Enfermera 31/93564

1)

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-07-26	8:14	Angélica María Restrepo Garcés	32131469	Angélica Rp o	Hbz, ½.	Alejandra	
28-07-26	8:16	Dorelly Alejandra García	1017177734	Alejandra García	Hbz, ½.	Alejandra.	
28-07-26	8:18	María Jimena Martínez	1078243584	María Jimena	Hbz, ½.	Alejandra.	
28-07-26	8:23	Mariana Valencia Ochava	1018240237	Mariana Valencia	Hbz, ½.	Alejandra.	
28-07-26	8:25	Michelle Díaz Alvarez	1013461474	Michelle Alvarez	Hbz, ½.	Alejandra.	
28-07-26	8:29	Keren Liliana Cobos Sosa	1060519341	[illegible]	Hbz	Alejandra.	
28-07-26	8:36	Mariana Román Correa	1033183040	Mariana	½.	Alejandra.	
28-07-26	8:43	Emanuel Lozano Pueda	1018298649	Emanuel Lozano	Hbz, V1, T2	Alejandra.	
28-07-26	8:47	Isabela Cardona Torres	1021974233	[illegible]	½	Alejandra.	
28-07-26	8:50	Valeria Mejía Velásquez	1068922284	[illegible]	Hbz, ½.	Alejandra.	

3493364

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-07-26	8:53	Sofia Garcia Viana	1018834119	Sofia Viana	Hbz, V2.	Alejandra	
28-07-26	8:56	Mariangel Sarahi muñoz Alfaro	5354539	Mariangel.	Hbz, V2.	Alejandra.	
28-07-26	9:00	Valeria Tabares Vidales	1033186944	Valeria	Hbz, V2.	Alejandra.	
No.	9:04	Yeimy Contreras A.	1023636433	Yeimy.	Hbz, V2.	Alejandra	3493364
28-07-26	9:07	Brayth Anaya	1063134114	Brayth	Hbz, V2.	Alejandra.	
28-07-26	9:09	Salome Cotera Herrera	1038109049		Hbz, V2.	Alejandra.	
28-07-26	9:29	Manuela Mazo Zapata	1045072991	Manuela Mazo	Hbz, V2.	Alejandra.	
28-07-26	9:30	KAROL DAYANNA GUZMAN	1011320662	KAROL GUZMAN	Hbz, V2.	Alejandra.	
	9:32	Juan Carlos Cordoba Moreno	1077435764	Yuancarlos cm	Hbz, V2, TZ.	Alejandra.	
	9:34	Elsy Katherin Martan Gonzalez	1091130243	Elsy Martan	Hbz, V2	Alejandra.	

3193564

Centro Especializado en Vacunación 3 **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V07 R07-033**
	SIG	**VERSIÓN: 07**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 07**
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	**FECHA: 16-09-2025**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
	9:40	Stefanie Posada Sosa	1018224567		Hbz, V2.	Alejandra	
	9:41	Asli Lorena Ramirez Muñoz	1032013533		Hbz, V2.	Alejandra.	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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

3/9/3592 Enfermería

1)

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	8:21	Maria Jose Rodriguez	1045430028	Maria R. G	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	9:08	yelmy contreras A	1023803433	yelmy.	Hbz, Vz	Alejandra	
28-7-26	9:11	Leidy T. Galeano china	1152688042	LEIDY GALEANO	Hbz, Vz.	Alejandra	
28-7-26	9:13	Mariana Baena Mira	1023527083	Mariana B M	Hbz, Vz	Alejandra	
28-7-26	9:14	Valentina Bedoya	1089599533	[illegible]	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	9:17	Valentina Garcia Cano	1020108803	Valentina garcia.	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	9:19	Laura Carolina Duque	1020115110	Laura D	Hbz, Vz	Alejandra.	
28-7-26	9:21	Sofia Bedoya	1035329131	Sofia Bedoya	Hbz, Vz	Alejandra.	
28-7-26	9:24	[illegible]	1074001668	[illegible]	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	9:26	Jimena Salazar	1032181058	Jimena.	Hbz, Vz.	Alejandra	

3193372

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	**VERSIÓN: 07**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 07**
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	**FECHA: 16-09-2025**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	9:27	Juan Cesar R	1074666329	Juan Cesar R	Hb2, V2, T12	Alejandra	
28-7-26	9:42	Luisa Henao Marin	1018244926	Luisa Henao	Hb2, V2.	Alejandra.	
28-7-26	9:46	Michelle Hernández Muñoz	1025650759	Michelle	Hb2 V2	Alejandra	
28-7-26	9:49	Maria Fernanda Diaz Rios	1035976060	Maria Fernanda	Hb2 Vc2)	Alejandra	
28-7-26	9:51	Allyson Mare Valderrama	1026653446	Allem.	Hbc2 Vc2	Alejandra	
28-7-26	9:54	Juliana Hurtado Posso	1038806853		Hbc2) Vc2)	Alejandra	
28-7-26	9:57	Ignacio Ortega Buitrago	1037275579		Hb2, V2, T12	Alejandra	
28-7-26	9:58	Sara Vanessa Mena Murillo	1020429860	Sara V.M.	Hb2, V2.	Alejandra	
28-7-26	10:00	Danna Carolina López Gomez	1038927506		Hb2, V2.	Alejandra.	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28/7/26	8:19	Mario Jose Rodriguez Gomez	1045430028	Mario R. G	T1.	Alejandra.	
28/7/26	8:30	Karen Liliana Cobos Sosa	1066509341	Karen C.	T3.	Alejandra.	
28/7/26	8:48	Isabela Cardona Torres	1021924233		T2.	Alejandra	
28/7/26	8.54	Sofia Garcia Viana	1018234119	Sofia Viana	T2.	Alejandra.	
28/07/26	9:16	Valentina Bedoya	1089599533		T1.	Alejandra.	
28/7/26	9:22	Sofia Bedoya	1035529179	Sofia Bedoya	T1.	Alejandra.	

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

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

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada

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

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

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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

3/9/3404 Mayo Admi-Salud

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	10:02	Laura Andrea Echeverri Duran	1037665073		Hb3, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:04	Darlyn canola Palacios	1128726217	Darlyn canola P.	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:05	Maria Fernanda Marin Flórez	1026147214	Maria..	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:06	Adis Ramos Carcamo	1.066.516.172		Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:07	Alison Ramos Carcamo	1.066.516.272		Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:09	Catherin Yohana Rondon C.	1037586564	Catherin Rondón	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:10	Sara Yulieth Cartagena	1039478580	Sara Cartagena	Hbz, Vz.	Alejandra.	
28-7-26	10:13	Greisi Adriana Lopez Ural	1036623406		HbR, Vz,	Alejandra.	
28-7-26	10:23	Manuela Restrepo Giraldo	1017930373	Manuela RPO.	Hbca) Vca)	Alejandra	
28-7-26	10:27	Estefania Cataño Ceballos	1045104131	Estefania C.	Hbca) Vca)	Alejandra.	

31/93404

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	10:42	Katherine López Estrada	1018243875	Katherine López.	Hb(1) Va(1)	Alejandra	
28-7-26	10:48	Stefania Oviedo P.	1032182544	Stefania O.	Hb(1) Va(1)	Alejandra	
28-7-26	10:50	Herrold Rivas Ospina	1000791512	Herrold Ri	Hb(1) Va(1) TT(1)	Alejandra	
28-7-26	11:01	Veronica cardenas.	1035924885	Veronica.	Hb(1) Va(1)	Alejandra	
28-7-26	11:32	Valentina Sosa D.	1000588364	Valentina S.	Hb(1) Va(1)	Alejandra	
28-7-26	11:46	Nikol Valeria Velez Rios	1000689870	Yolanda Velez	Hb2, V2.	Alejandra	
28-7-26	11:48	Zuhary Karina castañeda	1025160227	zuharycastañeda	Hb2, V2.	Alejandra	
28-7-26	12:41	michel Alexa Garcia	1025650389	michel Garcia	Hb2, V2	Alejandra	
28-7-26	12:47	Edwin Alexis Lopez	1021802078	Edwin L.	Hb2, TT2 Va	Alejandra	

Apoyo Administrativo en Salud 3111390

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	11:22	Manuela Loaiza Montoya	1021802400	Manuela L.	Hb(2) V(2)	Alejandra	
28-7-26	11:36	Mariana Echavarria ramirez	1025681529	Mariana E.	Hb2 V2.	Alejandra	
28-7-26	11:39	Maria Camila Alvarez Goga	1025892524	Camila Goga	Hb2 V(2)	Alejandra	
28-7-26	11:41	Maibel Berrio Bedoya	1025762575	Maibel Berrio B	Hb2 V2.	Alejandra	
28-7-26	11:43	Leidy martinez	1000549744	Leidy M	Hb1, V 1, InF	Alejandra	
28-7-26	11:44	Alison Ardila Agudelo	1033250491	AlisonA.	Hb1, V2.	Alejandra	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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

3536250 - Servicios Farmaceuticos

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-07-26	11:50	Alexandra Osorio M	1020116438	Alexandra	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	11:52	Nicole Pimienta Souza	1023528996	Nicole Souza	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	11:54	Maria Camila Ocampo Quintero	1063750560	Maria Camila O.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	11:56	Angel Mariana Ocaña Rico	1029163749	Mariana Ocaña	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	11:58	Yuraidis Manzano Echavez	1044043378	Yuraidis Manzano	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	12:00	Juliana Sofia Moreno Solórzano	1103216931	Juliana M.S	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	12:03	Yisel Fernanda Cordoba Valencia	1072180367	Yisel Cordoba	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	12:05	Yeraly Andrea Murillo Rivas	1029802912	Yeraly Murillo	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	12:09	Tatiana Blandon Jaces	1.128.439.324		Hbr, Inf, V1.	Alejandra	
28-07-26	12:13	Tatiana Salcedo	1.032.247.711	Tatiana Salcedo	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	

3526350

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-07-26	12:15	Andrea Carolina Tabarez Castro	1023629391	Andrea	Hb1, Inf, V1.	Alejandra P	
28-07-26	12:20	Ana María Herrera Arango	1020115558	Ana H.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra P	
28-07-26	12:21	Tabarez García Gonzalez	1041151071	Gonzalez	Hb1, Inf, V1.	Alejandra P	
28-07-26	12:25	luisa villada	1193105119	luisa villada	Hb1, Inf, V1.	Alejandra P	

3536350. Salud Oral

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	12:06	Leidy Jhoana Olea	1025760643	Leidy	Hbv, Vh, Inf	Alejandra.	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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

34/7/2025

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	**VERSIÓN: 07**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 07**
	ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN	**FECHA: 16-09-2025**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresion 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
28-07-26	1230	Luz Dary Henao Gallego	1143847462	Luz Dary Henao	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:32	Elizabeth Gómez Ibarra	1025886502	Elizabeth.	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:34	Manuela Ávila Jiménez	1033369487	Manuela Ávila	Hb3, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:35	Luisa Sanmartin Arrego	1000874168	Luisa Sanmartin	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:36	Mariana Giraldo Peña	1013342577	Mariana G	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:38	Laura Lizeth Londoño Lopez	1000900515	Laura Londoño.	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	12:39	Yineid Tatiana Giraldo Orozco	1.020.113.656	Yineid	Hb2, V2.	Alejandra	
28-07-26	13:03	Paulina Gallego G.	1018235069	Paulina G	Hb2, V(2)	Alejandra	
28-07-26	13:06	Danilo Santamaria G	1020945517	Danilo S. P.	Hb(2) V(2) TT(2)	Alejandra	
28-07-26	14:20	Valentina Hernández Galvis	1025654365	Valentina H	Hb(2) V(2)	Alejandra	

Sanitas Mas Salud 31/03/2011.

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-07-26	8:11.	Jaibelly Andrea Garcia	1039122883	J. A Garcia	V2. Hb2)	Alejandra	
28-07-26	11:12	Camila Escobar Duque	1025641741	Camilo E.	V2) Hb2)	Alejandra	
28-07-26	11:15	Eliana María Cordoba Valencia	1023636792		V2) Hb2)	Alejandra	
28-07-26	11:21	Abdalia Maraida Suna Mendeta	1098839154		V2) Hb2)	Alejandra	
28-07-26	11:25	Maria Fernanda Gonzalez G	1018345599	Maria Gonzalez	V2) Hb2)	Alejandra	
28-07-26	11:27	Julieth Giraldo Garcia	1000549702	Julieth Giraldo	V2) Hb2)	Alejandra	
28-07-26	12:02	Kimberlly Rendón Cepeda	1041351481	Kimberlly Rendon.	V2, Hb2	Alejandra	
28-07-26	12:16	Nesly Dahiana Pereira T	1116437115		V2, Hb2.	Alejandra	
28-07-26	12:18	Carolina Guerra Acevedo	1033487681	Carolina G.	V2, Hb2.	Alejandra	
28-07-26	12:24	Valeria Pena Buitrago	1020496072	Valeria Pena B.	V2, Hb2.	Alejandra	

3536269

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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
28-7-26	12:45	Maria Jose Castro Palacio	1023523985		Hib, InFluenza	Alejandra	

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.
Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **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