	1000638866	[illegible]	Inf.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:29	Juliana Rivera Diosa.	1018222022	Juliana Rivera.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:39	Sara Cristina Atehortua	1000083795	Sara Atehortua	Hb1, Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:41	Juan Sebastian Gomez M	1027804562	[illegible]	Hb1, Inf, V1, TT1	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:53	Yesenia Paez Barrera.	1017124676.	Yesenia elena Páez	Hb1, Inf, V1.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	5:55	Erika Yuliana Montoya	1038808694	Erika M.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	5:57	Daniela lopera Ramirez	1020487356	Daniela L.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	605	Marian Barrangueo Tamayo	1000654306	MBarrangueo	HB(1) INF	Alejandra	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	6:06	Maria Fernanda Londoño M.	1020443879	Fernanda L.	HB(1) Inf-Vc(1)	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:08	Ana Maria Rivillas Suarez	1001812226	Ana Suarez	Inf(A)	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:10	Paulina Taborda Muñoz	1020223962	Paulina T.	HB(1) Inf-Vc(1)	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:13	Mahite Valencia N.	1036655378	Mahite V.	HB(1) Inf-Vc(1)	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:15	Loyda G. Fajardo Prada	1152463426	Loyda Fajardo	HB(3) Inf-Vc(2)	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:20	Claudia Patricia Sanchez R.	1077173080	[illegible]	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:22	Santiago Valencia Cárdenas	1111762248	Santiago V.	Hb1, Inf, V1, T1	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:24	Valeria Dahiana Cortés L.	1025765962	Dahiana C.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:27	Jenifer Valencia Durango	1017225016	Jenifer Valencia D.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:29	Manuela Meneses Ceballos	1036252012	Manuela M.C	Hb1, Inf, V1.	Alejandra.	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que este [illegible]

3411374.

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	6:32	Sara Ximena Motato A.	1000535547	Sara Motato.	Hb1, Inf, V1	Alejandra	
28 MAYO 2026	6:35	Maria Paulina Hernandez C.	1023628659	Maria Paulina H.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS se permite comunicar que está

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Centro Especializado en Inmunización

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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA: 3/11/24

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ MICILIARIO ☐ AD MOVIL ☐

	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	Yneidy Carina Molina Duque	50196525	27-07-84		cra 77A #65-108	Castilla	3205883692	Sura (C)	Ynaim1430@gmail.com					1	1
2	Erith Yisela Martinez Cadena	1077447163	28-07-2001		cra 10 #6 Sur-71	Pablo de los Mocositos	3046117519	M-EPS (C)	erith.yisemartinez@cordobas.sena.edu.co				3	1	1
3	Mariana Acevedo Rios	1000638866	07-08-2003		cra 22 #63-24	San Cristobal	3024016881	Sura (C)	acevedompinas@gmail.com						1
4	Gloria Vaca Diaz	1018277022	21-11-2003	F	cra 74 #69A-60	Pablo Escobar	3001753053	Sura (C)	gloria2580@gmail.com				1	1	1
5	Sara Cristina Tabares Perez	1006083795	03-05-99	F	calle 75A #130-19	Manrique	3104118366	Savia (C)	Sarahotaf@gmail.com				1	1	1
6	Juan Sebastian Gomez M	1027804562	20-06-2009	F	calle 3 #120-24	Belen	3122521978	Sura (C)	jantha.jimenez25@gmail.com			1	1	1	1
7	Yesenia Elena Alvarez Barrera	1017114416	2007-86	F		San Javier	3014956831	Sura (C)	Yeba9919@gmail.com				1	1	1
8	Erika Montoya Velez	1038808699	5-10-91	F	Cl 100 #50-51	Santa Cruz - La Loma	3024264475	S.T. 1	Erikamontoyavelez@gmail.com				1	1	1
9	Daniela Lopera Ramirez	1020487358	5-10-98	F	Cra 112 #31-05	La Gabriela - Belen	3245834615	Sura 1	Danielalopera98@gmail.com				1	1	1
10	Maian Bonilla Buenamayo	1006543008	07-11-2003	F	cra calle 34 #33-47	Lorca	3022510392	Sura (C)	Tenayamaian2@gmail.com						
11	Maria Fernanda Bedoya Munoz	1010413877	30-04-2001	F	AV 47B #62-57	Naiqui	3117668802	Sabia	Mariafernandabedoyamunoz@gmail.com	Yuli Munoz	1152387215		1	1	1
12	Ana Maria Caballos Saavedra	1001817226	04-05-2002	F	calle 91 este #84-8100	Picacho Medellin	3173857560	Sura (C)	ana52002@gmail.com						1
13	Paula Rebeca Mujica	1070723962	28-12-2006	F	calle 33 #48-32	Belencito	3108655271	M-EPS (C)	paulitabogados23@gmail.com				1	1	1
14	Mariteva Valencia Munoz	1036655318	23-10-94	F	calle 85 #89-12	Manrique	3016880013	Salud Total	sallomedrango25@gmail.com				1	1	1
15	Lorda Sofia Tejada Prado	1152463426	14-07-97	F	Calle 60 #14-C-45	Pedregal bajo	3009460860	Salud (C)	lortejadaprado7@gmail.com				3	2	1
16	Claudia Sanchez Roa	1077473080	22-11-05	F	Cl 58 #102-181	Olaya II	3205539373	Sabia 2	Sanchezroaclaudia@gmail.com				1	1	1
17	Santiago Valencia C	1111762248	22-09-06	M	Cra 96 #19-24	Pablado	3023910442	Sabia 2	Santiagovalenciacardenas@gmail.com			1	1	1	1
18	Valeria Cortes Londoño	1025765962	01-02-04	F	Cra 1d C 125-52	Playon	3043563388	Sabia 2	dulianacortescardona@gmail.com	Deisy Cardona	1020430435		1	1	1
19	Jenifer Valencia Duango	1017225016	27-10-04	F	Cl 57 #119-26	Enkso	3136656352	S.T. 2	cajondevalenzia@gmail.com				1	1	1
20	Manuela Meneses Caballero	1036252012	22-5-05	F	Cl 117 #29-16	Pablitar	3126780464	Sabia 2	Menesesmanuela6@gmail.com				1	1	1
21	Sara Natalia Arboleda	1000535547	37-7-02	F	Cl 97C #83a 27	12 oct	3023117537	Sura 1	arboledasara22@gmail.com				1	1	1
22	Maria Fernanda Cano	1023685502	7-2-06	F	Cl 42 sur #64a-68	Villa Loma	3044784429	Sura 1	Mariapaulina1023@gmail.com				1	1	1
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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

3411378

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☒ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
28 MAYO 2026	3:29	Valeria Ramírez Ospina	1122424972	Valeria R.	V2.	Alejandra.	
28 MAYO 2026	3:31.	Melisa Rodriguez Cardona.	1013169926.	MelisaR	V2	Alejandra.	
28 MAYO 2026	3:34	Victor Manuel Pizo Chima	1059241122.	Victor Pizo C.	V2.	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 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

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Centro Especializado en Vacunación Vacunamos en su Seguro de Vida	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

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] MICILIARIO [ ] AD MOVIL [ ]

3911378

	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	Valeria Ramirez Ospina	1122977977	29-11-2017	F	Cra 95 N 42	Santa Cruz	3109758337	Sura (1)	[illegible] gmail.com					2	
2	Nelson Rodriguez Cardona	1013961926	03-08-2008	F	Cra 100 A #35 Conjunto	Los Molinos	3043856866	Sanitas (2)	[illegible] gmail.com	[illegible]	39611302			2	
3	Victor Manuel Rizo Chima	1054291122	18-08-2008	M	Cra 95 #48-62	Monaco	3116065925	Famal	victorrizo1808 gmail.com	[illegible]	76312191			2	
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
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