

<div>  <p>Centro Especializado en Vacunación</p> <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p> </div>		FO CAL VC V07 R07 033
FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO		
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.

que se me comunicaron:

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

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

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

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

[illegible]

22

Centro Especializado en Vacunación

PSYACUMAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOCAL VC V07 R07 033

SIG

VERSIÓN: 07

PROCESO: CALIDAD

REVISIÓN: 07

ESTÁNDAR SISTEMA INFORMACIÓN.

FECHA: 16-09-2025

que se me administran.

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

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

Intramural

Extramural

Jornada de vacunación



Domicilio

Unidad Móvil

[illegible]

29

 <p>PS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su seguro de vida</i></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

Extramural	Jornada de vacunación	Domicilio	Unidad Móvil

[illegible]

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>		FO CAL VC V07 R07 033
FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO		
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 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

Unidad Móvil	Domicilio	Jornada de vacunación	Extramural	Intramural

[illegible]

2/11/22

2/11/22

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

X Jornada de vacunación

Domicilio

Unidad Móvil

[illegible]

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

20

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

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

[illegible]

Apoyo Adm Salud
2036227

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Seguradora de su Seguridad de Vida</p>		<p>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>PO CAL VC V07 R07 033</p>
<p>SIG</p>		<p>VERSION: 07</p>	
<p>PROCESO: CALIDAD</p>		<p>REVISION: 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 CIUDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
31-8-2026	11:11	carol Moreno Agdebo	7122924773	Karel Moreno	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	11:17	Yesica Tabares Gonzalez	1025652932	Yesica T.	HB(1), V(1), Inf	Alegre	
31 AGO 2026	11:19	Karen Rodriguez Zabalga	1036448340	Karen R.	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	11:20	Jhiana Meza Banquez	1013339444	Jhiana M.	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	11:23	Isabel Campo Cano	1031940926	Isabel Campo	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	11:44	Adriana Rodriguez Bermudez	1411926	Adriana R	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	11:55	Yancy Perez Casio	439835666	Yancy Perez Casio	HB2, V2	Alegre	
31 AGO 2026	12:20	Sara Joana nerena	1011393108	Sara nerena	HB2, V2	Alegre	

HB V Inf
8 8 1

3336284

<div>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p> </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	CÉDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
31 AGO 2026	11:49	Nariara García Toro	1022003811	<i>[Signature]</i>	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:50	Shaffanny Arevalo	6142475	<i>[Signature]</i>	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:51	Sara Isabella Velásquez Cano	1026129730	<i>[Signature]</i>	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:52	Karen Dayana Julio Palacio	1098074415	Karen Julio	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:53	marina Jimenez ALZATE	1032011392	marina Jimenez	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:54	Manuela Villegas Zapata	1021926696	Manuela Villegas	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:56	Ma Carina Rodas López	1025657671	Carina Rodas	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:57	Pa Sofia Mendez Araya	1021394611	Sofia Mendez	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:59	Salome Diaz Correa	1034588855	Salome Diaz	b2 V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	12:00	Gielcy Trebol Madrid	1020114250	Gielcy Trebol	b2 V2	Alegandaf	

416 V
 10 10

L. Formosa.

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></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

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

[illegible]

410 7

Servicios Farmacéuticos. 3586350.

 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
31 AGO 2025	10:02	Maria Camila Ocampo	1063150560	Maria Camila Ocampo	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:04	Alexandra Osorio Mondragón	1020116438	Alexandra Osorio	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:05	Nicole Pimiento Suarez	1023528446	Nicole Suarez	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:07	Gileen Contreras Morales	1020117386	Gileen Contreras	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:08	Angel Mariana Lopez Rico	1027463744	Mariana Lopez	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:09	Yanara Maya Puntana	1045489819	Mariana Noya	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:11	Katty Morris Martinez	1052043808	Katty Morris	fbz	Alexandra	
31 AGO 2025	10:12	Yisel Fernanda Cordoba	1032180367	Yisel Cordoba	fbz	Alexandra	

Hb V
8

Total: fbz fbz
Im no V-49-78. no

2000

SECRET

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

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

Unidad Móvil

31 AGO 2026 0:47

200

2536380

<div>Centro Especializado en Vacunación</div> <div></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

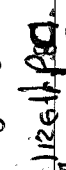
De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación 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 vacuнаles: 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 AGO 2026	1:27	Yelson Penteria Cordero	1078176097		Hbe2, V2, T2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:31	Yeraldin Aguirre Carragaj	1020478301	Yeraldin A	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:33	Rosy Salinas Ortiz	1003969500	Rosy Salinas	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:34	Alejandra Yepes Hincapié	1078247444	Alejandra Y.	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:37	Dairyn Palacios Cordoba	1078007847		Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:39	Juana Ospina Cantalejo	107993924	Juana O.	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:40	Paulina Alan Arenas	1025650626	Paulina A.	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:47	Evelyn Martinez Ramirez	1106949389		Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:43	Alison Sabas Lopez	1018242445	Alison D.	Hbe2, V2	Alejandro	
31 AGO 2026	1:44	Estrella Mestre Rosales	1062439447	Alexandra L.	Hbe2, V2	Alejandro	

46 V-17
10-10-1

16/09/2025 16:19 Informa: V-17-2

3556A13

Salud Oral

<p>A)</p> <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></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
31 AGO 2025	15:54	Yony Caray Perez	102044804	José Paraf P.	Hb2 V2	Alegandar	
31 AGO 2025	15:56	Maria Alejandra Mesa	1018231760	Alejandra Salas	Hb2 V2	Alegandar	
31 AGO 2025	15:57	Yony Caray Perez	102743301	Yony Caray	Hb2 V2	Alegandar	
31 AGO 2025	16:39	Izeth Alia Jotamayor	1038009986	Edan Alia	Hb2 V2	Alegandar	
31 AGO 2025	07:00	Sammy Peralta Rojas	1032183520	Sammy Peralta	Hb2 V2	Alegandar	
31 AGO 2025	07:01	Aneliz Tapia Figueroa	102821369	Aneliz Tapia	Hb2 V2	Alegandar	

Hb-6 V6

salud 0536413
oral

 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 terminos 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

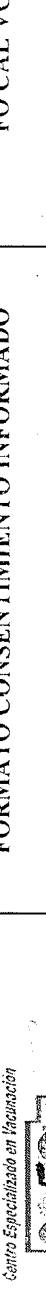
Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CECULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
31 AGO 2026	1:55	Diego Alejandro Boga	1018232684	<i>[Signature]</i>	H82-V2-TT2	Alegandar	
31 AGO 2026	1:56	Mariana Mosquera Herrera	1000532804	Mariana M.H.	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	1:58	Michelle Bernal Lopez	1018345600	Michelle Bernal	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:06	Lismay Luisana Velasquez Tremin	5342752	Luisana	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:08	Leidy Katherine Tabares Gallo	1036938855	Leidy Tabares	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:10	Sara Hincapié Amaya	1001362726	Sara H.	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:12	Luisa Fernanda Bonilla Valencia	1133679754	Fernanda B.V.	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:13	Emmanuel Masso Saldaña Riga	1020114385	Emmanuel Masso	TT2-H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:17	Edith Vanessa Rodriguez Vergara	1040871013	Vanessa Vergara	H82-V2	Alegandar	
31 AGO 2026	2:20	Scharon Visel Ballesteros Valencia	1021807190	Scharon	H82-V2	Alegandar	

HE INF V T
 10 10 2

101 + 16 = 117 Infr V-1171-2

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIASAS</p> <p>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
------------	------------	-----------------------	-----------	--------------

[illegible]

Handwritten signature "S. J. J." and a date stamp "1964".

emfeimena3589914

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida</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

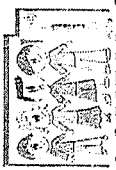
☐ Intramural
 ☐ Extramural
 ☐ Jornada de vacunación
 ☐ Domicilio
 ☐ Unidad Móvil

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
31 AGO 2020	12:29	Daniela Gamba marín	1005059605	<i>Daniela Gamba marín</i>	Hb1-V1-JNF1	Alegre	
31 AGO 2020	13:33	Dayana Jaramillo Ortiz	1193067794	Dayana J.O.	JNF-V1-Hb3	Alegre	
31 AGO 2020	13:36	mapion daniel perez Quintero	1000886658	Mapion Perez	JNF-V1-TT1	Alegre	
31 AGO 2020	13:39	Lusa Fernanda Mora Hoyos	1035424370	Julietta Mora	JNF-V1-Hb1	Alegre	
31 AGO 2020	13:41	Martha Beatriz Vivares O.	1035304484	Martha v.	JNF-V1-Hb1	Alegre	
31 AGO 2020	13:42	Melissa arena Soto	1020470178	Melissa A. Soto	JNF-V1-Hb1	Alegre	
31 AGO 2020	13:45	Ara Vanessa Zamora Lombino	1035229009	Vanessa Zamora	JNF-V1-Hb1	Alegre	
31 AGO 2020	13:46	Julieth mariea Rojas Zapata	1128435489	Julieth Rojas Zapata	JNF-V1-Hb1	Alegre	
31 AGO 2020	13:47	Diana Alejandra Cañaveral Garcia	1128415489	Diana Cañaveral	V1-JNF	Alegre	
31 AGO 2020	13:50	Jannii Juliet Cifuentes Ocampo	1000295289	Juliet Cifuentes	JNF-V1-Hb1	Alegre	

JNF V HB TR
 10 10 81

Total HB3-JNF 21 V=19 773

3589914 Enfermería

<div>Centro Especializado en Vacunación</div> <div></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
31 AGO 2020	2:52	Yimar Alexis Guanin Restrepo	1032013039	Yimar Gvarin	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	2:54	Luisa Fernanda Dona Castellar	1001133256	Luisa Dona C.	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	2:56	Adriana Patricia Naranjo Velasquez	107161858	Adriana	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	2:58	Maria Fernanda Perez Castillon	1025882554	Maria	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:00	Valeria Arias Zuleta	1214745971	Valeria Arias	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:01	Sol Angie Bustamante Hernandez	1001456589	Sol	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:03	Julian David Bustamante Guerrero	1214717489	Julian B.G	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:05	Paola Andrea Parra Lopez	1216713047	Paola Parra Lopez	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:07	Nataly Durango Pineda	1036636912	Nataly Durango	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	
31 AGO 2020	3:08	Andrew Espinosa Borja	1000289844	Andrew Espinosa	INF-V1-HB1-TT1	Alegandor	

INF V1-HB1-TT1
10 8 7 2

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

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

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



7	5	9	7
7	5	9	7

Proyecto Admin en Salud
2536302

 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
31-8-26	11:07	Johan Gonzalez Florez	1006333640	<i>Esdras Garzaiz</i>	HB(2), VE(2), T(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	11:25	Oreidan Melendez Roman	1011392991	Oreidan	HB(2), VE(2), T(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	12:18	Daghana Daza Escobar	1048483059	Katherine Daza	HB(2), VE(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	2:26	Diana Patricia Areiza	432799636	Diana Areiza	HB(2), VE(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	12:28	Jennifer Usuga Cifuentes	1023592740	Jennifer usuga	HB(2), VE(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	12:33	Cynthia Aldana Gaviria	1113640218	Cynthia	HB(2), VE(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	2:42	Kevin Silve Palacios Romero	1015071944	Kevin	HB(2), VE(2), T(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	2:10	Sara Aguirre Restrepo	4018238791	Sara Aguirre Restrepo	HB(2), VE(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	2:13	Verónica Barrera Salazar	102070770	Veronica B.	HB(2)	Alegandral	
31 AGO 2026	2:14	Maria Alejandra Solar Montes	1192455565	Maria Solar H.	HB(2), VE(2)	Alegandral	

HB INF VTT
-10 93

Total HB=15 Infrno V=6 T=6

 <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></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
31 AGO 2023	18	Gisela Sofia Negrete Palanco	1064308201	<i>Gisela</i>	Hbc21 Vac	Alegandor	
31 AGO 2023	20	Adrian David Marin Mejia	7036451740	<i>Adrian</i>	Hba1Vax1Tta	Alegandor	
31 AGO 2023	23	Roxa Alejandra Ruiz Betancur	1096907823	<i>Roxa</i>	Hbc21 Vac	Alegandor	
31 AGO 2023	23	DARNEY ANDREU CHICA BARBOSA	1017229538	ANDREU BARBOSA	Hba1 Vax1Tta	Alegandor	
31 AGO 2023	23	Yarleschis Tapias Alvarado	1052524588	<i>Yarleschis Tapias</i>	Hbc21 Vac	Alegandor	
31 AGO 2023	24	ANISON VASCO SOTO	1013461052	ANISON VASCO	Hba1 Vac	Alegandor	
31 AGO 2023	3:09	Isaac Cordoba G.	1128425465	<i>Isaac</i>	Hba1Vax1Tta	Alegandor	

8	7	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

Yadond 3536402

<div>Centro Especializado en Vacunación</div> <div></div> <div>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</div> <div>Vacunarse es su Seguro de Vida</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
31 AGO 2026	8:57	Tatiana Bemo Durango	1023831516	Tatiana Bemo D.	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	8:58	Damey Suarez Rios	1033256530	Daniela suaza	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	8:59	Epith. Bonga Hernandez	1128473949	Yeraldin b.	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:02	Valentina Garcia Ovario	1001237260	Valentina G.	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:03	Natalia Lombardo Toboqui	1036665989	Natalia Lombardo	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:04	Wendy Laramillo Taborda	1013341429	Wendy Saramillo	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:05	Daniela Galvis Res.	1082970137	Gabriel Galvis R	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:06	Genesis Durante Alvarez	5774333	Genesis Durante	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:08	Natalia Segura Acevedo	1027802581	Natalia S.	Hb2 V2.	Alegondar	
31 AGO 2026	9:09	Aina Sofia Marin Priado	1025655857	Sofia	Hb2 V2.	Alegondar	

Hb2 V
-10

Totale 46 21 10 22 76 11

3536102

Salud 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	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 CIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
31 AGO 2020	10	Maria Fernanda Arilla	1017933178	Maria Fernanda Arilla	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	12	Ara Sofia Botero lafias	1033441721	Sofia B	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	11	Ara Sofia Zubara Restrepo	1018245374	Ara Sofia Restrepo	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	15	Sofia Correa Callejo	1011396477	Sofia Correa	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	16	Sabeta Bargas Chavez	1071686507	Sabeta Bargas	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	18	Maibely Alvarez Florez	1033179434	Maibely Alvarez	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	23	Juan David Sanchez P.	1067286248	Juan David Sanchez	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	14	Ara Sofia Barea Arenas	1015073313	Ara Sofia Barea	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	12	Yvian Fernanda Blanco	1101440379	Yvian Fernanda	V2	Alegandara	
31 AGO 2020	17	Jose David Linan	112404516	Jose David Linan	V2	Alegandara	

Ab V TI
9 to 2

15362651

<p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <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
31 AGO 2026	0:54	marcelo jaraqueth O. b. r.	1121534594	fm Outeir	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	10:55	Mariana Sofia Cañon Villalba	1122519507	Mariana C.	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	10:56	Dahiana Jaramillo Muñoz	1033187720	Daiana	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	10:57	JOSE MANUEL DELGADO BELTRAN M. C. 2	1023633040	JMN	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	0:59	Nicol Mejia Montoya	1033491549	Nicol M.	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	11:02	Daily Figueroa Manco	1046952795	Daily	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	11:04	Maria Isabel Uribe R.	10292391550	Maria Uribe	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	11:06	Mariana Palacios D.	1077190939	Mariana	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	11:09	Valentin d Alarado	1033183338	Vm.	V2	Alegandar	
31 AGO 2026	11:09	Ana Maria Ramirez	1011399907	Ana	V2	Alegandar	

[illegible]

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

V-22

3536269

Enfermería.

<p>2)</p> <p>Centro Especializado en Vacunación</p>  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p>	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V07 R07 933
	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
31 AGO 2026	11:11	Isabela Restrepo Vega	1032015246	Isa R.	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:12	Luzelly Carolina Valdez Portenay	1025655632	Carolina	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:13	Natalia Herrera Rozano	1018236633	Natalia	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:15	Yolanda Monsz Sanchez	116660886	Yolanda	V3	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:16	MACRISTINA RIVERA	1017133417	MACRISTINA	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:18	Luisa tda. Panas d	1152452746	Luisa Arenas	V1	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:20	Miley Joana Sepulveda U.	1011391986	Joana S.	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:23	Daniela López Aguirre	1023702154	Daniela López A	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:24	Daniela Feliciano Gonzalez Q.	1021965790	Daniela Q.	V2	Alegandaf	
31 AGO 2026	11:26	Yolanda P. C.	1192107967	Yolanda P. C.	V2	Alegandaf	

11b V
 10 10

102.82

<div> <div>  </div> <div> <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</p> <p><i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p> </div> </div>	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 punccionada

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

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

Intramural	Extramural	Jornada de vacunación	Domicilio	Unidad Móvil

[illegible]

17
2
0
1

Apoyo abono en Salud 35 36 300

<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
31 AGO 2026	10:20	Saymon Zapata osorio	1001606990	Saymon Z.	V1 HB1 11' 1147	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:23	Johana Franco-Ramajo	1023628458	Johana F.	HB2 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:25	Glady Yireth G. Bohaguet	1049020162	Yireth G.	HB2 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:28	Sara Umeo-castorena	1034920243	Sara U.	HB2 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:30	Daniel Aliver-Chavez Jaramillo	1033170579	Daniel C.	TT21 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:32	Luzia Franco-Suarez castañeda	1027906261	Luzia Franco S.C	HB2 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:34	Juan David expando Gana	1023525301	Juan	HB21 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:35	Luzia Fernandez-Quiroz Vega	1022142962	Luzia Quiroz	V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:36	Camillecarter vera Florez	1031441478	Camila Vera	HB2 V21	Alejandra R.	✓
31 AGO 2026	10:37	Ana Karina Soto Velasquez	1020115435	Ana	HB2 V21	Alejandra R.	✓

HB V 107 11
8 10 7 2

Talad 11515 Int 1 V17-7123

3536200.

Apoyo Admin en Salud

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
31 AGO 2025	10:41	perly juliana Melillo flores	1001404869	Juliana murillo	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:44	Ximera Ochoa	1006319050	Ximera Ochoa	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:49	Yeidis Pego Soto	1069470728	Yeidis R.	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:50	Santiago Galindo Perez	1003206626	Santiago Galindo	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:53	Marelin Veigaia Castano	1021805357	Marelin Veigaia	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:55	Maria Perez Ortiz	1025643770	Maria Perez	+1B(2) V(2)	Alegandrar	
31 AGO 2025	10:57	Dayana Monton Osorio	1037122127	Dayana Monton	+1B(2) V(2)	Alegandrar	

46 V 77
7 7 7

3526326

 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
31 AGO 2025	10:26	Maria Celome Zavala H	1032014006	Maria L	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:31	Maria Alejandra Cardenas	1019-274180	Alejandra C.	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:33	Luisa Castañeda Anila	1017276161	Luisa C.	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:34	Rafael Lopez Largo	1013630799	Rafael	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:36	Marcela Restrepo Alvarez	1022147402	Marcela R.	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:37	Camila Velez Marin	1020498555	Camila Velez	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:40	Sarahi Ortiz Marin	1040574369	Sarahi Ortiz	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	10:45	Luisa Fernanda Ospina Bolaños	1023524965	Luisa Ospina	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	11:35	Susana Moncada Benito	1000224321	Susana MB	V2	Alegandria	
31 AGO 2025	11:38	Shanick Maldonado Perez	1020499586	Shanick M.P.	V2	Alegandria	

116 V-11
110 10 1

3526326

Neoyol Admin Salud
3536336

<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
31 AGO 2025	11:40	Elizabeth Soto Gonzalez	107334970	Elizabeth Soto G.	HBe2 V2	Alegandrea V2	
31 AGO 2025	11:42	Melany Contreras Mejia	1033180281	Melany Contreras M.	HBe2 V2	Alegandrea V2	
31 AGO 2025	11:50	Anilly Areiza Londoño	1042773964	Mariana Areiza L.	HBe2, V2	Alegandrea V2	
31 AGO 2025	11:52	Hardy Cardenas Muñoz	1035420905	Hardy Cardenas	HBe2, V2	Alegandrea V2	

11b V
11 14

Alfonso Piedrasblanca, 3389482

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 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
31 AGO 2020	9:26	Santiago Ruiz Avendaño	1025650306	Santiago Ruiz A.	Hbz V2 T12	No de vacuna Informas Fiebre	
31 AGO 2020	9:27	Ina Vera Vergara	1020499916	Ina Vera U.	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:28	Daivy Torres Cuesta	104550602	Daivy Torres	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:30	Ana Sofía Castillon Toledo	1033182017	Ana Sofía Castilla	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:31	Vanessa Santos Hernandez	1010496841	Shanik Santos	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:34	Katherine Garmora Ramirez	100116253	Katherine Carmona	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:35	Valeria Nieto Franco	1110868705	Valeria Franco	Hbz V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:37	Stefany Jimenez Quintana	1011397190	Stefany Jimenez Q.	V2	Aguardar	
31 AGO 2020	9:44	Sebastian Corton Moron	1018245500	Sebastian G.	Hbz V2 T12	Aguardar	
31 AGO 2020	9:46	Salome Cohen Ruiz	1035994766	Salome C.	Hbz V2	Aguardar	

11b V T12
29 1

Total: 11b T12 Inform V-15 T12

Centro Especializado en Vacunación



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

3389182

Atencor Keresptalaria.

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
31 AGO 2024	18	Ulisesa Sanchez Virega	1035972205	Jhesica S.	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2024	50	Matias Restrepo Salazar	1033184373	Matias R.	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2024	51	Dulce Maria Cadavid	1011400431	[Firma]	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2024	52	Mariana Gonzalez Conliva	1011305166	Mariana Gonzalez	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2024	14	Beliana Mantoran Monterosa	105392425	Taliana M.	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2024	15	Jose David Liran Umenet	1122904516	Jose Liran	Hbz V2	Alegandor	
31 AGO 2025		Joseeth Judith Orbe Latorre	103342442	Joseeth Orbe	Hbz, V2	Alegandor	

Ab V T
G 1

Coordinación Adm
3536427

<div>1)</div> <div>Centro Especializado en Vacunación</div> <div></div> <div>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS</div> <div>Vacunarse es su Seguro de Vida</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
31 AGO 2026	8:15	Nicol Michel Garcia Rodas	1054543502	Nicol Garcia	Hb2) Vca	Alegandria	
31 AGO 2026	8:27	Maria Camila Lombardi Quintero	1077004474	Maria Camila Lombardi	Hb2) V2	Alegandria	
31 AGO 2026	8:29	Mashell Bermudez	1013360193	Mashell	Hb2) V2	Alegandria	
31 AGO 2026	8:31	Stefania Quirara Ovario	1011345496	Stefania Q. O.	Hb2) V2	Alegandria	
31 AGO 2026	8:33	Nasmin Perez Monsalve	1041633472	Nasmin Perez	Hb2) V2	Alegandria	
31 AGO 2026	8:34	Juan Andres Perez Morales	1004166013	Juan Perez	Hb2) V2	Alegandria	
31 AGO 2026	8:37	Mariana George Jaramilla	1018238483	Mariana G.	Hb2) Vca	Alegandria	
31 AGO 2026	8:39	Paulina Usuge Munoz	1033488214	Paulina Usuge	Hb2) Vca	Alegandria	
31 AGO 2026	8:40	Sandra Monsalve A	1025647402	Sandra Monsalve	Hb2) Vca	Alegandria	
31 AGO 2026	8:43	Mariana Uribe Amaya	1013339924	Mariana	Hb2) Vca	Alegandria	

Hb2 V-77
-10 10 2

3536427 116-941 Jun No V17 77-2

<div style="text-align: center;">  <p>IPS VACUNAR COLOMBIA SAS <i>Vacunarse es su Seguro de Vida</i></p> </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 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
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------	-------------------------------------	---------------------

[illegible]