3537050

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunatorios en su Empresa o Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS

EMPRESA INSTITUTO: Sena San Antonio | VACUNADOR: Alejandra | ASISTENTE: Juliana Enciso | FECHA: 11 SEP 2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [X] 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	FT	DPT			# CARNET
1	Ariel Stella Tapiero	1041037525	18-05-81	O+	Suba		3006315571	Sanitas			2			2							
2	Yeimy Vanessa Mendoza	1046685443	27-11-2002	A+	Suba		3027330401	Sura			2			2							
3	Cadena Catalina	1081153260	30-10-86	O+	C. Bolivar		3018881394	Sanitas			2			2							
4	Angelis del Carmen Mendoza	33067795	15-10-77	B+	Bosa		3133443202	Compensar			2			2							
5	Nelle Valentina Pardo	1021616133	26-11-2007	O+	S Cristobal		3195889210	Compensar			2			2							
6	Sarai Dayana Bohorquez	1066857971	01-06-2001	O+	Engativa		3044317455	Famisanar			2			2							
7	Maria Fernanda Ortiz M	1022391442	08-10-2005	A+	Kennedy		3246448882	Cosalud						2							
8	Consuelo Alejandra A	1022442993	14-06-2006	O+	Usme		3128865308	Sura			2			2							
9	Sharyd Michell Arevalo	1025562250	17-09-2003	A+	C. Bolivar		3117105798	S. total			2			2							
10	Yuliana Rodriguez	1000586612	29-06-2001	O+	Kennedy		3204470016	Famisanar			2			2							
11	Fabiana Lemus Pino	1017416148	11-10-94	O+	Bosa		3133546887	Famisanar			2			2							
12	Isabella Valentina Abogado	1013668861	20-09-2007	O+	C. Bolivar		3142231569	S. total			2			2							
13	Camila Jimenez Duran	1031120363	03-02-2004	O+	Tunjuelito		3124941037	Sanitas			2			2							
14	Jessica Fernanda Rivadeneira	1030668807	23-03-92	A+	Bosa		3222673094	Sura			2			2							
15	Valentina Hoyos Valencia	1011097534	13-12-2006	B+	PA Landa		3113605666	S. total			2			2							
16	Thalia Yuri Leyes Reyes	1031423142	12-01-2008	O+	C. Bolivar		3138959424	S. total			2			2							
17	Angelith Sofia Guzman	1023381616	30-12-2008	A+	Bosa		3247665710	S. total			2			2							
18	Laura Valentina Gomez L	1028481692	23-10-2006	O+	Engativa		3214608385	Famisanar			2			2							
19	Yully Camila Granados M	1023382291	13-12-2008	O+	C. Bolivar		3159176089	Sura			2			2							
20	Yuri Michell Barrientos	1077926774	04-08-2004	A+	Usme		3209503412	Compensar			2			2							
21	Yeimy Gineth Pedraza Lopez	1033693145	29-12-98	A+	Usme		3150899111	S. total			2			2							
22	Pedro Andres Guarin Diaz	1050144347	27-12-2005	O+	Usme		3180054120	NEPS	2		2			2							
23																					
24																					

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

TOTAL: 1 | 21 | 22

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

Powered by CamScanner

(1)

3537050

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	9:10	Arelis Nallareth Picuda	1047017525		HBE VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:11	Melany Vanessa Mendoza	1046605443	Melany	HB2 VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:12	Carolina Polania	1041153260	Carolina Polania	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:13	Argelis Mendez Nauca	33067791	Argelis Nauca	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:14	Nicolle Pardo Rodriguez	1021676133	Nicolle Rodriguez	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:15	Sharoll Dayana Bolaño	1066875477	Sharoll Bolaño	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:16	Maria Fernanda Ortiz	1022339642	Maria Ortiz	VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:17	Loren Sofia Rodriguez	1022942993		HBE VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:18	Sharith Guerrero	1025576250	Sharith Guerrero	HBE VE	Alejandra	

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC 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	9:20	Yuri Tatiana Rico	1000596612	Yuri Rico	HB(E) VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:21	Erika Viviana Lemus	1012416146	Erika Lemus	HB(E) VE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:22	Karol Dayanna Peña	1013606661	Karol Bejarano	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:23	Ana Camila Jimenez	1031120363	Camila Jimenez	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:23	Yessica Fernanda Murcia	1030606261	Yessica Murcia	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:24	Valentina Mosquera	1011091534	[illegible]	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:25	Thalia Yurany Cespedes	1031423142	Yurany Martinez	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:26	Angelith Guzman	1023327616	[illegible]	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:27	Laura Gomez	1026467692	[illegible]	VE HB(E)	Alejandra	
11 SEP 2026	9:28	Hally Camila Zamudio	1023327291	HALLY MARTINEZ	VE HB(E)	Alejandra	

Powered by CamScanner

(2)

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	9:30	Karol Michell Barrentes	1072926179	Michell Barrentes	VE② HBE②	Alejandra	
11 SEP 2026	9:31	Karen Medina	1233693145	Karen Medina	VE② HBE②	Alejandra	
11 SEP 2026	10:35	Pedro Andres Garcia	1050949347	[illegible]	VAS HBAITAS	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