3534088
enfermeria

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Barrio de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	FO CAL VC V07 R07 023
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07.05.2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antano | VACUNADOR: Alejandra | ASISTENTE: Juliana Encaso | 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			# CARNET
1	Arlin Nieves Ramirez	4614307	07-12-2006	B+	engativa		3227143271	Sura			2			2							
2	Sofia Aracelis Leal	1015488962	11-08-2007	O+	Tesoquito		3016224424	C.Salud			2			2							
3	Valentina Gomez Vargas	1015533666	30-12-2006	A+	Rafael Uribe		3016497062	Famisanar			2			1							
4	Paula Alejandra Pachon	1021681248	18-08-2009	O+	San Cristobal		3112225881	C.Salud			2			2							
5	Geraldin Tatiana Lopez	1033716059	11-11-2007	O+	Tunjuelito		3132691110	S.total			2			2							
6	Dana Sofia Ruiz A.	1013170247	01-03-2008	A+	Antonio Nariño		3125523619	S.total			2			2							
7	Ana de los Angeles Parra C	1034401525	01-05-2008	A+	santafe		3138168472	C.Salud			2			2							
8	Cata Alexandra Velasquez	1028785813	06-11-2008	O+	Bosa		3132259307	Famisanar			2			2							
9	Emily Sofia Molina	1023903527	30-12-2008	O+	Usme		3105109146	S.total			2			2							
10	Juliana Gutierrez D	1021677589	08-06-2008	B+	R.Uribe		3105659855	Compensar			2			2							
11	Tatiana Gomez Alfonso	1025539628	17-08-2008	O+	engativa		3212088674	Sura			2			2							
12	Juan Felipe Mojin P	1016021762	30-04-2007	A+	Kennedy		3159118638	Mps	2		2			2							
13	Yeimy Johana Molina	1003534323	10-09-2003	O+	Bosa		3155477755	S.total			2			2							
14	Rachel Giolea Gonzalez	533510	05-11-2006	O+	Bosa		3236226231	C.Salud			2			2							
15	Kesy Dayana Gomez	1116252463	29-05-2009	A+	San Jorge		3122790546	S.total			2			2							
16	Maria Paula Reyes M	1140949710	09-12-2008	O+	Usme		3175640924	S.total			2			2							
17	Maria Alejandra Ruiz	1016954006	14-07-2008	B+	engativa		3108144755	Sura			2			2							
18	Natalia Alejandra Baro	1025144116	11-09-2008	A+	Bosa		3178178545	Compensar			2			2							
19	Ayllin Sofia Romero	1012356455	17-08-2007	A+	C.Bolivar		3214961138	S.total			2			2							
20	Lucelth Andrea Castillo	1026564335	18-07-2008		Usaquen		3154001233	Compensar			2			2							
21	Laura Andrea Castiblanco	1079283750	02-04-2009	A+	C.Bolivar		3019111467	Sanitas			2			2							
22	Sara Valentina Velasco	1023382533	14-12-2008	A+	Bosa		3229832797	Compensar			2			2							
23	Maria Camila Sanchez	1030540305	08-04-2005	O+	R.Uribe		3162547393	Compensar			2			2							
24	Dayra Ricardo Marino	1034663479	12-10-2008	O+	San Cristobal		3209264252	Famisanar			2			2							
CONTACTO		CORREO				TELEFONO		TOTAL	1		24			24							
COORDINACION DE ENFERMERIA																					
OBSERVACIONES																					

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

Powered by CamScanner

(1) 3537 OEE

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	12:08	Arlin Nieves Ramirez	4614307	Arlin Nieves	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:09	Sanna Leal	1015455962	Sanna Leal	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:10	Valentina Gomez	1025533666	Valentina Gomez	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:11	Paula Alejandra Pachon	1021681246	Paula P.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:12	Luciana Rojo	1033716059	LucianaRojo	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:13	Diana Ruiz Alfonso	1013170247		VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:14	Ana Parra Escobar	1034401515	Ana Parra.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:15	Carla Velasquez	1023655813	Carla Alexandra	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:16	Emily Sofia Medina	1023903527	Sofia Medina	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:17	Juliana Gutierrez	1021677569		VE HBE	Alejandra	

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO-CAL-[illegible]-[illegible]
	SIG	VERSIÓN: 09
	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	12:18	Mariana Gomez	1075539628	Mariana	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:19	Julian Felipe Marin	1016021262	Julian	VE HBE TDA	Alejandra	
11 SEP 2026	12:20	Karen Martinez	1003534323	Karen	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:21	Reichell Alsareth	533512C	Reichell. S	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:23	Keisy Gomez	1116752463	Keisy Gomez.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:24	Maria Paula Reyes	1140919710	Maria P. Reyes.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:25	Mayra Perez	1016954066	Mayra A. Pérez L.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:26	Natalia Diaz	1025144116	Natalia Diaz	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:27	Aylinn Sofia Romero	1012356455	Aylinn Sofia R. M.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:28	Lizeth Castillo	1076564335	Lizeth	VE HBE	Alejandra	

Powered by CamScanner

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 833
	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	12:29	Laura Andrea Castblanco	1020783750	[illegible]	VE HAE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:30	Sara Valentina Velasco	1023342531	Sara Velasco	VE HAE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:31	Maria Camila Sanchez	1030504305	[illegible]	VE HAE	Alejandra	
11 SEP 2026	12:32	Dayra Nicole Moreno	1034663424	Dayra Moreno	VE HBE	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