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 Encaso — FECHA: 04 AGO. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ — HORA ENTRADA: — HORA SALIDA: 3537091

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	Maraya Margye Bonilla	1193150390	05-09-2000	At	Usme		3224541102	C.Salud			1			1	1					
2	Yesica Andrea Lamos C.	1006.515023	08-01-2000	At	San Cristobal		3225830B	C-Salud			1			2	1					
3	Jorge Viviana Duque V.	1000491928	01-07-2002	At	Bosq		3131B5228	Sura			1			1	1					
4	Paula Alejandra Pardo	1.079.525330	04-12-2005	Ot	Tunjuelito		3015636331	C-Salud			1			1	1					
5	Sara Bolivar Gonzalez	1.141.520.279	28-08-2001	Bt	San Cristobal		3229B9320	C-Salud			1			1	1					
6	Lady Tatiana Lagos Jimenez	1.031.815.945	31-10-2008	Ot	Kennedy		3103170168	Sanitas			1			1	1					
7	Laura Sofia Martinez R	1021393140	26-06-2004	At	Bosq		3156289401	S.Total			1			1	1					
8	Melany Shailot Ruiz	1028.481303	17-02-2009	Ot	Usme		3249734609	Famsanar			1			1	1					
9	Ana Daniela Campos D.	1021.681636	02-10-2009	Ot	Usme		3209738314	C.Salud			1			1	1					
10	Luz Benda Diaz Rueda	1031.168052	28-11-96	Ot	Rafael Uribe		3146474078	Compensar			1			1	1					
11	Yuela Andrea Ramirez M.	1030658922	15-10-1995	Ot	Kennedy		3208830B6	C-Salud			1			1	1					
12	Yana Paola Pava Gomez	1.150.184.475	26-09-2007	O-	Caleq		3229654481	Famsanar			1			1	1					
13	Maria Fernanda Ibague	1016.596716	17-01-2008	Ot	Soacha		3505506785	Alan S			1			1	1					
14	Sonia del Pilar Chipatecua	52525241	07-04-79	At	C. Bolivar		3124266637	S.Total			R			1	1					
15	Lady Milena Pinzon Rojo	53 082567	21-03-85	Ot	Bosq		3118142038	Compensar			1			1	1					
16	Sofia Alexandra Rueda	1000125768	22-04-2002	Ot	Bosa		3148088795	Famsanar			1			1	1					
17	Dennse Cuenca Ayala	1000003450	29-03-2009	Ot	Soacha		3102654333	Compensar			1			1	1					
18	Dana Marcela Cuevas	1024563827	14-05-95	At	Bosq		3054221982	C.Salud			1			1	1					
19	Sebastian Ali Lopez	1001944070	14-07-2008	Bt	Kennedy		3017888881	Sanitas	1		1			1	1	-NO Se Vacuno				
20	Karen Sofia Rincon H	1021514282	11-03-2008	At	Tesaquillo		3138642471	Sura			1			1	1					
21																				
22																				
23																				
24																				
TOTAL									1		19			19	19					

CONTACTO — CORREO — TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

3537089

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
	SIG	VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

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.	12:51.	Maraylha Bonilla Abella	1193150890	Maraylha bonilla	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	12:53.	Yesica Andrea Ramos	1006515083		Hb1 Inf V2.	Alejandar	
4-8-26	12:55	Angie Viviana Dugue.	1000991928.		Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	12:56.	Paula Alejandra Parrado.	1027525330	Paula P	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	12:57	Sara Bolivar Gonzalez.	1141520279	Sara	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	12:58	Leidy Roa Sarmiento.	1031815445	Tatiana Roa	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	12:59	Laura Sofia Martinez.	1021393140	Laura Martinez.	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	1:00.	Melany Ruiz Giovanetty.	1028484303	Melany Giovanetty	Hb1 Inf V1.	Alejandar	
4-8-26.	1:01.	Aura Daniela Campos.	1021681636	Daniela Campos	Hb1 Inf V1.	Alejandar	

Hb=9 Inf=9 V=9

3537084
2)

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**FO CAL VC V 00 021**
SIG	**VERSIÓN: 08**
PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 27-05-2026**

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	1:02	Liz Brenda Diaz Rueda	1031168052		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:03	Mireya Ramirez Medina	1030658922		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:04	Maria Paula Pava Gp	1130184475		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:05	Maria Fernanda Ibague	1016596716		Hb2 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:06	Sonia Chipatecua Borgo	52525241		HbR Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:08	Leidy Pinzon Rozo	53082567		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:09	Sofia Alexandra Rueda	1000125768	Sofia Rueda	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:10	Dennise Quintero Ayala	1000203450		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	1:12	Diana Marcela Cuevas	1024563817	Diana Cuevas	Hb1 Inf V1	Alejandra	

Hb: 9 Inf: 9 V: 9

3)

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS *Vacunarse es su Seguro de Vida*	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO-CAL-XX-XXX-XXX
	SIG	VERSIÓN: 06
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 06
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-05-2024

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, mis dudas y 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 van administrar, de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los diferentes 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
NO 4-8-26	1:18	Sebastian Alt Lopez G	1007444070		Hb Inf Vs TT	HCS-VACC	
04-08-26	1:55	Karen Sofia Duncan Hernandez	1021514282		Hb) Inf-Vcg	Alejandra	

Hb: 1 Inf: 1 V: 1

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