

2

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

Centro Especializado en Vacunación

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO		FO CAL VC V07 R07 033
SIG		VERSIÓN: 07
PROCESO: CALIDAD		REVISIÓN: 07
ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN		FECHA: 16-09-2025

Salud Oral - 3536380

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 CIUDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
27-07-26	8:59.	Yanel Sanchez Mosquera	1033690823	Yanel Sanchez	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:03	Guillem Franco Herrero	1038113594	Guillem Franco	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:04	Rosales Yeres	1005816500	Rosales Yeres	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:07	Alejandro Yeres	1018241444	Alejandro Y.	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:09	Paulina Alian Arenas	1025650626	Paulina A	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:11	Benigno J. Palacios	1018007897	Benigno J.	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:13	Jessica Andrea Torres	1013340046	Jessica A.	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:15	Blinson Ochoa Giraldo	1063285745	Blinson Ochoa	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26	9:19	Ana Maria Botancourt	1022003878	Ana Maria B.	Hb, Hf, V1	Alegandara	
27-07-26		Yaelin Aguirre Ganga	1020948301	Yaelin A.	Hb, Hf, V1	Alegandara	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	8:30	ANA MARIA Zapata Gil	1036608277	ANA MARIA	H ₂ S INF V ²	Alegandria R	✓
27-07-26	8:33	DOMINIS Lopez Giraldo	4152220316	<i>[Signature]</i>	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:38	YESENIA MARIA Correa Serpa	1007440096	YESENIA	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:42	Graciela Ximena Martinez Ramirez	11059451389	Graciela	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:46	Alisson Dalmiana Salas Lopez	1013242415	Alisson D.	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:48	Estrella Alexandra Mestre Rosales	1062439441	Alexandria M.	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:50	SARA NICOLE Morales C	1000192780	Sara Morales	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:53	Juana Osana Gonzalez	1017933921	Juana O.	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:55	Alisson Castillon Gomez	1022147321	Alisson	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓
27-07-26	8:57	Valeria Rodriguez Alonzo	1067894477	Valeria.	H ₂ S INF V ¹	Alegandria R	✓

$$v=79$$

3536402-Salud Oral

<div>1.)</div> <div>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></div>		FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO		FO CAL VC V07 R07 033
SIG		PROCESO: CALIDAD		VERSIÓN: 07
ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN		FECHA: 16-09-2025		

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	9:36	Manana Rengue Tabaco	10001883346	Manana R	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:38	Valentina Garcia Osorio	1001237260	Valentina G.	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:40	Wendy Mariana Jaramillo	1013341429	Wendy Jaramillo	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:43	Geraldin boria	1178443949	Geraldin b.	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:44	Andreu Reyes Morales	10322013623	Andreu R.	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:46	Matthews Ramirez Reyes	10179926424	Matthews R	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:48	José David Linón	1122404516	José Linón	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:50	Sara Hincapié Anaya	1001367226	Sara H.	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	9:52	Anelis Tania Figueroa	1102821367	Anelis Tania	Hylnf, V1	Alejandro E	
27-07-26	10:26	Maria Fernanda Quintero	11014440379	Maria Fernanda	Hylnf, V1	Alejandro E	

3536402

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	10:29	Gabriela Galvis Ros	1082920937	Gabriela Galvis	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:31	Ana Sofia Thoro Arenas	1015073313	[Firma]	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:41	Julian David Sanchez	3746772263	Julian David	Hb, hf, V1, T1	Alegandrac	
27-07-26	10:47	Natalia londoño z	1036665989	Natalia londoño z	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:49	Andrey Lopez Lopez	1032092998	Andrey Lopez	Hb, hf, V1, T1	Alegandrac	
27-07-26	10:51	Laura Vasquez Gutierrez	1152207733	Laura VG.	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:53	Daniela Suarez Pios	1033256530	Daniela Suarez	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:54	Ana Sofia Botero Tapia	1033491721	Sofia B	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:54	Nora Fernanda Ayala Acosta	1017933978	Ms. Ludolger	Hb, hf, V1	Alegandrac	
27-07-26	10:56	Geaxsis Maria Duarte A	5774333	Geaxsis Duarte	Hb, hf, V1	Alegandrac	

3)

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 033
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 07
ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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 CIUDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
27-07-26	10:59	Marina Segura Arevalo	1022002581	Marina S.	Inf, Vn.	Alejandro	
27-07-26	11:01	Isabela Ibañez Chaves	11-109468509	Isabela	Inf, Vn.	Alejandro	
27-07-26	11:03	Ana Sofia Marin Giraldo	cc-1025655857	Ana Sofia.	Inf, Vn.	Alejandro	
27-07-26	11:04	Tatiana Berrio Durango	11-1028831516	Tatiana.	Inf, Vn.	Alejandro	
27-07-26	11:01	Ana Sofia Zolcaga Apo.	T-3105449612	Ana Sofia.	Inf, Vn.	Alejandro	
27-07-26	11:08	Sofia Correa Gálvez	101396477	Sofia Gálvez	Inf, Vn.	Alejandro	

3536413-24100

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	9:50	Saia Hincapié Amaya	1001362726	Saia H.	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	9:52	Anelis Tapia Figueroa	1102821367	Anelis Tapia	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	9:56	Luisa Fernanda Bomilla	1157649754	Fernanda B.V.	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	9:58	Leidy Katherine Tabares	1036838855	Leidy Tabares	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	10:00	Diego Alejandro Esparza	1050232004	Diego E.	h2, h5, V1, T1	Alegrencia	
27-07-26	10:02	Salome Olaya Gaviria	1035444067	Salome	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	10:04	Mariana Mosquera Herrera	1000532604	Mariana	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	10:06	Diego Vanesa Alpin	103804986	Diego Alpin	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	10:08	Lismary Leonora Velazquez Hernandez	53412752	Lismary	h2, h5, V1.	Alegrencia	
27-07-26	10:10	Luis Farad Perez	1020494094	Luis Farad P.	h2, h5, V1.	Alegrencia	

V=20

3536415-Salud oral

<p>2)</p> <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>	<p>Centro Especializado en Vacunación</p> 	<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>FO CAL VC V07 R07 033</p>
		<p>SIG</p>	<p>VERSIÓN: 07</p>
	<p>PROCESO: CALIDAD</p>	<p>REVISIÓN: 07</p>	
	<p>ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN</p>	<p>FECHA: 16-09-2025</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 CIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
27-07-26	10:11	Yony Garay Perez	10279495301	Jony	Hb, hf, V1	Alegardar	
27-07-26	10:13	Maria Alejandra Alexa Salas	1018231760	Alejandra Salas	Hb, hf, V1	Alegardar	
27-07-26	10:15	Sammy Sofia Peralta Rojas	1032183520	Sammy P.	Hb, hf, Vh	Alegardar	
27-07-26	10:18	Emmanuel Messo	1020114385	Emmanuel	Hb, hf, V1, V1	Alegardar	
27-07-26	10:20	Vanessa Rodriguez	1040871013	Vanessa U.	Hb, hf, Vh	Alegardar	
27-07-26	10:22	Scheron Ballesteros	1021807490	Scheron	Hb, hf, Vh	Alegardar	
27-07-26	10:33	Valentina Luongo	10321832650	Valentina d	Hb, hf, Vh	Alegardar	
27-07-26	10:38	Michelle Bernal Lopez	10133415600	Michelle Bernal	Hb, hf, Vh	Alegardar	
27-07-26	10:43	Samuel Stiven Ramirez	1027802804	Samuel Stiven	Hb, hf, Vh, V1	Alegardar	
27-07-26	10:45	Yeferson Andrey Correa	1000748741	Yeferson C.C	Hb, hf, Vh, V1	Alegardar	

3536284 - Anexo 6 informe oral

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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 CIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
27-07-26	12:28	Ahullun Dida Polgarin	4015072855	Ahullun	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:31	Mariango Jimenez	1032011392	Mariango Jimenez	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:33	Faustina Jorgino	93632457	Faustina J.	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:34	Marina Paulina Ramirez	1022143585	Paulina R.	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:36	Xiomara Sanchez Leon	1003460902	Xiomara Sanchez	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:38	Geierly Trebol Madrid	10201114250	Geierly Trebol	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:43	Guanafr Contreras Sierra	1006636806	Guanafr	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:45	Yessica Yuliana Valero	9152202880	Yessica Valero	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:45	Salome Diaz Correa	1018450855	Salome Diaz	Inf, Vn.	Alegandria E	
27-07-26	12:50	Sheltany Alvarado	81412475	Sheltany	Inf, Vn.	Alegandria E	

V-93

3536284- Aus Enfermería.

<p>2)</p> <p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>SIG</p> <p>PROCESO: CALIDAD</p> <p>ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN</p>	<p>FO CAL VC V07 R07 033</p> <p>VERSIÓN: 07</p> <p>REVISIÓN: 07</p> <p>FECHA: 16-09-2025</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
27/07/26	12:53	Laura Sofia Mendez	1021394611	Laura Sofia M	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	12:54	Manuela Villegas Zabala	1021926696	Manuela Villegas	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	12:57	Erica calle G	1067174392	Erica CG	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	12:58	Maria Carina Rodas L.	1025657671	Carina R.	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:00	Nicol Moreno Martinez	1015073915	Nicol Moreno	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:03	Sara Isabella Velásquez Cano.	1026139730	<i>[Signature]</i>	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:04	Karen Dagana Julio Palacio	1093074415	Karen Dagana Julio P.	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:05	Hariana Garcés Toro	1022003811	<i>[Signature]</i>	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:06	Melany castillon Bedoya	1026136310	Melany C.	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	
27/07/26	1:09	Soliana Toronda O	1023634384	Soliana T.	Tb, Inf, Vh	Alegandrac	

Vacunarse es su Seguro de Vida

FOIA b 7 - D
VCY07 R07 033

VERSIÓN: 07

REVISIÓN: 07

FECHA: 16-09-2025

que se me administren.

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

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

3536269- Enfermeria

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	11:21	Ala Cepeda Lopez	1017433417	<i>Ala Lopez</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:22	Kelle Hernandez Sanchez	1126600886	<i>Alejandro Sanchez</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:23	Luzcelly Carolina Valoyes	1025655632	<i>Luzcelly</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:24	Ana Maria Ramirez R	1011309402	<i>Ana</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:28	Isabel Restrepo Vega	1032015240	<i>Isabel R.</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:30	Miley Diana Sepulveda V.	1011394986	<i>Thiana S.</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:32	Daniela Lopez Aguirre	1023702154	<i>Daniela Lopez A</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:34	Angie Lorena Valle C.	1000444949	<i>Angie Valle</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:36	Sandra Juliana Garcesio B	1027965790	<i>Sandra Garcesio</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	
27-07-26	11:39	David Santoso Villa Navarito	1046529186	<i>David Villa</i>	Hb, Inf, Vn.	Alejandro R.	

V=22

25362691-Aux Enfermero

2)

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FO CAL VC V07 R07 033

SIG

VERSION: 07

PROCESO: CALIDAD

REVISIÓN: 07

ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN

FECHA: 16-09-2025

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me 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
27-07-26	11:45 AM	Leticia Fuentes	1007023459	Leticia Fuentes	Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	11:45 AM	Arley Karlos Mercado	1001878550	Arley Mercado	Hb2, Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	11:47 AM	Juliet Cardona Agudelo	1000919010	Juliet Cardona	Hb1, Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	11:50 AM	Joan Pablo A.	1023634287	Joan Pablo	Hb1, Inf, Vn, T1	Alegandraf	
27-07-26	11:57	Yulis Arletti	4493107967	Yulis P. C.	Hb1, Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	11:55	Nicol Mejia M	1033491540	Nicol M	Hb1, Inf, Vn	Alegandraf	
27-07-26	11:56	Marina Pollacio	1017190939	Marina P	Hb1, Inf, Vn	Alegandraf	
27-07-26	12:00	María Isabel Uribe	1018239550	María Uribe	Hb2, Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	12:02	Dahiana Bramilb Muñoz	1033187270	Dahiana	Hb3, Inf, Vn.	Alegandraf	
27-07-26	12:04	José Manuel Gertami N.	1023633040	José N	Hb1, Inf, Vn, T1	Alegandraf	

3336269-104 Enfermas

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

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
23/09/26	12:07pm	Luisa Fela. Arenas Olivos	1182402346	Luisa Arenas d	Hb, Inf.	Alejandro	
24/09/26	12:10	Marcela Jaramila O. b. r. y	1121534594	Marcela Jaramila	Hb, Inf.	Alejandro	
24/09/26	12:12	Dorly Figueroa Blanco	1046952795	Dorly Figueroa	Hb, Inf.	Alejandro	
24/09/26	12:19	Valentina Arango Molina	1033983388	Nm	Hb, Inf.	Alejandro	
27/09/26	12:16	Sara Fernández Chica	1020106875	Sara Chica	Hb, Inf.	Alejandro	
27/09/26	12:18	Andy Jhonson Bahamon	1030090829	Andy B	Hb, Inf.	Alejandro	
27/09/26	12:19	Natalia Herrera Jorcano	1016236633	Natalia	Hb, Inf.	Alejandro	
27/09/26	12:22	Mariana Sofia Cañon Villalba	1122519507	Mariana C.	Hb, Inf.	Alejandro	

