IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

	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: Juliana Enciso | FECHA: 04 AGO 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ | HORA ENTRADA: | HORA SALIDA: 3537050

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Ana Camila Jimenez Duran	1031170363	03-02-2004	O+	Tunjuelito	NA	3124942037	Sanitas			1			1	1					
2	Ford Dayana Tera, B	1013608861	20-01-2009	O+	C. Bolivar	N/A	3142231367	S. total			1			1	1					
3	Ixi Tatiana Rico, Lopez	1000596612	29-06-2001	O+	Rafael Uribe	N/A	3204470016	Famisanar			1			1	1					
4	Valery Dayana Martinez	1000693743	11-12-2007	O+	Usme	NA	3228620512	Famisanar			R				1					
5	Angelith Sofia Guzman	1023382616	30-12-2008	A+	Bosa	NA	3247665570	S. total			1			1	1					
6	Hally Camila Zamudio	1023382291	13-12-2008	O+	C. Bolivar	NA	3179156691	Sura			1			1	1					
7	Zahori Alejandra Espinosa	1014991603	15-03-2008	O+	Kennedy	NA	3112728371	Sanitas			1			1	1					
8	Angie Lorena Tapia Tabares	1071.105114	27-02-1995	O+	Suba	NA	3202158861	Sanitas			1			1	1					
9	Noelle Valentina Ibido	1021676133	26-11-2009	O+	San Cristobal	NA	3195087200	Compensar			1			1	1					
10	Javier Felipe Orjuela Baron	1027522853	01-11-2004	O+	Usme	NA	3005115411	Famisanar	1		1			1	1					
11	Maria Fernanda Ortiz	1022339642	08-10-2005	A+	Kennedy	NA	3224649882	C. Salud			R			1	1					
12	Sharick Michelle Guevara	1025526250	17-07-2005	A+	C. Bolivar	NA	3112105718	S. total			1			1	1					
13	Valentina Hoyos Mendez	1011097.534	13-12-2006	B+	Pt. Aranda	NA	3113605666	S. total			1			1	1					
14	Carolina Polania	1081153260	30-10-1986	O+	C. Bolivar	NA	3202881379	Sanitas			1			1	1					
15	Sharoll Dayana Bolaño	1066815777	01-06-2001	O+	engativa	NA	3144342456	Famisanar			1			1	1					
16	Emily Tatiana Montes	1140919150	03-11-2008	B+	San Cristobal	NA	3133876785	Sanitas			1			1	1					
17	Angelis Ariel Poveda	1047057525	18-05-1991	O+	Suba	NA	3006315571	Sanitas			1			1	1					
18	Melany Vanessa Mendoza	1046695143	27-11-2002	A+	Suba	NA	3024304001	C. Salud			1			1	1					
19	Yessica Fernanda Murcia	1030666807	23-03-1992	A+	Bosa	NA	3217673074	Sura			1			1	1					
20	Jennifer Tatiana Duran	1021662230	14-12-2003	O+	San Cristobal	NA	3209113127	Compensar			R			R	1					
21	Maria Isabel Quintero	1024530022	19-03-1992	A+	C. Bolivar	NA	3135006408	Sanitas			1				1					
22	Thalia Yurani Cespedes	1031423142	12-01-2008	O+	C. Bolivar	NA	3138454484	S. total			1				1					
23	Angelo del Carmen Mendez	33067795	15-10-1977	B+	Bosa	NA	3133443202	Compensar			1				1					
24	Karol Michell Barrientos	1022926779	04-8-2004	A+	Usme	N/A	3204503742	Compensar			1				1					
	CONTACTO	CORREO				TELEFONO			TOTAL		1				23	24				
	COORDINACION DE ENFERMERIA																			

OBSERVACIONES

PAI JUAN.

El lider del SIG 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 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: Johana Erazo

FECHA: 04 AGO. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ HORA ENTRADA: HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Laura Valentina Gomez	1028482652	23-10-2006	O-	engativa	NA	3219608385	Famisanar			1			1	1						
2	Erika Viviana Lemus	1012416148	11-10-1994	O+	Bosa	NA	3123574887	Famisanar			1			1	1						
3	Yuran Gineth Medina	1233693145	29-12-1998	A+	Usme		3158819111	S-bta			1			1	1						
4	Leidy Catherin Gaiman	1012916769	13-02-2006	A+	Rafael Uribe		3106886693	s-total			R			1	1						
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23						TELEFONO		TOTAL			4			4	4						
24	CONTACTO		CORREO																		

TT HB V INF
27 28

Recuerde que este documento impreso es una copia no controlada

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida*	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 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
01.08.2026	09:29	Ana m Camila Jimenez	1031120363	Camila Jimenez	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:31	Karol Daianna Peña	1013698861	Karol Bejarano	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:33	Yuri fatiana Rico lopez	1000516612	Yuri Rico	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:34	Valerin Daiana Martinez	1000693543	Valerin Martinez	HB1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:35	Angelith Sofia Guzman	1023382616	Angelith mancipe	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:38	Hally camila Zamudio	1023382291	Hally Martinez	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	09:39	Zahira Alejandra Espinosa	1014991603	Alejandra Espinosa	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	9:40	Angi Lorena Zapata	1019105174	Angi Lorena	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	9:41	Nicolle Valentina Pardo	1021676133	Nicolle Pardo	HB1 V1 INF	Alejandra	
01.08.2026	9:42	Javier felipe Diaz	1027522853	Felipe Diaz	HB1 V1 INF TT	Alejandra	

Hb	V	INF	TT
10	9	10	1

3537050

2)

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
04-08-26	9:42	Maria Fernanda Ortiz	1022339642	Maria ortiz	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:43	Sharyth Guerrero Llerena	1025526250	Sharyth Guerrero	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:44	Valentina Mosquera M.	1011097534	[illegible]	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:44	Carolina Polania.	1081153260	carolina polania	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:45	Sharoll Bolaño Barrera	1066875977	sharoll Bolaño	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:46	Emily Montes Buitrago	1140019150	Emily Montes.	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:50	Ariels Piscuda Baria.	1047057525	[illegible]	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:51	Melany Mendoza Rodriguez	1016695448	Melany M	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:52	Yessica Murcia Fuego.	1030606807	Yessica Murcia	Hb1 Inf V1	Alejandra	
04-08-26	9:53	Jennifer Tatiana Duran	1021662230	tatiana Duran	Hb1 Inf V1	Alejandra	

HB Inf V
10 10 10

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

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida*	SIG	
	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	CÉDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
4-08-26	9:55	Maria Isabel Quintana	1024530022		HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	9:57	Thalia Cespedes Martinez	1031423142	Yuranny Martinez.	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	9:58	Angelis Mendez Nava	33057795	Angelis Mendez	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	9:59	Karol Barrientos Garcia	1022926771	Karol Garcia	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	10:00	Laura Valentina Gomez	1028482692	Valentina Gómez	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	10:01	Erika Viviana Lemos P.	1012416148	Erika Lemus	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	10:00	Karen Medina Lopez.	1233693145	Karen Medina.	HB1 INF V1	Alejandra	
4-08-26	10:10	Leydi Guzman Cordoba	1012916769	Guzmán	HB INF V1	Alejandra	
4-08-26							
4-08-26							

HB INF V
8 8 8