IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V06 R006-023
	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: 3537088

	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	Ailin Nieves Ramirez PT	4614307	02-12-2006	Bt	engativa		3223143741	Sura			1			1						
2	Cata Alexandra Velasquez	1028985813	06-11-2008	O+	Bosa		3232543091	Famisanar			1			1	1					
3	Juan David Diaz Molano	1013616548	30-10-2008	O+	San Antonio		3178510287	Compensar	1		1			1	1					
4	Luana Valentina Rojo C	1033776059	11-11-2007	O+	Juncalito		3332641110	S. total			1			1	1					
5	Juan Felipe Ramirez	1076021762	30-09-2007	A+	Kennedy		3159198638	NEPS	1		1			1	1					
6	Diana Sofia Ruiz Alfonso	1013120247	01-03-2008	A+	Antonio Nariño		3125523619	Renal			1			1	1					
7	Ana del Pilar Rangel Cobal	1034401515	01-05-2008	A+	San Cristobal		3138968472	C. Salud			1			1	1					
8	Sara Valentina Velasco	1023382531	14-12-2008	A+	Bosa		3223705488	Compensar			1			1	1					
9	Laura Andrea Castiblanco	1029783750	02-04-2009	A+	C. Bolivar		3019111467	Santas			1			1	1					
10	Paula Alejandra Pachon	1021681248	18-08-2009	O+	San Cristobal		3112225081	C. Salud			1			1	1					
11	Zayra Nicole Mateo	1034663429	22-10-2008	O+	San Cristobal		3209264252	Famisanar			1			1	1					
12	Valentina Sanet Venegas	1025533666	30-12-2006	A+	Rafael Uribe		3016499268	Famisanar			1				1					
13	Sanna Aracelis Leal	1015488962	11-08-2007	O+	Tesoral 0		3016224424	Coltal Salud			1			1	1					
14	Maria Camila Sanchez	1030540805	08-09-2005	O+	Rafael Uribe		3162577393	Compensar			1			1	1					
15	Maria Paula Reyes Mesa	1140911710	04-12-2008	O+	USme		3175640924	S. total			1			1	1					
16	Ana Sofia Ramirez M.	1012356455	17-08-2007	A+	C. Bolivar		3214961139	S. total			1			1	1					
17	Liceth Andrea Castillo V.	1026564335	18-07-2008	Bt	Usaquen		3154001933	Compensar			1			1	1					
18	Ayleen Sofia Ortiz Pino	1040365511	17-08-2009	O+	Kennedy		3245781109	Sura			1			1	1					
19	Yadi Rossana Ibarra	1106364317	13-06-95	A+	Bosa		3223148600	Sura			1			1	1					
20	Deisy Yamaicata Rigua	1012026120	23-05-2005	O+	Kennedy		3239143813	S. total			1			1	1					
21	Maria Alejandra Perez	1016954006	14-07-2008	Bt	engativa		3108744755	Sura			1			1	1					
22	Maria Paula Diaz Godoy	1021677943	11-02-2009	O+	Antonio Nariño		3001868901	Famisanar			1			1	1					
23	Gelen Muñoz Palacios	1077968881	08-05-2009	O+	Alfonso Lopez		3142184545	Santas			1			1	1					
24	Mariana Gomez Alfonso	1025539628	17-08-2008	O+	engativa		3212208867	Sura			1			1	1					
CONTACTO		CORREO				TELEFONO														
COORDINACION DE ENFERMERIA								TOTAL	2		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 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 Encaso

FECHA: 4 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	Karen Johana Martinez	1033534323	10-09-2003	O+	Bosa		3155147755	Sanitas			1			1	1						
2	Juliana Gutierrez O.	1021677569	08-06-2008	B+	Rafael Uribe		3105594855	Compensar			1			1	1						
3	Gimily Sofia Medina	1023103527	30-12-2008	O+	Usme		3105194146	Sanitas			1			1	1						
4	Feisy Dayana Gomez	1116252463	24-05-2009	A+	San Jorge		3122490546	Sanitas			1			1	1						
5	Natali Alejandra Parra	1025144116	11-09-2008	A+	Bosa		3178775445	Compensar			1			1	1						
6	Keichell Gafaro Gonzalez	TI 5335120	05-11-2006	O+	Bosa		3144432890	Sanitas			1			1	1						
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
								TOTAL			6			6	6						

CONTACTO

CORREO

TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

TT= 2 Hb=30 V=29 Inf= 29

539028.

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 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	1:16	Arlin Nieves Ramirez	1617307	Arlin Nieves	Hb1 V1	Alejandra	
4-8-26	1:17	Carla Alexandra Velasquez	1028785813	Carla Alexandra	Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:18	Juan David Diaz Molano	1013616548	Juan Diaz	Hb1 V1 TH Inf	Alejandra	
4-8-26	1:19	Juana Rojo Cuevas	1033716059	Juana Rojo	Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:20	Juan Felipe Marin Porras	1016021262		Hb1 V1 TH Inf	Alejandra	
4-8-26	1:21	Diana Sofia Ruz Alfonso	1013170247		Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:22	Ana Del Pilar Parra E.	1034401515	Ana Parra	Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:23	Sara Valentina Velasco	1023382531	Sara Velasco	Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:25	Laura Andrea Castiblanco	1024283750		Hb1 V1 Inf	Alejandra	
4-8-26	1:26	Paula Alejandra Pachón	1021681248	Paula D.	Hb1 V1 Inf	Alejandra	

Hb=10 V=10 TT=2 Inf=9

3537088

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
4-8-26	1:27	Zayra Marero Martinez	1034663429	Zayra Marero	Hb1 V1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:29	Valentina Gomez Venegas	1025533666	Valentina Gomez	Hb1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:31	Sara Ledi Albarracin	1015188962	Sara Ledi	Hb1 V1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:32	Maria Camila Sanchez S.	1030516305	Camila Sánchez	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:33	Maria Paula Reyes Medina	1126911710	Maria Paula Reyes	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:35	Aylin Romero Martinez	1012356455	Aylin Sofia Romero	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:36	Liceth Castillo Vega	1026564335	Liceth Castillo	Hb1 V1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:38	Aylen Sofia Ortiz Pino	1040365511	Aylen Sofia	Hb1 V1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:39	Yudi Ibarra Montilla	1106364317	Yudi Ibarra	Hb1 V1	Inf. Alejandra	
4-8-26	1:40	Daisy Yomara Fongua	1072026120	Daisy Yomara F.C	Hb1 V1	Inf. Alejandra	

Hb= 10 V= 9 Inf= 10

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida*	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 administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritacion 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	1:42	Mayra Alejandra Perez L	1016054006	MayraA. PérezL.	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:43	Mayra Camila Diaz G.	1021677443	Maria Diaz Godoy	Hb1 V1	INF Alejandra	
4-8-26	1:44	Golen Muñoz Palacios	1077688881	Golen Muñoz	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:45	Mariana Gomez Alfonso	1025539628	Maiya G	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:46	Karen Martinez Luna	1003534323		Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:47	Juliana Gutierrez Dominguez	1021677569		Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:48	Emily Sofia Medina G.	1023403527	Sofia Medina	Hb1 V1	INF Alejandra	
4-8-26	1:50	Keisy Dayana Gomez G	1116252463	Keisy Gomez	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:52	Natally Alejandra Naros	1025144116	Natal y Alejo	Hb1 V1	Inf Alejandra	
4-8-26	1:53	Keidy del Carmen Gonzalez	1083535120	Keidy G	Hb1 V1	Inf Alejandra	

Hb= 10 V= 10 Inf= 10