353-05

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

RSG

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR PROCESOS PROVEEDORES

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

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

Nº	DATOS DEL PACIENTE: NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICOS: TD	FIEBRE AMARILLA	HEPATITIS B	VPH 2 DOSIS	FIEBRE AMARILLA	VARICELA	HEPATITIS A	TRIPLE VIRAL	VPH	DPT			# ELEMENTO
1	Natalia Marite Luna Galdos	1016744397	16-07-2004	O+	Bolonal		3102485174	Sura			2			2							
2	Laura Valentina Caballero	1074983635	02-08-2008	O+	Soacha		3026462396	S.Militar			2			2							
3	Fanny Dayana Quevedo M	1088486056	19-12-2001	O+	Bosa		3203792024	Nueva			2			1							
4	Angie Daniela Hernandez	1070324644	04-07-2004	O+	Bosa		3225472651	HEPS			2			2							
5	Alison Yoel Gaona M	1146884059	27-07-2009	A+	Soacha		3188809365	Compensar			2			2							
6	Dana Valentina Jimenez	1034663330	24-04-2008	A+	Soacha		3059777841	Sanitas			2			2							
7	Dana Valentina Perez L	1014866383	23-10-2008	O+	Bosa		3157349375	Sanitas			2			2							
8	Fredy Andrey Rodriguez	1033754911	28-04-92	O+	C.Bolivar		3204413236	Compensar						2							
9	Didier Andres Rodriguez	1016595715	28-04-2006	A+	Suba		3239778162	Nueva EPS	2		2			2							
10	Sandra Yiseth Delgado	1062248143	11-03-2009	O+	Chapinero		3112980770	Nueva EPS			2			2							
11	Ana Sofia Gaitan Quiroga	1034288880	18-08-2003	O+	Bosa		3054552911	S.total			2			2							
12	Katherine Melissa Leon	1093694850	15-06-92	B+	Soacha		3238814019	Famisanar			2			2							
13	Valeri Daniela Nieto Rojas	1118463503	29-03-2009	O+	Kennedy		3108417000	S.Militar			2			2							
14	Natalia Beatriz Galvez	1100335659	28-02-2008	O+	Bosa		3204178835	S total			2			2							
15	Laura Martina Medina	1088447580	05-03-2009	A-	engativa		3233116631	S.Militar			2			2							
16	Yineth Yadira Ortiz Burgos	1019044097	01-08-2008	A+	Suba		3023045483	Compensar			2			2							
17	Josa Fernando Orjuela	1088243148	22-03-2009	O+	Kennedy		3505080246	Sanitas						1							
18	Juan Pablo Barrera Gomez	1013175224	16-12-2008	A+	Kennedy		3503248362	Nueva EPS			2			2							
19	Cristina Macea Rojas	1014669338	01-08-2009	B+	Kennedy		3118654467	S.total			2			1							
20	Cook Hsed Ocampo	1014497711	31-08-2005	O+	Usme		3132406944	C.Salud			2			2							
21	Maria Paula Villalobos M	1017919749	22-01-2008	O+	Kennedy		3015522688	S total			2			2							
22	Jimeth Alexandra Vargas	1088485038	28-08-2001	A+	Suba		3007104980	HEPS			2			2							
23	Yasmin Lara Lopez	1090451867	22-02-2005	O+	Soacha		3144077285	S.Militar			2			2							
24	Maria Alejandra Rueda	1010183771	05-05-2006	O+	C.Bolivar		3209447646	HEPS			2			2							
									1		22			24							

CONTACTO | CORREO | TELEFONO | TOTAL

CONFIRMACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El uso del SIC se puede consultar por los usuarios inscritos en las cajas de compensación

Powered by CamScanner

VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunatorio en su Hogar o Sitio

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17 de 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

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	BIOLOGICO TD	HA	HB	H A+B	FA	VA	INF	TV	PT	DPT			# CARNET
1	Venus Jaeng Barros M	1044900083	09-02-2007	O+	C. Bolivar		3216405118	Sanitas			1				A						
2	Sofia Sofia Hurtado A	1078900325	22-09-2009	A-	Fonedy		3129409776	S. total			2			2							
3	Fiamanjesus Vega	1057436110	01-09-99	O+	Chocolate		3023546689	M-EPS						2							
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					

CONTACTO	CARGO	TELEFONO	TOTAL
COORDINACION DE ENFERMERIA			
OBSERVACIONES			

			2			2	1														

El líder del SIG 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 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	10:00	Karen Dayana Quevedo	1022446656		VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:02	Angie Lorena Prieto	1070324614	Lorena Prieto.	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:05	Alisson Garcia	1146E64059	AM	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:06	Danna Valentina Jimenez	1034663330	Danna Garnica	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:07	Danna Valentina Perez	1014E66383	Danna Perez	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:08	Fredy Andrey Rodriguez	1033754421		VE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:09	Didier Andres Rodriguez	1016595415		VE HBE TDE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:10	Sandra Delgado	1062296143	Sandra Delgado	VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:11	Ana Sofia Carrero	1034EE2EC		VE HBE	Alejandra	
11 SEP 2026	10:12	Katherine Hueso	1073644410	KATHERINE H	VE HBE	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento [illegible] que este documento impreso es una [illegible]

Powered by CamScanner

Centre Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL [illegible] 035
	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	10:13	Valeri Perez	1187463503	Valeri	V-(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:14	Natalia Beatriz Galvez	1100335659	Natalia Galvez	V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:15	Laura Valentina Medina	1018442560	Laura medina	V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:16	Gireth Diaz	1019649697	[illegible]	V(2) HB-(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:17	Luisa Fernanda	1029931483	Fernanda De leon	V(1)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:19	Juan Pablo Barrera	1013725224	Juan Barrera	V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:20	Cristina Macea	1014567338	Cristina R	V(1) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:21	Carol Ocampo	1014479111	Carol L.	V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:22	Maria Paula Villalobos	1012919299	Mpaulavz	V(1) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:25	Jineth Rodriguez	1026485030	Alexa Rodriguez	V(2) HB(2)	Alejandra	

Powered by CamScanner

(1)

REVISIÓN: 08 VERSIÓN: 08 FO CAL VC 033

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	10:26	Yasmin Lopez	1070945786	Lorena Lopez.	V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:27	Nana Rivera	1011693771		V(2) HB(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:28	Venus Lorena Barrios	1014996003	Venus	HB(1) INF	Alejandra	
11 SEP 2026	10:30	Sara Hurtado	1028900325	Sara Hurtado	HB(2) V(2)	Alejandra	
11 SEP 2026	10:31	Freiman Vega	1057436116		V(2)	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:33	Melinda Piana de luna calderon	1016944397	Melinda Calderon	HB(2) V(2)	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:35	laura valentina caballero	1074813635	Laura Valentina	HB(2) V(2)	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS. se permite comunicar que este documento [illegible]

Powered by CamScanner