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
31-07-26	16:15	Kevin Fernando Calleyas	1023528311	Kevin C.	Hb(2), V(2), T(2)	Alejandra R	
31/07/26	16:17	Sara Velez Carmelo	1028808424	Sara Velez.	Hb(2), V(2)	Alejandra R	
31/7/26	16:19	Miguel Angel Gomez S.	1033257459	Miguel Gomez	Hb(2), V(2), T(2)	Alejandra R	
31/7/26	16:22	Sara Lucio David H	1037123873	Lucio H.	Hb(2), V(2),	Alejandra R	
31/7/26	16:24	Juliana Montoya Jaramillo	1000557131	[illegible]	Hb(2), V(2),	Alejandra R	
31/7/26	16:27	Maria Paulina Rodriguez Lopez	1033489975	Paulina.	Hb(2), V(2)	Alejandra R	
31/07/26	16:29	Mariana Arroyo Gamboa	1045486526	Mariana Gamboa	Hb(2), V(2),	Alejandra R	

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
31-07-26	15:54	Guarina Silvera Suarez	1021806920	Guarina	Vacc^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	15:56	Dany Cuz Florez	1035642006	Dany C.	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	15:58	Estefania Jaramillo	1021923148	Estefania J.	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:00	Lida Patricia Espinosa	43 916809	Lida P. Espinosa	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:02	Eliana Valentina Lobo P.	1096804564	Eliana Valentina.	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:04	Doriana Camila Ossa L	1035142349	Ossa	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07	16:06	Isabela Mejia Gil	1020106435	Isabela M.	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:09	PEDRO PABLO OSPINA V.	1013071513	[illegible]	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:11	Salome Quiñones Restrepo	1032014965	Salome	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	
31-07-26	16:13	Sofia Rossero Gomez	1020429736	Sofia	Vac^{1} - Hb^{2}	Alejandra	

3536425

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
3-09-26	5:11	Johana Patricia Ureta	1038810311		Hb1 - Hb1	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

formar. 353

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

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores 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 APLIC LA VACUNA
31-07-25	4:14.	Mauve Nived. qui cortes.	1173205184.		INF-HB(1) VP	Alejandra
31-07-25	4:54	Luisa Fernanda Mosquera	1025888224	Luisa Mosquera	INF- HB(1) Va!	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

Gestion Nov. 3193761

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
31-07-26	14:20	Dayana. Trujillo. Varelas.	1032010350	Dayana Trujillo	Hba) Vca)	Alejandra R	
31/07-26	14:22	Marleidis. Valoyes Barguer.	1017184884	Marleidy	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	14:25	Samantha. Marin Lopez.	1020114748	Samantha Marin.	Hba) Vca)	Alejandra R	
31/07-26	14:27	Karol. Stephani, Montoya E.	1128479126.	Karol Montoya E	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	14:29	Yenifer Moreno Zapata.	1066603836	Yenifer Moreno.	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	15:51	Maira. Alejandra Silva navarro	1038095789	Maira	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	15:54	Manuela Montoya Jaramillo.	1018223542	manuela m.	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	15:56	Maria camila. Sanmartin Gil.	1018234041	Maria Sanmartin	Hba) Vca)	Alejandra R	
31/07-26	15:58	Jhon david. Bravo. Almanza.	1027957327		Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:00	Jaider Cristian colorado Sanchez	1035550451.	Jaider C.	Hba) Vca)	Alejandra R	

34.937961 gst. apt

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
31-07-26	16:02	Keyla Juliana David.	1020116991.	Keyla D	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:04	Jholeidy Jhoana Pereira B	1046534123	Jhoana Pereira.	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:06	Isabel. Sofia Santos Noguera	1025654790.	Isabel Santos	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:10	Ana. Sofia. Tabares Arrego.	1025887042	Ana Tabares	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:16	Breylyn Samy villegas Ramirez	1034920889	Breylyn Ramirez	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	14:18	Valentin Villamizar Teran	1105396525	Valentin Villamizar	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:20	Hillary Velasquez Arabia	1013343847	Hillary Velasquez	Hba) Vca)	Alejandra R	
31-07-26	16:23	Mabel Carolina Charrasquiel C	1021806501	Mabel charrasquiel	Hba) Vca)	Alejandra R	

Serv. farmaceuticos 35536368

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
31-07-26	4:03	Diana Alexandra Alzate velasco	1020105081	AlexandraVelasco	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:06	Leany Andrea Hernandez Guzman	1011310942	Leany Hernandez	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:08	Yesica Elena Mejia Gomez	1000 405 117	Yesica Mejia	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:10	Luis Miguel Segura Rojas	1023774091		INF HB (1) V (1) TT	Alejandra R	
31-07-26	4:13	yuliza Chavarria Zapata	1193571459	Yuliza Chavarria	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:18	Dayana Sierra Salazar	1023629550	Dayana Sierra	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:19	ASHLY DANELLY CARDONA BEDOYA	1011391165	ASHLY cardona	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:20	Angel Rodriguez cardenez	1075830351	Angel R.	INF HB (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:23	Maria Jose Araque Rivas	1082477877	Maria Jose	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	
31-07-26	4:26	Juliana Lopez Garcia	1035425915	Juliana L.	INF HB (1) V (1)	Alejandra R	

farmac 3536363.

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
31-07-26	3:27	Yesika Viviana Londoño.	1050547777	Yesika Viviana Londoño	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:29	Estefania Jaramillo Echavarria.	1152458299	Estefania Jillo	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:51	Mario Alejandro Arboleda Ospina.	1000752505	Alejandro AO E.	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:53	Melani Ruiz Echeverry.	1018222817	melani Ruiz E	INF HB(2) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:55	Karen Dayana Lopez Rueda	1064310471	Karen Lopez	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:57	Leidy Tatiana Contreras Gonzalez	1073491566	Leidy Contreras	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:58	Juan Esteban Lopez Orozco.	1216722002	Juan Esteban Lopez	INF HB(1) V(1) TT(1)	Alejandra R	
31-07-26	3:59	Sara Palacios Palacios.	1000843811	Sara palacios	INF HB(1) V(1)	Alejandra R	
31-07-26	4:00	Mateo Ortiz Valencia.	1035419416	Mateo Ortiz Valencia	INF. HB(1) V(1) T	Alejandra R	
31-07-26	4:02.	Paula Herrera Ramos.	1017251112.		INF HB(1) V(1).	Alejandra R	

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

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC 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
31-07-26	5:01	Miguel Angel lopez	1017141941	Miguel Lopez	TT 2.	Alejandra	
31-07-26	5:02	Laura Natalia Rueda	1.090912728	Laura R.	Hb2 - Var2	Alejandra	
31-07-26	5:03	Juan Esteban Martinez	1067726811	Juan Martinez	Hb2-Var2- TT2	Alejandra	
31-07-26	5:05	Marcelo Quintero Orozco	1214717311	Marcelo O. O	Var2.	Alejandra	
31-07-26	5:06	Ximena Valle Murillo	1.073.688.30	Ximena Valle	Var2 Hb2	Alejandra	
31-07-26	5:07	Jeremi Massa David	1073986789	Jeremi Masso.	Var2 - Hb2	Alejandra	
31-07-26	5:07	Isabella Yepes Garcia	1018741517	Isabella Yepes G.	Var2 Hb2	Alejandra	
31-07-26	5:08	Yadat Camila Penagos	1021804036		Hb2 Var2	Alejandra	
31-07-26	5:09	Nicole Diaz Cardona	1037121474	Nicole Diaz	Hb2 Var2	Alejandra	
31-07-26	5:10	Yaury Yoleth Murillo	1128024833	Yaury Murillo	Hb - Var 2	Alejandra	

3493972

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
31-07-26	4:38	Michell Alejandra muñoz	1021926504	Michell Muñoz.	Hb² - Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:46	Valery Medina Guarin	1020115936	Valery T Medina G.	Hb² - Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:48	Isabella Perez Serrain	1020117184	Isabella P.	Hb² - Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:44	Lorena murillo	1056969863	lorena murillo	Hb² Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:50	Juan David Alvarez Zapata	1023528388	Juan Alvarez	Hb² Var² TT	Alejandra R	
31-07-26	4:55	Yesica Maria Velasquez Cordoba	1017231414	Yessica Velasquez	Hb² Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:57	Lucelina Gonzalez Carmona	1.020.437.874	Lucelina Gonzalez	Hb² - Var².	Alejandra R	
31-07-26	4:58	Diana Maria Cartagena	1020392615	Diana Cartagena	Hb² - Var²	Alejandra R	
31-07-26	4:59	Salome Casas Moreno	1.072.146.097	Salomé Casas M.	Hb² - Var²	Alejandra R	
31-07-26	5:00	Sofia Alvarez	302 939 3969	Sofia Alvarez	Hb² - Var²	Alejandra R	

3493404

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
31-07-26	4:17	Raul Ernesto Paez Padilla	1003091614	Raul Paez P.	$11B^{(2)}$ $V^{(2)}$ ✓	Alejandra P	
31-07-26	4:18	Harold Michel Perez Serna	1073001599	Harold Michel P.	$HB^{(2)}$ $V^{(2)}$ ✓	Alejandra P	
31-07-26	5:33	Daryln Sahary Arias Mosquera	1077439884	Sahary Arias	Hb^2 - Vai^2	Alejandra P	

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

3536430

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
31-07-26	9:36	Diego de Jesus Jimenez Zamarra	1.152.684.695		TT - HB - Vari	Alejandra	
31-07-26	5:16	Maria Fernanda Lopez	1022143832	Maria Lopez Lopez	Vari - [illegible]	Alejandra	
31-07-26	5:19	Sara Castro Vargas	1000209052		Vari - INF - HB	Alejandra	
31-07-26	5:20	Gonzalez Morales Cristian	1.036.683.713	Cristian G.	Vari - INF - HB	Alejandra	
31-07-26	5:21	Maria Morales Acevedo	1138078892	Maria Morales	Vari - HB - INF	Alejandra	
31-07-26	5:22	Sara Ramirez Ramirez	1000086130	Sara ramirez	HB - vari - INF	Alejandra	
31-07-26	5:29	Luisa Fernanda Perez	1.017.269.980	Luisa Perez	HB - vari - INF	Alejandra	
31-07-26	5:31	Maria Camila Castrillon	1000639331	Camila C.	HB vari INF	Alejandra	
31-07-26	5:34	Yuranni Aspeilla	1006582678	[illegible]	HB - vari - INF	Alejandra	
31-07-26	5:36	Susana Cartagena	1000086613	Susana C.	HB - vari - 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

Gest. 4 DM. 3493761.

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
31-07-26	4:24.	Ang. Sofia Restrepo Juanillo	1018779 117	Ana Restrepo	INF HB(1) V(1)	Alejandra	
31-07-26	4:25	Estefany Echeverri Herrera	1018222154	Estefany.	HB(2) V(2)	Alejandra	
31-7-26	4:26	Yuliana Andrea perez Tobares.	1000759858	Yuliana Perez	HB(2) V(2)	Alejandra	
31-7-26	4:26	Samuel Montoya Monsalve.	1023634162	Samuel M.	TT(2) HB(2) V(2)	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

Regencia Farmacia. 3234643.

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
31-07-26	4:30	Maria Camila Vasquez George.	1032013615	Maria camila	+HB(2) V(2)	Alejandra	
31-07-26	4:32	Yuly Andrea. Lopez Lopez	1032013437.	Andrea lópez.	+HB(2) V(2)	Alejandra	
NO 31-7-26	4:34.	Diego de jesus. Jimena Tamara	1152684645		INF	NO.	

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

Aull en salud 3536430.

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
✓	31-7-26	3:00	Edgar Andres Aguirre Cano	1001452089	Edgar Aguirre	TI(2) HB(1) V(1) INF	Alejandra	
✓	31-7-26	3:00	Yulis Tatiana Mosquera Morillo	1128726262	Tatiana Mosquera	INF HB(1) V(1)	Alejandra	
✓	31-7-26	4:08	Daniela Martinez castro.	1002500300	Daniela M.C.	INF. HB(1) V(1)	Alejandra	
✓	31-7-26	4:08	Alexander Morales escudero	1017926346	Alexander	INF HB(1) V(1) TI(1)	Alejandra	
✓	31-7-26	4:12	Karen Adarve Rincon.	1214746149	Karen Adarve	HB(1) V(1)	Alejandra	
✓	31-7-26	4:19	Katherine yuliet perez falon.	1006570815		INF HB(1) V(1)	Alejandra	
NO ✓	31-07-26	4:20	Alejandra Diez Muñoz.	1001228945	Alejandra Diez	INF HB(1) V(1)	No se vacuno	
✓	31-07-26	5:38	Michel Alejandra Rodriguez	1037721816		INF-HB(1) VA	Alejandra	
	31-07-26	5:36	Miguel Angel Rivera Perez	1004186471	Miguel Rivera	INF-HB(1) TI(2) VA	Alejandra	
	31-07-26	5:38	Katerin Geeman Rojas	1064186651	Katherin G.	INF-HB-VA	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
31-07	6:14	Omar Andres Ramos	1000747035		Hb3-TT1-Inf	Alejandra	
6:21	6:21	Sandra Sierra Arango	1035832844		Hb1-VA1-Inf	Alejandra	
31-9-26	6:39	Angy Paola Vanegas Arcapio	[illegible]	Angy Vanegas	Hb1-V1-Inf	Alejandra	