Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO.CAL.VC.V06.R06.021
SIG	VERSION: 06
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 06
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS	FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio — VACUNADOR: Alejandra R — ASISTENTE: Sara Gonzalez — FECHA: 04-08-2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] — HORA ENTRADA: — HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	M A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Nidia Rodriguez Urquijo	52.751743	11/12/1984	O+	cll 50 sur #2D-58 este	Palermo sur	3183858159	compensar			1			1	A						
2	Luisa Maria Narcha Rodriguez	1069403055	31/07/2009	O+	Cll 14-60A sur 08	Ciudad Bolivar	3004908049	famisanar			1			1	A						
3	Adriana Milena Villarane Rancancio	1000857082	30/05/2003	A+	cvr 78G #16-72	Prado Negas	3243359485	Salud total			2			2	A						
4	Santiago Gonzalez Bautista	1014482521	31/01/2008	O+	Palermo sur	Palermo sur	3252735917	capital salud	1		1			1	A						
5	Michel natalia valencia Eoa	1033679044	12/04/2004	O+	cll 37A sur #20-76 este	Juan Rey	3102047478	compensar			1			1	A						A3232
6	Myriam Cairqy Calducho	1054034340	29/11/1987	O+	cll 20 sur #12B-12 este	Castana	3208724602	compensar			1			1	A						
7	Angie liced Caicedo Usche	1029280228	28/01/2007	O+	cll 67B sur #18A50	Lucero	3102823737	famisanar			1			1	A						
8	lisset el camila Rodriguez Palma	1033702453	26/02/2004	A+	cll 63 A bis #18-25 sur	Lucero	3224257369	famisanar			1			1	A						A32332
9	Karen Lorena Gonzalez Espejo	1028785593	27/08/2008	O+	cll 38E sur #68C-48	Alqueria	3135687817	Sanitas			1			1	A						
10	Daniela Alvarez Hernandez	1022951450	12/05/2007	O+	Aurora	Aurora	3138106370	capital salud			1			1	A						
11	Luisa Fernanda Ospina Gallo	1036083863	14/07/2008	O+	Bosa	Bosa	3135866378	salud total			1			1	A						
12	Melani Shanith Martinez Cardona	1011701575	23/09/2008	O+	Tesoro	Tesoro	3009748637	famisanar			1			1	A						SS
13	Laura Katerin Leal Lopez	1024504699	19/05/2008	O+	cll 69 sur #20-36	San Francisco	3208005860	Policia Nacional			1			1	A						
14	Michel Valentina Canon Cardenas	1022945827	02/10/2006	O+	cvr 3A #55B-68	Danubio A281	3006202540	famisanar			1			1	A						
15	Jader esteban Florez Duarte	1019993864	12/01/2008	O+	cvr 30 #36-09	ciudad verde	3116580080	famisanar	1		1			1	A						
16	Karen Daniela Polania Tovar	1105057094	13/02/2007	A+	cierra Morena	cierra Morena	3236494152	capital salud			1			1							
17	lindsay Dayanny Mendoza Beina	1080430217	21/11/2007	A+	cll 48 10 sur #50-77	San Agustin	3146698812	salud total			1			1	A						
18	Santiago Arcila Giraldo	1014091925	20/02/2006	O+	cll 10 #37 este	Pradera 2	3208891552	Nueva EPS	1		1			1	A						
19	Valentina Diaz Bocanegra	1000335772	31/03/2001	O+	cll 69A #92-72	Tintal	3238217189	famisanar			1			1	A						
20	Saray maria Mendoza villanueva	1042437627	28/04/2009	O+	cll 38C sur #72-34	Timiza	3116697763	Nueva EPS			1			1	A						
21	Natalina Cifuentes sanchez	1025532216	29/11/2006	O+	cvr 25A #26 25 sur	los Alpes	3196663606	compensar						1							SS
22	Maria ines Pachon Franco	1008020418	04/10/2000	O+	cll 69 A bis sur #54-89	cierra Morena	3214729803	capital salud			1			1	A						
23	Karen sofia Padriguez Aguilar	1022942983	14/06/2006	O+	Suena	Suena	3219127686	Sura			1			1	A						
24	Maria Paula Gomez ortiz	1007195425	16/10/1997	O+	cll 42 F sur 97B-80	Dindalito	3227854740	Salud T			1			1	A						
	TOTAL								3		23			24	22						2

CONTACTO — CORREO — TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El lider del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

SOPORTES REGISTROS DIARIO DE PACIENTE

Sede: Sena San Antonio — Vacunador: Alejandra R — Asistente: Julia Gonzalez — Fecha: 14-02-2024

Estrategia: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE CASA [ ] BARRIDO [ ] CASA A CASA [ ]

DATOS DEL PACIENTE

N	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	VACUNAS
1	Maidy Juliana Sanchez	1016086902	29/06/2006	O+	Cll 38 #40-13 sur	Bosa Laureles	3229134811	Salud Total	
2	Nayibe Estrella Sanchez	1118562784	29/02/1995	O+	cll 38 #40-80	la igualdad	3142713120	Salud Total	
3	Mary Andrea Melissa Cantillo	1024527442	30/05/1998	O+	cll 33 sur #92-85	Nuevo recreo	3184180665	famisanar	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

CONTACTO: | CORREO: | TELEFONO:

COORDINACION DE ENFERMERIA:

OBSERVACIONES:

TOTAL: 3 33

3537079

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** [X] **Jornada de vacunación** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
04 AGO. 2026	8:59	Nidia Rodriguez	52.751143	Nidia R	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:00	Luisa Maria Moreno Rodriguez	1069403055	Luisa Moreno	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:02	Adriana Milena Villafañe Bercancio	1000857082		HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:04	Santiago Gonzalez Bautista	1014482521		HBO VEO TEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:06	Michel Natalia Valencia Roa	1033679044	Michel Valencia	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:08	Myriam Garay Caldueño	1075403470	Myriam G.	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:10	Angie Liced Caicedo Useche	1029280228	Angie Caicedo.	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:13	Lissed Camila Rodriguez Parra	1033-10-7453	Camila R.	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:15	Karen Lorena Gonzalez Espejo	1028785693	Lorena.	HBO VEO INF	Alejandra	
04 AGO. 2026	9:16	Daniela Alvarez Hernandez	1022951450	Daniela	HBO VEO INF	Alejandra	

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** [x] **Jornada de vacunación** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [x]

	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
01	4 AGO. 2026	9:18	Luisa fernanda Ospina Gallo	1.036.839.363	Luisa fda	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:20	Melani Sharith Martinez Cardona	1011107575	Melani martinez	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:23	Laura Katherin Leal López	1024504699	Laura López	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:24	Michel Valentina Cañon Cardenas	1022945829	Michel V.	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:26	JEIDER ESTEBAN FLOREZ	1019993864	ESTEBAN F.	HB(1) V(1) T(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:28	Karen Daniela Polania Raval	1105057094	Karen Polania	HB(2) V(2)	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:30	Lindsay Davanny Mendoza Bernal	708ABO7+	Lindsay Mendoza	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:33	Santiago Arcila Giraldo	1029091925	Santiago A.	HB(1) V(1) T(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:34	Saray mendoza villanueva	1042437627	Saray mendoza	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	
01	4 AGO. 2026	9:36	Valentina Diaz Bocanegra	1000335792	Valentina DiazB	HB(1) V(1) INF	Alejandra R	

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida*	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** [X] **Jornada de vacunación** [ ] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
04/08/26	9:38	Catalina Cifuentes Sanchez	1025532216	Catalina Cifuentes	VAQ	Alejandra	
4/08/26	9:38	Maria Inés Pachón Franco	1000802648		ABQ VAQ INF	Alejandra	
4/08/26	9:42	Loren Sofia Rodriguez Aguilar	1022942993		ABQ VAQ INF	Alejandra	
4/08/26	9:55	Maria Gomez ortiz	1007195475	Maria C.	ABQ VAQ INF	Alejandra	
4/08/26	9:56	WENDY YULLIANA GOMEZ S	1016086993	WENDY GOMEZ	ABQ VAQ INF	Alejandra	
4/08/26	9:57	Wendy orjuela sanchez	1118562284	Wendy orjuela	ABQ VAQ INF	Alejandra	
04/08/26	10:12	Hylory Andrea Haosa Contreras	1012459142	Hylory A. Haosa	ABQ VAQ INF	Alejandra	