353712 Apoyo Ac Salud

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en tu Barrio de Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE
SIC
PROCESO: CALIDAD
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio
VACUNADOR: Alejandra
ASISTENTE: Sara Gonzalez
FECHA: 11 SEP. 2025

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

	DATOS DEL PACIENTE								INOCULADO											
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	PA	VA	HPV	TV	FT	SPT		# CARNET
1	Dana Marcela Bonilla Beltrán	52279577	14-02-1984	O+	Margaritas		3114970289	Compensar			2			2						
2	Maria Alejandra Arenas Hincapie	1007389049	26-02-2001	O+	Ciudad Bolivar		3224253244	Sura			2			2						
3	Yeni Marcela Vargas Gomez	1001197242	21-08-2000	A+	Usme		3233344455	Sanidad Militar						2						
4	Luisa Fernanda Gutierrez Nieto	1011105336	18-09-2008	O+	Usme		3114905172	Salud Total			2			2						
5	Liceth Martinez Pena	1032460002	11-11-2003	B+	Soacha		3208982818	Sanitas						2						
6	Deiny Katherine Rodriguez	1032477821	03-04-1998	A+	San Cristobal		3208522298	Sanitas			2			2						
7	Danna Katalina Ferrera Cortes	1023366974	30-10-2004	O+	Soacha		3225574842	Salud Total			1			1	A					
8	Diana Sofia Jimenez Avila	1074526476	09-09-2005	A+	Soacha		3008172656	Compensar			2			2						
9	Andrea Alejandra Rojas Ozano	1022340736	02-11-2005	O+	Kennedy		3012965666	Famisanar			2			2						
10	Luisa Fernanda Poveda Sierra	1031176470	18-07-98	B+	Ciudad Bolivar		3025447274	Capital Salud			2			2						
11	Juan Samuel Romero Gutierrez	1013728524	09-08-2008	B+	San Cristobal		3172614412	Sura	2		2			2						
12	Valerie Nicol Castiblanco Arrego	1022586916	11-12-2008	O+	Usme		3192774099	Sura			2			2						
13	Valentina Suarez Alvarez	1022950997	28-04-2007	O+	Usme		3225586077	Sanitas			2			2						
14	Jasmin Andrea Saavedra Duran	1021394686	05-04-2005	B+	Chapinero		3124993641	Compensar			2			2						
15	Nicole Sofia Garcia Moreno	1013264118	07-04-2007	B+	Usaquen		3107657783	Nueva EPS			2			2						
16	Yesica Natalia Garcia Molina	1019148570	01-01-2006	O+	Engativa		3004689028	Colsubsidio			2			2						
17	Eidy Juliana Herrera Bustamante	1031144388	15-02-92	O+	San Cristobal		3133725632	Salud Total			2			2						
18	Karen Lorena Rodriguez Caballos	1000861144	23-04-2007	A+	Bosa		3179341120	Salud Total			2			2						
19	Yeimy Maria Fernandez Castro	1034817173	21-07-2008	O+	Kennedy		3232785501	Famisanar			2			2						
20	Jose Miguel Ramos Arevalo	1010760237	19-04-2004	O+	Antonio Nariño		3022026291	Sanitas	2		2			2						
21	Natally del Pilar Gomez Ruiz	53748910	23-12-1985	O+	Paquilo		3015910263	Sanitas						2						
22	Juan Steven Pena Jimenez	1147111923	23-05-2007	O+	Engativa		3332503586	Famisanar	2		2			2						
23	Anny Valeria Chaparro Cardenas	1012345881	13-05-08	A+	Suba		3182598858	Famisanar			1				A					
24	Karen Katherine Rodriguez Arias	1053333637	19-07-2009	O+	Bosa		3175143146	Salud Total			2			2						
									3		21			23	2					

CONTACTO | CORREO | TELEFONO
COORDINACION DE ENFERMERIA | TOTAL
OBSERVACIONES

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

Powered by CamScanner

3537110 APoyo Adm- Salud

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
1)	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** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

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	11:43	Diana M. Parrado B	52219317		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:44	María Alejandra Henao H	1007689079		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:45	Yeni Marcela Vargas	1001191212		V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:46	Luisa Fernanda Gutiérrez H	1011101536		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:47	Liceth Martínez Pena	1072960002		V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:49	Dery Rodriguez	1032422821		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:50	Dana Nayra Figueroa	1023566479		Hb1 V1 Inf.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:51	Diana Liseth Jiménez	1074526476		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	11:52	Andrea Alejandra Parra Lozano	1022340726		Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026							

Powered by CamScanner

3537112

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** [X] **Domicilio** [ ] **Unidad Móvil** [X]

	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
1	1 SEP. 2026	11:53.	Luisa Fernanda Poveda	1031176910		Hbz Vz	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	11:55	Noa samuel Romero Gutierrez	1013722852		Hbz Vz T12	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	11:56	Valeria nicol castiblanco	1027526976	valeria c.	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	11:57	Valentina Suarez Alvarez	1022950097	Valentina S.	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	11:58	Jasmin Andrea Cuervo	1021946606		Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	11:59.	Nicole sofia Garcia	1013264118	Nicole Garcia.	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	12:00	Natalia Garcia Molina	1016948570	Natalia Garcia	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	12:02	Zeida Herrera	1023914438	Zeida Herrera	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	12:03.	Karen Lorena Rodriguez	1000861141	Karen Rodriguez	Hbz Vz.	Alejandra	
1	1 SEP. 2026	12:04.	Yerni Maria Hernandez C	1034781713	yerni Hernandez	Hbz Vz	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

3537112

3)

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	12:06.	Jose Miguel Ramos Arévalo	1010760231		Hb2 V2 T2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:08.	Nataly del Pilar Gomez Ruz	53173990		V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:09.	Joan steven peña jimenez	1141115937		Hb2 V2 T2	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:11.	Anny Valeria Chaparro Cardenas	1019045881		Hb1 Inf	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:13.	Karen Alejandra Pedraza.	1053336932	Alejandra.	Hb2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026							
11 SEP. 2026							
11 SEP. 2026							
11 SEP. 2026							
11 SEP. 2026							

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