3537104

VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE | FO CAL VC V06 R06 033
SIG | VERSION: 06
PROCESO: CALIDAD | REVISION: 06
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS | FECHA: 16-05-2025

SITIO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alejandra R | ASISTENTE: Sara Gonzalez | FECHA: 04-08-25

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

DATOS DEL PACIENTE | BIOLOGICO

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	PA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
Merly Tatiana Pena	55289668	18/04/1981	O+	Bosa	Bosa	3114192849	Famisanar			1			1	A						
Juli Alejandra Villalobos cerva	1007757306	07/03/2003	O+	Soacha	Soacha	3006814498	Sanitas			1			1	A						
Dilly Yamile Castellanos Rodriguez	53165854	04/06/85	O+	Soacha	Soacha	3239535190	Sanitas			1			1	A						
Jenny Johana Lopez Giraldo	1025412490	19/09/2004	O+	Ciudad Bolivar	Ciudad Bolivar	3224279277	Nueva EPS			1			1	A						
Yarid Dayana Valencia Camelo	1141114402	02/06/2006	O+	Engativa	Engativa	3027405685	Compensar			1										
Yorgelis Virginia Cedeño Martinez	5688076	14/04/2007	A+	Suba	Suba	3005296795	Capital s.			1			1	A						
Laura Valentina Sanchez Garzon	1021391894	20/07/2001	O+	Ciudad Bolivar	Ciudad Bolivar	3119426207	Salud Total			1			1	A						
Maria Angelica Velasquez Castelo	1030565247	02/12/2006	O-	Kennedy	Kennedy	3209009932	Capital salud			1			1	A						
Sara Nicole Parada Duarte	1034661611	12/02/2007	A+	Usaquen	Usaquen	3132714808	Compensar			1			1	A						
Inda Valentina Calloa Hernandez	1010963647	06/10/2006	O+	San Cristobal	San Cristobal	3024933278	Capital salud			1			1	A						
Ana Elizabeth Nieto Sanchez	1140977927	25/01/2008	O+	Usme	Usme	3186740127	Capital salud			1			1	A						
Noel Dayana Guarnizo Gomez	1072917586	21/09/2005	O+	San Cristobal	San Cristobal	3209202866	Capital salud						1	A						
Luisa Fernanda Cespedes Vanegas	1021673893	16/03/2007	O+	San Cristobal	San Cristobal	3039856216	Capital salud			1			1							
Melanie Jazmin Leidy Vargas Morales	1022968890	19/05/2009	A+	Usme	Usme	3142097193	Salud total			1			1	A						
Laura Daniela Ortiz Ortiz	1051826132	18/07/2008	A+	Suba	Suba	3215375124	Salud total			1			1	A						
Pagoberto Garavito Galarcio	7021512788	24/11/2004	A+	Usaquen	Usaquen	3113202014	Sura	1		1			1	A						
Isabella Alarcon Moreno	1029868854	27/10/2009	O+	Kennedy	Kennedy	3194925977	Famisanar			1			1	A						
Angie Sofia Ramirez Acosta	1013108454	25/02/2006	O+	Soacha	Soacha	3223390637	Compensar			2			2	A						
Laura Sofia Arvalez Sanchez	1023391095	05/09/2008	A+	Bosa	Bosa	3043456973	Capital salud			1			1	A						
Paula Valentina Fonseca Echeverria	1012556595	30/08/2007	A+	Bosa	Bosa	3225159297	Sura			1			1	A						
Lizeth Camila Camacho Hueso	1123511513	24/05/2009	O+	Suba	Suba	3223158860	Salud T			1			1	A						
Tina Paola Avendaño Salinas	1013288840	11/12/2008	A-	Suba	Suba	3042866530	Famisanar			1			1	A						
Heidy Rodriguez Perez	1100016027	03/08/2008	O-	Suba	Suba	3145512260	Cosalud			1			1	A						
Laura Lizeth Ramirez Leon	1010739458	17/05/1998	A+	Kennedy	Kennedy	3009780652	Nueva EPS													
CORREO					TELEFONO															
COORDINACION DE ENFERMERIA							TOTAL	1		22			22	21						

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

TT HB V INF

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
04 AGO. 2026	3:40	Ana Elizabeth Tovar Gutierrez	1.140.977.921	Elizabeth Tovar.	Hb(1) V(1) Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:42	Nicol Daliana Giagrekado Gomez	1012917586	Daliana G.	V(1)-Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:43	Luisa Fernanda Cepeda Vargas	1027673893	Luisa Cepeda	Hb(1) V(1)	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:45	Melanie Jaddady Vargas Grizales	1022968390	Melanie Vargas	Hb(1) V(1)-Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:51	Laura Daniela Ortiz Ortiz	1051826132	Laura Ortiz	Hb(1) V(1) Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:53	Dagoberto Gordillo Galancio	1021312728	[signature]	Hb(1) V(1) Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	4:01	ISABELLA HERRERA MORENO	1028868154	ISABELLA HERRERA	Hb(1) V(1) Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	4:09	angie Sofia Ramirez Osorio	1073868154	angie Ramirez.	Hb(2) V(1)-Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	4:12	Laura Sofia Alvarez Sanchez	1023381095	LAURA ALVAREZ	Hb(1) V(1)-Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	11:14	Paola Valentina Fonseca Bohórquez	1072356395	Paula Fonseca	Hb(1) V(1) Inf	Alejandra	

HB V INF TT
9 10 9 (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		Marly Johanna Roa	38259668	Marly J. Roa	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026		Alexandra Villalobos Cuero	1007597306	Alexandra V.	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026		Dary Yamile Castellanos R.	53165854	Castellanos	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026		Johana Lopez Giraldo	1025642490	Johana	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:10	Nurd Dayana Valencia	1111144401	Dayana Valencia	Hbo (1)	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:20	Yorgelis Virginia Cedeño	36885076		Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:27	Laura Valentina Sanchez	1023979994	Laura Sanchez	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:29	Maria Angelica Velasquez	1030865247	Angelica	Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:31	Sara Nicole Parada Duarte	1034661641		Hbo Vac Inf	Alejandra	
04 AGO. 2026	3:37	Linda Valentina García H.	1010963047		Hbo Vac Inf	Alejandra	

Hb v Inf
10 9 9

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
04 AGO. 2026	4:20	Luzetta camila Camacho Hurtado	1123511513	Camila Camacho H	Hb(1)V(1)-Inf	Alejandar	
04 AGO. 2026	4:23	Lina Paola Avendaño Salinas	1013268840	Lina Paola	Hb(1)V(1)Inf	Alejandar	
04 AGO. 2026	4:30	Heidy Rodriguez Pérez	1100016027	Heidy Rodriguez.	Hb(1)V(1)Inf	Alejandar	
04 AGO. 2026	4:37	Laura Ramirez Leon	1019139958		Hb1)V(1)Inf	flejandar	

HB V INF
3 3 3