

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Centro Especializado en Vacunación

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FO CAL VC V08 R08
033

VERSIÓN: 08

REVISIÓN: 08

FECHA: 17-03-2026

PROCESO: CALIDAD

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

Administración en Salud.

3356717.

4a

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
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
25 JUN. 2026	8:30	Yana Gema Perez Sanchez	1000116888	Yana Sanchez	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:32	Yesica Natalia Zafra V	1011014202106	Yesica Zapata	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:36	Nalena Restrepo Tringale	1152713632	Nalena Restrepo	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:38	Eidy Nativia Duen	1211475910	Eidy Duen	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:39	Luis Asprilla Rodriguez	1033684907	Luis Asprilla	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:42	Laura Calderon Olaya	1035237058	Laura Calderon	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:46	Sofia Estefan Hernandez	1004273944	Sofia	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	8:51	Jeiner Andres Salas Quila	1007691057	Jeiner	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	10:10	Caray V	1013336805	Caray	1/2	Alexandra	

✓

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida



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

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

[illegible]



FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOCAL VC V08 R08 033

SIG

VERSIÓN: 08

PROCESO: CALIDAD

REVISIÓN: 08

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

FECHA: 17-03-2026

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

[illegible]

Gestión Adm. Salud 3411371

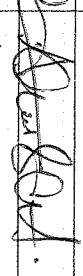
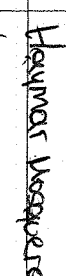
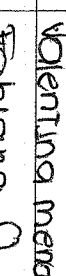
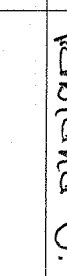
<div>2</div> <div>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></div>	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO			FO CAL VC V08 R08 033
	SIG			VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD			REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS			FECHA: 17-03-2026

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 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
25 JUN. 2026	10:43	Ariana. Andrea. Santiago Cuelo	1047484350		61a Int V1	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:46	Haymar Camilo Mayorga Hurtado	1036325026		41a Int V1	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:51	Valentina Mercedes Monoz	1031941225		41a Int V1	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:53	Fabiana Ortega Alvarez	1067603384		41a Int V2	Alejandra	

3411371

Gestión Adm. Salud

 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 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
25 JUN. 2026	09:54	Sara Milena Silva Marin	1020404070	Sara Silva	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	09:58	Stefanía Hurtado Lopez	10360138839	Stefanía Hurtado	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:00	Yvay Muiño Pabero	102006726	Yvay Muiño	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:02	Mariana Trejos Araya	1034920336	Mariana H.	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:03	Michelle Dávila Sanchez C.	1013462421	Michelle S.	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:05	Susana Lavramillo Aguado	1128101146	Susana J.	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:07	Sirley Camille Arango Marin	1017182921	Sirley A.	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:23	Daniel Santiago Tenorio Cortes	1025765452	Daniel Henao	Hbz Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	10:37	Paulina Madrid Castaño	1028141201	Paulina Madrid C.	Hbz Vz	Alejandra	

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

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

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

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

Interim

Examurai



Jornada de vacunación



Domicilio

7

Unidad Móvil

[illegible]

Vacunarse es su Seguro de Vida

FOCAL VC V08 R08

VERSIÓN: 08

REVISIÓN: 08

FECHA: 17-03-2026

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

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

4

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

Administración en Salud

3411364

<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>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>VERSIÓN: 08</p>
<p>ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>		<p>FECHA: 17-03-2026</p>

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordados 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
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

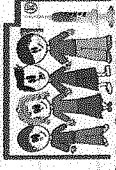
Intramural ☐ Extramural ☐ Jornada de vacunación ☒ Domicilio ☐ Unidad Móvil ☒

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
25 JUN. 2026	3:39	Daniel N. Pardo	1007811886	Dayli M. L.	Hb2 1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:47	Melissa Bedoya	1017983311	Melissa Bedoya	Hb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:50	Yviana Fereñe	1006257588	Yviana Fereñe	Hb2 1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:07	Dora Lorena Acosta	1003400458	Dora Lorena Acosta	Hb2 1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:19	Paula Andrea del Valle	43184470	Paula Andrea del Valle	Hb2 1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:30	Laura Iveth Bedoya Alvarez	102046139	Laura B	Hb2 1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:33	Alexandra Arango Boddan	103543129	Alexandra	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:54	Sara Cristina Montoya	1216718470	Sara M.	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	4:59	Leidy Dayana Oreguela Maza	1000990231	Leidy Dayana Oreguela Maza	1/2	Alexandra	

Administración en Salud #3411364

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

PROCESO: CALIDAD

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

VERSIÓN: 08

REVISIÓN: 08

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 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
25 JUN. 2026	5:12	Leidy Andrea Cardona	32299139		Hb2 Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:29	Daniela Noreña Garza	1040746235		Hb3	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:31	Yomara Johanna Osorio	14006422		Hb3	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:37	Kevin de Dios Ojeda Diaz	1063139357		Hb2 Td2 Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:47	Veronica Johana Agudelo	636599678		Hb2 Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:53	Mariana Rendon Roldan	1011396523	Mariana R	Hb2 Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	5:55	Ponny Alexander Moreno	1027998146		Hb3 Td2	Alejandra	
25 JUN. 2026	6:01	Yorge Armando Hincapié	1044504434		Hb2 Vz	Alejandra	
25 JUN. 2026	6:08	Laura Sofia Romero H.	1079933740	Laura Romero	Hb2 Vz	Alejandra	

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida



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

3234672

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		<p>FO CAL VC V08 R08</p> <p>033</p>	
<p>SIG</p>		<p>VERSION: 08</p>		<p>REVISIÓN: 08</p>	
<p>PROCESO: CALIDAD</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 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

Extramarital

Jornada de vacunación

Domicilio

Unidad Mévil

[illegible]

W 2000

Vacunarse es su Seguro de Vida

FOCAL VC V08 pag

033

VERSION: 08

REVISIÓN: 08

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, intorno que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona del inoculo.

☐ Expresión autónoma de mi voluntad

Intramural

Extramarital

Jornada de vacunación

Domicilio

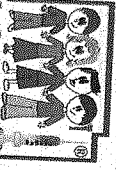
Unidad Móvil

[illegible]

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA S.A.S

sesion adm. en salud # 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

PROCESO: CALIDAD

VERSIÓN: 08

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

REVISIÓN: 08

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, que se me administran.

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

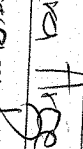
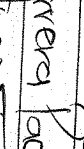
Intramural ☐

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
25 JUN. 2026	11:06	LISA V. VARGAS	10155019480		1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	11:08	Valencia Ferrera Pacheco	10326967100		1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	11:10	Luna Isabel Martinez Torres	1020496672	Luna Torres	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	11:12	Juan Milen Rodriguez	1033524100	Juan, V.E.	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:01	Margen Alexandra Pardo R.	1018240323	Margen Pardo	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:03	Shirley Carolina Suarez	1020111337	Shirley Carvajal	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:04	Milen Daniel Becerra B.	1034919588	Milen Becerra	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:06	Lisa Fernanda Lopez Vazquez	103360106	LISA OPEZ	1/2	Alexandra	
25 JUN. 2026	3:08	Lia Maria Vilana Negrete	1015188707	Lia Maria V. -be	1/2	Alexandra	

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

341372

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

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 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
25 JUN. 2026	3:10	Lorena Zapata Agudelo	1040976873	Lorena Zapata	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:13	Lorena Betancur Alzate	1040571102	Lorena Alzate	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:14	Allys Carolina Quintana	1029102802805	Carolina Quintana	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:17	Aleandra Montoya Perez	1056775139	Aleandra Montoya	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:21	Celen Muñoz Palacios	1032015791	Celen Muñoz	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:24	Emmanuel Garibolto	1047633286	Emmanuel Garibolto	b2, b1, b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:28	Yessy Alejandra Garcia	10489079	Yessy Garcia	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:30	Yessith Leon Montoya	514379	Yessith Leon	b2	Aleandra	
25 JUN. 2026	3:32	Evelyn Paola Duran	1041493688	Evelyn Duran	b2	Aleandra	

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOCAL VC V08 R08

032

SIG

VERSION: 08

PROCESO: CALIDAD

REVISION: 03

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 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

Interannual

Extramura!

Jornada de vacunación

Domicilio

Unidad Móvil

[illegible]



UNAR COLOMBIA SAS

unarse es su Seguro de Vida

 <p>UNAR COLOMBIA SAS unarse es su Seguro de Vida</p>	<p><i>Centro Especializado en Vacunación</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>

intaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de ACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; una vez 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 existentes.

cuñales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada

secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

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

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

[illegible][illegible]

305723

<p style="text-align: right;"><i>Centro Especializado en Vacunación</i></p>  <p style="text-align: center;">IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>	
FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	
SIG	FO CAL VC V08 R08 033
PROCESO: CALIDAD	VERSIÓN: 08
ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	REVISIÓN: 08
	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, infórmo 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

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

FORMATO CONSENTIMENTO INFORMATO

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

FOCAL VC V08 R08
033

VERSION: 08

REVISION: 08

FECHA: 17-03-2026

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	☒

[illegible]

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



Vacunarse es su Seguro de Vida

FOCAL VC V08 R08
033

VERSIÓN: 08

REVISIÓN: 08

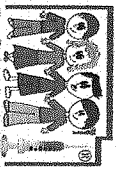
FECHA: 17-03-2026

Unidad Móvil

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

Destino Administrativa en Salud 3384966.

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 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
25 JUN. 2026	9:27	Indira Ramo Velazquez.	1001362617.	Andrea Ramos.	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:30	Verónica Gallego Upegui	1011926779.	Manuela Gallego	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:33	Wira Camila Kestelo Velazquez	1027807033.	Lombi Pezorego.	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:35	Lisseth Leany Abilla Mosquera	1033489956.	Lisseth Aspillla	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:37	Valentina Morato Molina.	1000105691.	Valentina Morato	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:39	Adriana Lucio Martinez Perez	10263633809.	Adriana Martinez	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:40	Maria Angel Ochoa Roman.	1066519255.	Maria A. Ochoa	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:42	Graciela Venice Echavarría Castaño	1018272890.	Sarah Echavarría.	1/2	Alexandra.	
25 JUN. 2026	9:43	Yvonne Saldarriaga Sanchez	1010200591.	Yvonne S.	1/2	Alexandra.	

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

338466

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 administran.

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
25 JUN. 2026	9:45	Karel Valentin Tiberio P.	1041532425	Karel Tiberio	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	9:47	Katherine Domínguez Moreno	1020493130	Katherine B.M.	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	9:50	Carolina Andrea Rueda Kinca	1039184882	Carolina Rueda	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	9:51	Daniel María Camargo Naranjo	101261682	Daniel Camargo	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	10:12	Elira Vilmaría Álvarez Ruiz	1037613337	Elira Álvarez	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	10:13	Sabela García Amaya	102023218	Isabella G.A.	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026	11:14	Urbeldin Vasquez Urbano	1085917615	Urbeldin Vasquez	fb2	Alexandra	
25 JUN. 2026							
25 JUN. 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

PROCESO: CALIDAD

ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS

FECHA: 17-03-2026

VERSION: 08

REVISIÓN: 08

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
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
25 JUN. 2026	7:24	Ana Lopez Restrepo.	1033354480	Ana L.R.	16.	Alexandra	
25 JUN. 2026	7:26	Isabel Vazquez Mena.	1021809726	Sofia Mena	16, 16, 16.	Alexandra	
25 JUN. 2026	7:29	Camila Andres Lopez Valencia	1025649037	Camila Lopez	16.	Alexandra	
25 JUN. 2026	7:37	Van Norel Becerra Becerra	1033552221	Van Norel	16.	Alexandra	

3356728

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>Centro Especializado en Vacunación</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 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
25 JUN. 2026	7:10	Argenis. Polima Callejas T.	1044120929	Argenis	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:12	Corelina Gonzalez Gaviria.	1035433731	Carolina G.O.	HB3 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:14	Karina. George Ujaga.	1027958562	Karina G.	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:16	Cristina del pilar Toberquia piza	1020394510	Cristina P.	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:17	Andrea Catalina. Elspita Marquez	1003288839	Andrea C.	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:18	Sabela. Villa Uribe	1000569256	Sabela Villa U.	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:20	Gizabell Bedoya Ruda.	1036619204	Gizabell Bedoya	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:21	Maria Fernanda Valencia	1054363849	Fernanda V.	HB2 V2	Alejandra	
25 JUN. 2026	7:22	Maria Salome Gutierrez Lopez	1020774377	Salome Gutierrez	HB2 V2	Alejandra	