3537026
Salud ya!

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunamos en su Seguro de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V07 R07 023
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

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

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] 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	M A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Laura Vanesa Bautista Ve	1064475761	01-12-2006	O+	Engativa		3195240465	Compensar			2			2							
2	Ana Maria Gaitan	1000335360	26-04-2002	B+	C. Bolivar		3123188582	C. Salud			2			2							
3	Angie Sofia Ramirez O	1013108454	25-02-2006	O+	Tesoacha		3222390632	Compensar						2							
4	Neal Valentina Pinto U	1014669475	11-10-2008	O+	Bosa		3174598143	S total			2			2							
5	Dilan Andres Cortes	1014764962	19-07-2008	O+	S Cristobal		3138457539	Sanitas			2			2							
6	Luisa Fernanda Bedoya A	1013113849	02-10-2008	O+	Kennedy		3249781241	C. Salud			2			2							
7	Julieth Alejandra Romero	1022937960	11-10-2005	B+	Usme		3162221345	Compensar			2			2							
8	Nayibe Alejandra Pacca	1023004338	09-05-95	O+	Usme		3245677360	Suia			2			2							
9	Sara Alejandra Cadena	1023382791	05-12-2008	O+	Soacha		3043287615	S. total			2			1							
10	Luis Carlos Cabrales.	1014980016	08-07-2006	O+	Kennedy		3249199891	S. total	2		2			2							
11	Karol Daniela Camilla	1076904727	22-07-2007	A+	Soacha		3165776776	S total			2			2							
12	Maria Alejandra Cifuentes	1000686528	03-09-2001	O+	C. Bolivar		3123566880	Sanitas						2							
13	Laura Valentina Arias	1146125026	13-01-2009	O+	Bosa		3103035750	S total			2			2							
14	Heilin Yulieth Bustos	1069728304	22-06-2007	O+	C. Bolivar		3159443295	S total			2			2							
15	Maria Camila Lozano C	1022960628	27-05-2008	O+	Bosa		3112866558	Compensar			2			2							
16	Yuliney Camilo Villarreal	PT: 7867694	22-09-2006	A-	Bosa		3104908033	C. Salud			2			2							
17	Rachel Sofia Martinez	1014311810	22-04-2006	O+	Madrid		3158221653	Sanitas			2			2							
18	Yirleys Tatiana Tejeda	1143587953	12-01-2003	O+	San Cristobal		3115189344	Sanitas			2			2							
19	Maria Jose Hurtado M	TI: 1031424024	31-05-2009	O+	Engativa		3239420832	Sanitas			2			2							
20	Diana Lucia Velasco L	1007531470	01-12-2001	B+	C Bolivar		3118031203	Sanitas			2			2							
21	Paula Yohana Arcos P	1033100573	06-04-2002	O+	Usaquen		3044824889	Famisanar			2			2							
22	Danna Estefania Gutierrez	1025144588	27-01-2009	O+	Engativa		3052853162	Compensar	2		2			2							
23	Dayana Garcia Negrete	1016949736	02-11-2008	A+	Bosa		3118210469	Sanitas						2							
24	Mariana Sofia Gomez	1104699454	10-03-2007	O+	Engativa		3209122514	MEPS			2			2							
								TOTAL	2		21			24							

CONTACTO | CORREO | TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3534086

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	SVC CAL VC VRT RVP 013
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2024

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

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] 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	Lady Yohana Baptista	1067171898	05-11-90	O+	Matures		3227736084	C Salud						2							
2	Tony Saay Hernandez R	C.C. 1067288243	04-03-2000	O+	Suba		3225819702	Mutual			2			2							
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
											1			2							

CONTACTO | CORREO | TELEFONO | TOTAL

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

1 3534066

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	10:54	Laura Vanesa Bautista	1669775767	Laura Vanesa B.	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	10:55	Ana Maria Galvan	1000735360	Ana Maria Galvan	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	10:56	Angie Ramirez	1013106454	angie Ramirez	V①	Alejandra	
11 SEP 2026	10:57	Nicoll Julieth Franco	1014660975	Nicoll Franco	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	10:58	Dilian Andrea Puentes	1019764062	Dilian P.	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	10:59	Luisa Fernanda Bedoya	1013123844	Luisa F Bedoya	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	11:00	Julieth Romero	1022937960	Alejandra Chavez	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	11:01	Nayibe Alejandra Ducuara	1023004336	Nayibe Ducuara	V① HB①	Alejandra	
11 SEP 2026	11:02	Sara Alejandra Ordoñez	1123387191	Sara Ordoñez	HB① V①	Alejandra	
11 SEP 2026	11:03	Luis Carlos Latorre	1014480016	[illegible]	HB① TD① V①	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que esta

Powered by CamScanner

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	11:04	Karol Dahiana Camilla	1076966427	Karol Camilla	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:06	Maria Ciceres	1006626527	Alejanda Ciceres	VE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:07	Zaira Anea	1146175220	zaira A.	HBE VE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:08	Helin Bustos	1064728304	Helin Bustos	HBE VE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:09	Maria Camila Romero	1022960668	Camila Romero	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:10	Wilneu Carrillo	7E676E4	Wilneys C.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:11	Rachel Martinez	1014311E7C		VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:12	Yirleys Ferrer	1193564913	Yirleys Ferrer	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:13	Maria Jose Hurtado	1031424224	Maria Jose Hurtado	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	11:14	Diana Luca Velasco	1007531420	Diana Velasco	VE HBE	Alejandra	

Powered by CamScanner

(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
11 SEP 2026	11:14	Paula Arias Pinilla	1033100513	~~Paula Arias~~	V © HB ©	Alejandra	
11 SEP 2026	11:15	Daniel Gutierrez	1023144366	Daniel	V © HB © TU ©	Alejandra	
11 SEP 2026	11:17	Dayana Garcia	1016949736	Dayana García	V ©	Alejandra	
11 SEP 2026	11:18	Marian Sofia Gomez	1104699954	Marian Sofia G	V © HB ©	Alejandra	
11 SEP 2026	11:19	Lady Johanna Bautista	1026271896	Lady Bautista	V ©	Alejandra	
11 SEP 2026	11:20	Yury Saray Hernandez	1067288213	Yury Hernandez	V © HB ©	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Powered by CamScanner