35370291

Apoyo Ac Salud

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Barrio de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO.CAL.VC.V07.R07.921
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alexandra | ASISTENTE: Sara Gonzalez | FECHA: 11 SEP. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] | HORA ENTRADA: | HORA SALIDA:

DATOS DEL PACIENTE									BIOLOGICO												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	N A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Griselda Nova Gomez	1043008304	04-03-1992	O+	Kennedy		3001491384	salud total						1							
2	Adriana Milena Villafane Roncancio	1000857082	30-05-2003	A+	Soacha		3243359985	salud total			3										
3	Luisa Fernanda Aspina Gallo	1036839363	14-07-2008	O+	Bosa		3135806378	sanitas salud			2			2							
4	Maria Paula Gomez Ortiz	1007195425	16-10-1997	O+	Kennedy		3227854190	salud total			2			2							
5	Wendy Yuliana Gomez Sanchez	1016088993	29-06-1996	O+	Bosa		3229334811	salud total			2			2							
6	Camila Andrea Romero Mejia	1147051655	12-10-2007	O+	Suba		3134327951	salud total			1			1	1						
7	Natalia Florez Villalobos	1063480727	14-06-2003	B+	Kennedy		3142589200	nueva eps			1			1	1						
8	Lisa Maria Moreno Rodriguez	1069403055	31-7-2009	O+	ciudad bolivar		3204508549	famisanar			2			2							
9	Daniela Alvarez Hernandez	1002951450	12-05-2004	O+	Usme		3138106370	capital salud			2			2							
10	Michel valentina canon cardenas	1029458874	02-10-2006	O+	Usme		3006702040	famisanar			2			2							
11	Melany Martinez cardona	1011101575	23-09-2008	O+	ciudad bolivar		3009748637	famisanar			2			2							
12	Laura Katherine Leal Lopez	1024804699	19-05-2009	O+	ciudad bolivar		3228605860	la policia			2			2							
13	Saray Maria Menelota villanueva	1042437627	28-04-2009	O+	Kennedy		3116692763	nueva eps			2			2							
14	Lindsay Daniela Mendoza Bernal	1080430277	27-11-2007	A-	Rafael Uribe		3148679812	salud total			2			2							
15	Keren Daniel Polania Tovar	1105057094	13-02-2007	A+	ciudad bolivar		3236494752	capital salud			2			2							
16	Catalina Cifuentes Sanchez	1025532216	29-11-2009	O+	ciudad bolivar		3196663606	Compensar						2							
17	Santiago Alcila Heraldo	1011091925	20-02-2006	O+	Soacha		3228397552	nueva eps	2		2			2							
18	Santiago Gonzalez Bautista	1014482527	31-10-2008	O+	Usme		3125273997	capital salud	2		2			2							
19	Valentina Diaz Bocanegra	1000335722	31-03-2007	O+	kennedy		3238217891	colsubsidio			2			2							
20	Michel natalia valencia roa	1033679044	12-03-2004	O+	San Cristobal		3108047798	Compensar			2			2							
21	liceth viviana celis bautista	1023024513	30-08-97	O+	Usme		3148546703	salud total						2							
22	Karen Lorena Gonzalez Espejo	1028785934	27-08-2008	O+	kennedy		3135687317	sanitas			2			2							
23	Maria Ines Pachon Franco	1000802048	04-10-2000	O+	ciudad bolivar		3144729803	capital salud			2			2							
24	Myriam Gaby calderon	1015403490	29-10-87	O+	San Cristobal		3208724602	Compensar			2			2							
CONTACTO		CORREO				TELEFONO		TOTAL	2		21			23	2						
COORDINACION DE ENFERMERIA																					
OBSERVACIONES																					

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

Powered by CamScanner

3537029

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en tu Regazo de Vida

	FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO.CAL.VC.V07.R07.931
	SIG	VERSION: 07
	PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: | VACUNADOR: | ASISTENTE: | FECHA:

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [ ] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] | HORA ENTRADA : | 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	PT	SPT			# CARNET
1	liseth camila Rodriguez Parra	1033704537	26-02-2004	A+	ciudad Bolivar		3242573691	famisanar			2			2							
2	Angie liced Caicedo Useche	1029280778	28-01-2007	O+	ciudad Bolivar		3102825337	famisanar			2			2							
3	Malory Andrea Mauricio Contreras	1012452942	30-05-99	O+	Bosa		3148480665	famisanar			2			2							
4	Jeidel Esteban Florez Duarte	1019993864	12-07-2008	O+	Soacha		3146580080	famisanar	2		2			2							
5	nayibe arjuela sanchez	1118562284	28-02-1990	O+	kennedy		2042713720	capital salud			2			2							
6	Anyi lorena Zapata Olave	1019105174	27-02-1998	O+	Suba		3002958267	Sanitas			2			2							
7	zamira Alejandra espinosa Pelaez	1014991602	15-03-2008	O+	kennedy		3117728359	Sanitas			2			2							
8	Emily tatiana Montes Buitrago	1140991150	03-11-208	B+	San cristobal		3112449412	Sanitas			2			2							
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

CONTACTO	CORREO	TELEFONO		TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	PT	SPT			# CARNET
COORDINACION DE ENFERMERIA			TOTAL	1		8			8							
OBSERVACIONES																

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

Powered by CamScanner

5537029 12 Malo Atrien Salud

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
11 SEP. 2026	9:21	Candelda María Nova G	1043008704	Candelda M.	V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:22	Adriana Milena Valencia	1000857082		Hb3.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:23	luisa fda ospina gallo	1036839363	luisa fda	Hb2, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:25	María Gomez	1007195425	María G.	Hb2, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:25	WENDY YULLIANA GOMEZ S	1016086993	WENDY GOMEZ	Hb2, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:27	CAMILA ANDREA ROMERO	1141516511	CAMILA ANDREA.	Hb1, V1, InF	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:28	Natalia Florez Valencia	1063480127	Florez	Hb1, V1, InF	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:29	Luisa Maria Noreña Rodriguez	1069403055	Luisa Noreña	Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:31	Daniela Alvarez Hernandez	1022951450	Daniela	Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:32	Michel Valentina Cañon	1027945827	Michel Cañon	Hb2 V2.	Alejandra	

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

Powered by CamScanner

3539029

2)

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO
	SIG	VERSIÓN: 06
	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
11 SEP. 2026	9:33	melani martinez Cardona	1011101575	melani martinez	#02 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:36	Laura Katherin Leal López	1024504609		#02 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:38	Saraymendoza villanueva	1042437621	Saraymendoza	#02 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:40	Lindsay mendoza Bonal	1080052744	Lindsay Mendoza	#02 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:40	Karen Daniela Pulgarin	1109051094	Karen Pulgarin	#02 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:42	Catalina Cifuentes sánchez	1025532216	Catalina Cifuentes	V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:43	Santiago Arcila Giraldo	1077091925	Santiago A.	#02 V2 T/2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:45	Santiago Gonzalez Bautista	1014482521	Santiago G.	#02 V2 T/2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:46	Valentina Diaz Paniagua	1000335792	Valentina Diaz G.	#02 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:47	Michel Velorado Rou	1033679	Michel Velorado	#02 V2.	Alejandra	

Powered by CamScanner

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
11 SEP. 2026	9:50	Lleeth Viviana Celis B	1023024513	Viviana Celis	D2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:51	Karen Lorena Gonzalez	1028785693	Lorena Gonzalez	D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:51	Maria Inés Pachón Franco	1000802048		D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:52	Myriam Garcia C.	1015403470	Myriam G.	D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:52	Lisseth Camila Rodriguez	1033707453		D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:53	Angie Liced Caicedo Useche	1029280228	Angie Caicedo	D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:55	Maria y Andrea Mayssa C.	1012452942		D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:56	Jaider Esteban Florez Duarte	1019993864		D2 V2 12	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:57	Nayibe Oviedo	1118562284	Nayibe	D2 V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	9:59	Angi Lorena Pato	1.019.105.114	Angi Lorena	D2 V2	Alejandra	

353-2050

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

Powered by CamScanner

4)

Centro Especializado en Vacunación **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	FO CAL-V: 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
1 1 SEP. 2026	10:00	Zahira Alejandra Espinosa Rebez	1014.991.603	Alejandra Espinosa.	HDL V2.	Alejandra	
1 1 SEP. 2026	10:02	Emily Tatiana Montes Buitrago.	1140919150	Emily Montes.	HD2 V2.	Alejandra	3537050

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

Powered by CamScanner