Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO CAL VC V06 006 021

VERSION: 06

REVISION: 06

FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio

VACUNADOR: Alejandra R

ASISTENTE: Liana E

FECHA: 04 AGO. 2026

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

HORA ENTRADA: 3537056 HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	M A+S	FA	VA	INF	TV	FT	DPT		# CARNET
1	Luis Carlos Latare S	1014980016	08-07-2006	O+	Kenedy		3229190891	S-total	1		1			1	1					
2	Heilin Bustos Garcia	1069778304	22-06-2007	O+	C-Bolivar		3159443259	S-total			1			1	1					
3	Ana Maria Galvan	1000335360	26-09-2002	B+	C-Bolivar		3123785582	C-Salud			1			1	1					
4	Sara Alejandra Ordoñez	1023382141	05-12-2008	O+	Soacha		3043187015	S-total			1									
5	Dayana Garcia Negrete	1016949736	02-11-2006	A+	Bosa		3118206469	Sanitas			2			1	1					
6	Marian Sofia Gomez	1104699954	10-03-2009	O+	engativa		3209127514	N-EPS			1			1	1					
7	Maria Angelica Mateus G	1024523748	09-10-91	A+	Soacha		3015009868	Pana			1			1	1					
8	Maria Camila Ramos Castillo	1022960668	27-05-2008	O+	Bosa		3118666558	Compensa			1			1	1					
9	Wilney Camilo Villaveva	78862684	22-09-2006		Bosa		3204908833	C-Salud			1			1	1					
10	Angie Fernanda Pava	1013689539	11-04-1999	O+	C-Bolivar		3124437588	Famisanar			1			1	1					
11	Yurleys Yoriana Ferrer	1193587853	12-01-2003	O+	San Cristobal		3115187349	Sanitas			1			1	1					
12	Rachel Sofia Martinez L	1.014311880	22-04-2006	O+	Madelena		3158221653	Sanitas			1			1	1					
13	Karol Daniana Camilo	1076906427	22-07-2007	A+	Soacha		3106516716	S-total			1			1	1					
14	Zara Valentina Arda	1146125220	13-01-2009	O+	Bosa		3203835850	S-total			1			1	1					
15	Mariangela C. Ceres	1000686579	03-09-2001	O+	C-Bolivar		3123566588	Sanitas			2			1	1					
16	Daniel Esteban Gutierrez	1025144588	27-01-2009	O+	engativa		3052853762	Compensar	1		1			1	1					
17	Mariabotella Isabella Ferrara	1031424224	31-05-2009	O+	engativa		3239400732	Sanitas			1			1	1					
18	Paula Juliana Arciniega	1033100573	06-04-2009	O+	Usaquen		3044824804	Famisanar			1			1	1					
19	Daniela Cruz Velasco L	1007531420	01-12-2001	B+	C-Bolivar		3118032133	Sanitas			1			1	1					
20	Laura Vanessa Bautista C	1069725767	01-12-2006	O+	engativa		3145290465	Compensar			1			1	1					
21	Maylibe Alejandra Duarte	1023004338	09-05-1995	O+	Usme		3245677360	Sura			1			1	1					
22	Lady Johana Bautista	1026271898	05-11-1990	O+	Molinos		3227236084	C-Salud			R			1	1					
23	Zury Sarai Hernandez	1067128213	04-03-2010	O+	Suba		3205819002	Mutual Ser			1			1	1					
24	Luisa Fernanda Bedoya	1013123849	02-10-2008	O+	Kenedy		3149281244	C-Salud			1			1	1					
CONTACTO		CORREO					TELEFONO													
COORDINACION DE ENFERMERIA									TOTAL		24			23	23					
OBSERVACIONES																				

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R06 921
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:

	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	Dilan Andrea Fuentes	1019764962	19-07-2008	O+	Soacha Total		3138457331	Sanitas			1			1	1						
2	Julieth Alejandra Romero	1022937960	11-10-2005	B+	Usme		3162221345	Compensar			1			1	1						
3	Nicoll Julieth Franco	1014669975	11-10-2008	O+	Bosa		3124598143	S. total			1			1	1						
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24						TELEFONO		TOTAL			3			3	3						

CONTACTO CORREO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

HT= 2 HB= 27 V= 26 Inf= 26

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**

1)

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	AGO. 2026	2:31	luis carlos. lafarre	1014980016		TD1 Hb1 V1 INF	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:33	Hellin Bustos García	1069283ca		Hb-V1-Inf	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:34	Ana Maria Galvan	1000335360	Ana Maria Galvan	Hb1 V1-Inf	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:35	Sara Alejandra. Ordoñez	1073382191	Sara Ordoñez	HB1	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:36	Dayana Garcia Negrete.	1016949736	Dayana García	Hb2 V1 INF	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:38	Marian Sofia Gomez	1104699954	Marian Sofia G.	Hb1 V1 INF	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:39	Maria Angelica Mateus.	1024523748	Maria Mateus.	Hb1 V1 INF	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:38	Maria Camila Romero Castillo	1022960668	Camila Romero	Hb1 V1 Inf	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:39	Wilnelys Carrillo Villanueva	78626804	wilnelys C.	Hb1 V1 Inf.	Alejandar	
04	AGO. 2026	2:40	Angie Fernanda Pena V.	1013687539		Hb1 V1 Inf.	Alejandar	

25371086

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO.CAL.VC.V07.R07.933
	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 administren; 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
4-8-26	2:41	Yirleys Ferrer Caicedo	1193587953	Yirleys Ferrer.	1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:42	Isabel Sofia Ibañez.	1014311870		1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:43	Karol Lamilla Riaño.	1076906427	Karol Lamilla	1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:44	Zaira Valentina Ariza.	1116125220	Zaira A.	1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:45	Maria Alejandra Ciceres.	1000686527	Alejandra Ciceres.	1 02 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:46	Daniel Esteban Gutierrez	1025144588	Daniel G.	1 01 V1 T1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:48	Maria Jose Hurtado	1037124224	Maria Hurtado	1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:49	Paulina Arias Pinilla.	1073100573		1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:51	Diana Lucia Velasco	1007531420	Diana Velasco	1 01 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:52	Laura Valentina Bautista	1069725767	Laura Vanesa	1 01 V1 Inf	Alejandar	

.1086

3)

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
4-8-26	2:54	Nayibe Duvydra Caperd	1023004338.		Hb1 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:55	Lady Bautista Peña	1026271898	LeidyBautista	Hb1 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:56	Zuri Sarayt Hernandez R.	1069288713	Zury Hernandez	Hb1 V1 Inf	Alejandar	
4-8-26	2:57	Luisa fernanda Bedoya.	1013123849.	Luisa Bedoya	Hb1 V1 Inf	Alejandar	
4.8.26	3:24	Dilan Andrea Fuentes. N.	1019761962		Hb1 V1 Inf	Alejandar	
4.8 26	3:28	Julieth Alejandra Romero	1022937960	Alejandra Chavez.	Hb1 V1 Inf	Alejandar	
04-08-26	4:23	Nicoll Julieth Franco Urrego	1019669975	Nicoll Franco.	Hb1) V1) Inf	Alejandar.	