3537087 Farmaceuticas

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Centro Especializado en Vacunación

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

SIG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS

FO CAL VC 107 B07 E21

VERSION: 07

REVISION: 07

FECHA: 07.05.2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio

VACUNADOR: Alejandra

ASISTENTE: Juliana Enciso

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	H A+B	FA	VA	INF	TV	FT	DPT			S GARNET
1	Maiso Lopez Alcon	52339709	14-07-74	O-	Soacha		3208941590	Compensar			2			2							
2	Katherine Mora Miranda	1072382254	24-12-93	O+	Sacacha		3228088446	C.Salud			2			2							
3	Liseth Tatiana Castro	1024A4586	10-06-05	O+	Bosa		3125167912	Compensar			2			2							
4	Yoan Fernando Bolaños	5284540	10-06-82	O+	Bosa		3004117810	Sanitas			2			2							
5	Lorena Rodriguez Rojas	52 224383	14-12-74	A+	Arando		3108622134	Famisanar			1			1	A						
6	Johan Stiven Sierra	1141131522	10-11-2006	B+	Bosa		3115937855	Sitotal	2		2			2							
7	Martha Liseth Bonal	1030576439	24-06-2008	A+	Bosa		3208134469	Famisanar			2			2							
8	Yuly Lizeth Gonzalez G	1024667613	27-05-2005	A+	C. Bolivar		3105563388	Sura			2			2							
9	Sharon Nicol Ati Zu.	1044481464	16-01-2007	A+	Santafe		3123116419	Sitotal			2			2							
10	Liseth Dayana Alarcon	1012454166	21-07-98	A+	Bosa		3103874677	Compensar			1			1	A						
11	Monica Alejandra Vega	1141379450	02-10-2007	A+	Bosa		3214543235	Sitotal			2			2							
12	Yakol Stefan Cobleon	1023904120	04-01-2009	O+	Soacha		3134561031	Sanitas	2		2			2							
13	Laura Sofia Ariza G.	1014661181	12-11-2005	O+	Soacha		3227310178	Compensar						2							
14	Boby Holman Lozano	1013612179	03-05-2008	B+	San Cristobal		3013374050	Famisanar			2			2							
15	Valentina Silva G	1038101639	26-10-2009	O+	C. Bolivar		3019126534	Compensar			2			2							
16	Yuly Milleth Leon	PT 1127841	24-10-2006	O+	Bosa		3163641952	Sura			2			2							
17	Johan Andres Sicod	23-12-2006	1016715063	O-	Ciudad		3132073332	Famisanar	2		2			2							
18	Adriana Lucia Hoco Vargas	1010080944	10-12-99	A+	Usme		3124283855	Sitotal			2			2							
19	Daily Katerine Ampitepi	1019098052	06-12-92	O+	Suba		3124139102	C.Salud			2			2							
20	Astrid Daniela Tombaco	1000989702	30-07-2004	O-	C. Bolivar		3222949911	Famisanar			2			2							
21	Valery Dayan Cumbay	1025539924	16-09-2008	O+	Usme		3108805174	Sura			2			2							
22	Natalia Borja Montano	1030283290	19-01-2009	O+	Bosa		3164095449	Sitotal			2			2							
23	Veronica Diaz Villa	PT 4922230	14-11-2008	O+	Bosa		3237144464	C.Salud			2			2							
24	Fernanda Rodriguez A	1034660410	19-10-2006	O+	Arando		3169178153	Famisanar			2			2							
CONTACTO		CORREO					TELEFONO		TOTAL		23			24	2						
COORDINACION DE ENFERMERIA																					
OBSERVACIONES																					

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

Powered by CamScanner

(1) 3531082

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	9:35	Manuel Garcia Alarcon	52330707		VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:36	Katherine Milena Miranda	1022389254		VC HBC	Katherine	
11 SEP 2026	9:37	Lizeth Tatiana Castro	1024474586	TATIANA CASTRO	VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:38	Maria Fernanda Bello	51645400	MFdaBello	VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:39	Carmenza Rodriguez	52224383		VC HBC INF	Alejandra	
11 SEP 2026	9:40	Johann Suarez	1141315327		VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:41	Martha Lizeth Bernal	1030576439	Martha Bernal	VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:42	Yury Lizeth Gonzalez	1021667673	LizethGonzalez	VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:43	Sharon Ortiz Vargas	1014461464	sharonortiz	VC HBC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:44	Lizeth Dayanna Alarcon	1012457766		VC INF HBC	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

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	9:44	Monica Alejandra Vega	1141314950		VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:45	Maikol Calderon	1023904120	Maikol	TDA HBE VC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:46	Laura Sofia Anza	1014661764	Laura G	VC	Alejandra	
11 SEP 2026	9:47	Paula Molina Lozano	1013612179	Paula ML	VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:49	Paula Silva	1033101639	Paula S	VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:50	Nivrka Milleth Loca	1127E41		VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:51	Johann Sicard	1016715063		VC HBE TDA	Alejandra	
11 SEP 2026	9:52	Ranana Maca	1010026994		VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:53	Deily Katerine Amortegui	1019476632	Deily A.	VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:54	Astrid Zambrano	1000981202	Astrid Zambrano	HBE VC	Alejandra	

Powered by CamScanner

(2)

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO.CAL.VC.V08.208.033
	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	9:55	Valery Dayan Quimbayo	1023539424		VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:56	Natalia Baya Mendoza	1030283290	Natalia Baya.	VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:52	Veronica Diaz Villa	49222230	Veronica Diaz	VC HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	9:59	Karen Valentina Rodriguez	1034660420	Karen R	VC HBE	Alejandra	

Powered by CamScanner