PAI Karen

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 F

ASISTENTE: Juliana Enciso

FECHA: 04 AGO. 2026

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

HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 3537087 Obcram

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	Monica Alejandra Vega	1.141.317.950	02-10-2007	A+	Bosa	Porvenir	3219543235	S.total			1			1	1						
2	Derly Katerine Amategui	1.019078.052	06-12-1992	O+	Subq	NA	3229239202	C.salud			1			1	1						
3	Juan Uziel Gonzalez	1.021.669.673	27-05-2025	A+	C. Bolivar	N/A	3105563338	Sura			1			1	1						
4	Hugo Valera Nuna B	1.028820.968	21-12-2008	O+	Bosa	N/A	3105235263	Famisanar			1			1	1						
5	Astrid Daniela Tambrano	1000984202	30-06-2002	O-	C. Bolivar	N/A	3222294497	Famisanar			1			1	1						
6	Natalia Borja Montaño	1.030.283.290	19-07-2009	O+	Bosa	N/A	3164095479	S total			1			1	1						
7	Valery Dayan Quimbayo	1025.539.927	16-04-2008	O+	Usme	N/A	3208005917	Sura			1			1	1						
8	Katherine Mileva Miranda	1.022.389.254	24-12-1993	O+	Soacha	N/A	3228085744	C. Salud			1			1	1						
9	Sharon Nicol Orta Vargas	1014.981.464	16-01-2007	A+	Santafe	N/A	3223116919	S total			1			1	1						
10	Adriana Luna Maria Vargas	1010020944	10-12-1999	A+	Usme	N/A	3124287755	S total			1			1	1						
11	Mariana Lizeth Garcia Gamba	1024505960	16-06-2009	B+	Soacha	N/A	3125240477	C. Salud			1			1	1						
12	Karen Valentina Rodriguez	1034.660420	19-10-2006	O+	P. Aranda	NA	3169178753	Famisanar			1			1	1						
13	Johan Andres Sicard	1.016715.063	23-12-2006	O-	Soacha	NA	3132093732	Famisanar	1		1			1	1						
14	Maikol Steven Calderon	1.023904.120	04-01-2009	O+	Soacha	NA	3134051031	Sanitas	1		1			1	1						
15	Johan Steven Suarez	1.141.315.322	10-11-2006	B+	Bosa	NA	3115937855	S.total	1		1			1	1						
16	Veronica Diaz Villa PT	4922230	14-11-2008	O+	Bosa	NA	3237714424	C.Salud			1			1	1						
17	Mayol Garcia Abican	52.339.709	14-07-1974	O-	Soacha	NA	3228314590	Compensar			1			1	1						
18	Martha Lizeth Bernal	1.030.576439	24-06-2008	A+	Bosa	NA	3228013449	Famisanar			1			1	1						
19	Maria Fernanda Bello	1.52845.400	10-06-1982	O+	Bosa	NA	3004111890	Sanitas			1			1	1						
20	Lizeth Tatiana Castro	1024.474.586	10-06-2005	O+	Bosa	NA	3125167912	Compensar			1			1	1						
21	Viviana Quemba Garcia	1.023.921.834	28-10-1992	B+	San Cristobal	NA	3124663342	S.total			1			1	1						
22	Paula Molina Lozano	1.013.612.179	03-05-2008	B+	San Cristobal	NA	3023374350	Famisanar			1			1	1						
23	Laura Sofia Anza Gaviria	1.014.661.184	12-11-2005	O+	Soacha	NA	3227310198	Compensar						1	1						
24	Nicole Milleth Leon PT:1127891		22-10-2006	B+	Bosa	NA	3163644903	Sura			1			1	1						
	TOTAL								3		23			2A	2A						

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

- SIG
- PROCESO: CALIDAD
- ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO.CAL.VC.V06.2026.921
- VERSION: 06
REVISION: 06
FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: SenaSan Antono

VACUNADOR: Alejandra R

ASISTENTE: Juliana E

FECHA: 11 de AGO. 2026

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

HORA ENTRADA: 3537084 HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO											
Nº	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	Paula Valentina Silva	1033101639	26-10-2002	O+	C. Bolivar	NA	3019126534	Compensar			1			1	1					
2	Juan Diego Lara Camacho	1033735236	12-07-2004	B+	C. Bolivar	NA	3132126348	S. total	1		1			1	1					
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				

CONTACTO	CORREO	TELEFONO	TOTAL	1		2			2	2					
COORDINACION DE ENFERMERIA															
OBSERVACIONES															

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

TT HB V INF
4 25 26 26

1)

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 puncion, 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** [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
4-08-26	7:50	Monica Vega Cruz.	1111317930		Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	7:52	Derly Amortegui Pulido.	1019907802	Derly A.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	7:54	Yuri Gonzalez Gamboa	1021667673	Lineth.	Hb1, Inf, V1	Alejandra	
4-08-26	7:55	Nicol Valeria Munar.	1028820908	2 [illegible]	Hb1, Inf, V1	Alejandra	
4-08-26	7:56	Astrid Zambrano Mendivelso	1000981702	Astrid Zambrano	Hb1, Inf, V1	Alejandra	
4-08-26	7:57	Natalia Borja Montaño	1030283290	Natalia B.M.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	7:58	Valery Quimbaya Trujillo	1025534924	[illegible]	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	7:59	Katherine Miranda Pinzon	1022389254	Katherine M.	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	8:01	Sharon Ortiz Virguez	1014148164	Sharon ortiz	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	
4-08-26	8:02	Adriana Maca Vargas	1010020994	[illegible]	Hb1, Inf, V1.	Alejandra	

Hb Inf V
10 10 10

35.37081

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** [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
4-08-26	8:03	Mariana García Gamba	1024505616	Mariana gamba	Hb1, Inf, V1	Alejandra	
4-08-26	8:04	Karen Rodriguez Arevalo	1034660420	Karen Rodriguez	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:05	Johann Sicard ochoa	1016715063		Hb1 Inf V1 TT	Alejandra	
4-08-26	8:07	Maikol Calderón Lozano	1023904120	Maikol calderon	Hb1 Inf V1 TT	Alejandra	
4-08-26	8:08	Johan Suarez Jaramillo	1141315322		Hb1 Inf V1 TT	Alejandra	
4-08-26	8:09	Veronica Diaz Villa.	1022230.	Veronica Diaz	Hb1 Inf V1.	Alejandra	
4-08-26	8:10	Maryisol García Alarcon	52339707.		Hb1 Inf V1.	Alejandra	
4-08-26	8:11	Martha Bernal Aldana	1030576439	Martha Bernal	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:12	Maria Fernanda Bello.	52815400	MafdaBellov.	Hb1 Inf V1.	Alejandra	
4-08-26	8:13	Uzeth Castro Cardozo	1024474586	TATIANA.	Hb1 Inf V1.	Alejandra	

Hb Inf V TT
10 10 10 3

3)

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO	
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** [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
4-08-26	8:14	Viviana Quemba Garcia	1023921831	Viviana Quemba	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:16	Paula Molina Lozano	1013612179	Paula ML	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:17	Laura Sofia, Anza G	1014661184	Laura G	Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:18	Nyirka Leon Acosta.	1127841.	~~Nyirka~~	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:19	Paula Valentina Silva,	1033101639	Paula S	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-08-26	8:20	Juan Diego Lara Camacho	1033735236	Juan Lara	Hb1 Inf V1 TT	Alejandra	
4-08-26							
4-08-26							
4-08-26							
4-08-26							

Hb Inf V TT
5 6 6 1