IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS

FO.CAL.VC.V06.2026.021

VERSION: 06

REVISION: 06

FECHA: 16-09-2025

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio

VACUNADOR: Alejandra R

ASISTENTE: Juliana Enaso

FECHA: 04 AGO. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL ☐ EXTRAMURAL ☐ JORNADA DE SALUD ☐ DOMICILIARIO ☐ UNIDAD MOVIL ☐ HORA ENTRADA: HORA SALIDA: 3537112

DATOS DEL PACIENTE

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	N A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Jose Miguel Ramos Arevalo	1010760723	19-04-2004	O+	Antonio Nariño	NA	3022022639	Sanitas	1		1			1	1						
2	Noa Samuel Romero G.	1013128852	01-08-2008	B+	San Cristobal	NA	3172614412	Sura	1		1			1	1						
3	Dana Maicelo Poriado	52219577	14-07-1974	O+	Molinos	NA	3114970289	Compensar			1			1	1						
4	Nataly del Pilar Gomez	53178990	23-12-1985	O+	Rafael Uribe	NA	3015415263	Sanitas						1	1						
5	Angie Katerine Gomez	1019761915	24-06-2008	O+	San Cristobal	NA	3217871853	S.total			1			1	1						
6	Leidy Johana Herrera	1023914439	15-02-1992	O+	San Cristbal	NA	3133725632	S.total			1			1	1						
7	Juan Steven Peña Juarez	1141115937	23-05-2007	O+	engativa	NA	3332503636	Famisanar	1		1			1	1						
8	Yesica Katalina Garcia Ochoa	1016948590	01-01-2006	O+	engativa	NA	3004694988	Famisanar			1			1	1						
9	Jasmin Andrea Caceres D	1024394686	05-04-2005	B+	chapinero	NA	3108897348	Compensar			1			1	1						
10	Lucet h Martinez Peña	1072960002	11-11-2003	B+	Soacha	NA	3203782888	N.EPS			R			1	1						
11	Karol Nicol Ortiz	1024465836	06-08-2004	B+	Bosa	NA	3105615874	C.Salud			2			2	1						
12	Valeria Nicol Castibanco	1075269716	11-12-2008	O+	Usme	NA	3192799094	Sura			1			1	1						
13	Nicolle Sofia Garcia Yara	1013264118	07-04-2007	B+	Usaquen	NA	3107657133	N.EPS			1			1	1						
14	Dery Katerine Rodriguez	1032422821	03-09-1988	A+	San Cristobal	NA	3208522288	Sanitas			1			1	1						
15	Valentina Suarez Alvarez	1022950777	28-04-2001	O+	Usme	NA	3128536077	Sanitas			1			1	1						
16	Dana Liseth Jimenez A.	1074526476	02-04-2005	A+	Soacha	NA	3008172656	Compensar			1			1	1						
17	Dana Tania Figueroa C.	1023364479	30-10-2004	O+	Soacha	NA	3225554842	S.total			1			1	1						
18	Andrea Alejandra Yara	1032340736	02-11-2005	O+	Kenedy	NA	3017965666	Famisanar			1			1	1						
19	Keila Moreno Lopez	1061483725	02-01-2009	A+	Suba	NA	3228181463	N.EPS			1			1	1						
20	Lessly Daniela Perez	1001341713	19-11-2000	O+	Bosa	NA	3023006287	S.total			1			1	1						
21	Karen Lorena Rodriguez	1000861144	23-04-2001	A+	Bosa	NA	3171934120	S.total			1			1	1						
22	Yeni Maria Hernandez	1034781713	21-07-2008	O+	Kenedy	NA	3223285504	Famisanar			1			1	1						
23	Maria Alejandra Henao	1007689077	26-01-2001	O+	C. Bolivar	NA	3242532444	Sura			1			1	1						
24	Yeni Maicelo Vargas	1001191212	21-08-2000	A+	Usme	NA	3232334445	Sanitas M			1			1	1						
						TELEFONO			TOTAL		3			23	24						

CONTACTO

CORREO

COORDINACION DE ENFERMERIA

El Sistema de SIG le permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

SIG
PROCESO: CALIDAD
ESTANDAR SISTEMAS INFORMATICOS
REVISION: 06
FECHA: 16-09-2021

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio
VACUNADOR: Alejandra R
ASISTENTE: Juliana Enaso
FECHA: 04 AGO. 2026
353912

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	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Luis Fernando Gutierrez	1011101536	18-04-2008	ot	Usme	NA	3174905112	S.total			1			1	1						
2	Griselda Maria Nava G	1043008704	04-03-1992	ot	Kennedy	NA	3001747784	S.total			3			1	1						
3	Pedro Andres Guarin	1050144347	27-12-2005	ot	Usme	NA	3180054220	M.EPS	1		1			1	1						
4	Liceth Viviana Celis B.	1023024513	30-08-1997	ot	Usme	NA	3148546729	S.total			2			1	1						
5	Fernando Pineda Siera	1031176410	18-09-1998	B+	C.Bolivar	NA	3025429797	C.Salud			1			1	1						
6	Karen Alejandra Medina	1053337632	1907-2009	ot	Bosa	NA	3175743748	S.total			1			1	1						
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
TOTAL									1		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 HB V Inf
4 29 30 30

3557112 - Apoyo Adm. Salud

1)

Centro Especializado en Vacunación **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	10:13	Jose Miguel Ramos	1010760231		01 Inf VH TT	Alejandra	
4-8-26	10:14	Noa Samuel Romero	1013122852		01 Inf VH TT	Alejandra	
4-8-26	10:15	Diana Marcela Pavrado	52214577		01 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:16	Nataly Gomez Ruiz	53178990		01 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:19	Angie Gomez Huertas	1019764915	Angie Gomez	01 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:20	Leidy Herrera Quiñones	1023914438		01 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:21	Juan Peña Jimenez	1141115937		01 Inf V1 TT	Alejandra	
4-8-26	10:22	Yesica Garcia Molina	1016948570	Natalia G	01 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:25	Yasmin Caicedo Duran	1023146286		01 Inf V1	Alejandra	

Hb Inf V TT
8 9 9 3

3537112

2)

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V08 R 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** [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	10:26	Liceth Martinez Peña.	1072960002.		HbR Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:27	Karol Nicol Ortiz.	1024465836.		Hb2 Inf V2	Alejandra	
4-8-26	10:28	Valerie Castellanos O.	1027526916.	Valerie C.	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:30	Nicole Sofia Garcia	1013264118	Nicole Garcia.	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:31	Dany Rodriguez.	1032422821.		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:32	Valentina Suarez Alvarez	1022450997	Valentina Suarez	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:33	Diana Lizeth Jimenez	1074526476		Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:34	Dama Nayira Figueroa Cortes	1023306474	Dama Nayira	Hb1 Inf V1	Alejandra	
4-8-26	10:35	Andrea Parra Lozano.	1022340736		Hb1 Inf V1	Alejandra	
					Hb 9	Inf 9	V 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
4-8-26.	10:36.	Keila Moreno Lopez	1069483795	Keila Moreno	Hb1, Inf V1	Negrdar	
4-8-26	10:37	Daniela Perez Sarabria	1001341713		Hb1 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:38.	Karen Lorena Rodriguez	1000861144	Karen Rodriguez.	Hb1 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:39.	Yermi Hernandez Castro	1034781713	Yermi Hernandez	Hb1 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:40	Maria Alejandra Henao	1007680094	Alejandra Henao	Hb1 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:41.	Yeni Marcela Vargas	1001191212.		HbR Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:42	Luisa Fernanda Gutierrez	1011101536	Fernanda Gu	Hb1 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26.	10:43	Griselda Maria Nova	1043008701.		Hb3 Inf V1	Alegandrar	
4-8-26	10:45	Pedro Andres Guarin.	1050914347		Hb1 Inf V1 T1	Alegandrar	
4-8-26.	1048	Liceth Celis Barriga.	1023024513	Viviana Celis	Hb2 Inf V1.	Alegandrar	

Hb INF V TT
10 10 10 1

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

3537112.

4)

Centro Especializado en Vacunación **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.	10:57.	Luisa Fernanda Poveda Sierra	1021176410		Hb1 Inf V1 Alejandra		
04-08 26	11:24	Karen Alexandra Pedraza Arias	1053337632	Alejandra.	Hb(1) Inf V(1) Alejandra		

Hb 2 Inf 2 V 2