



# Institución Educativa Débora Arango Pérez

Aprobada por Resolución N° 09994 de Dic. 13 de 2007 - NIT 900196642-4 DANE 105001025763  
SEDE MANO DE DIOS Resolución No 07111 de junio 06 de 2014 DANE 105001026395  
Sede Principal: Calle 18 103-160 Correg. Altavista. Telefax 3411386 3433654 3414251  
SEDE MANO DE DIOS Carrera 90 15-60 Correg. Altavista. Teléfono 235 0062  
Email: iedeboraarango@gmail.com - Pág. Web: [www.iedeboraarango.edu.co](http://www.iedeboraarango.edu.co)



## COMUNICADO (04 DE MARZO DE 2022)

**PARA:** PADRES DE FAMILIA, ACUDIENTES, CUIDADORES, DOCENTES, DIRECTIVOS DOCENTES, ESTUDIANTES PERSONAL ADMINISTRATIVO Y COMUNIDAD EN GENERAL

**DE:** RECTORÍA

**FEHA:** 04 DE MARZO DE 2022

**ASUNTO:** **JORNADA DE VACUNACIÓN PRIMERA, SEGUNDA DOSIS Y REFUERZO CONTRA COVID 19**

Se les informa que el próximo **MARTES 08 DE MARZO DE 2022**, se realizará Jornada Vacunación: **Primera, segunda dosis y refuerzo contra COVID 19.** Se contará con dos lugares de vacunación:


**LUGAR:** SEDE MANO DE DIOS  
**HORARIO:** 8:30 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m.  
**RESPONSABLE VACUNACIÓN:** PROSALCO

**LUGAR:** SEDE PRINCIPAL  
**HORARIO:** 8:30 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m.  
**RESPONSABLE VACUNACIÓN:** SINERGIA

### A TENER EN CUENTA:

- Todos los menores de edad deberán estar en compañía de un padre o un adulto responsable para la firma del consentimiento.
- Llevar documento de identidad y carné de vacunación.
- **Diligenciar:** Consentimientos Informados (2 formatos) y Cesión de Derechos de Imagen y Autorización (Alcaldía de Medellín)
- El padre de familia o el adulto responsable, deberá acompañar al estudiante en todo el procedimiento.
- Los biológicos a aplicar estarán sujetos a las condiciones de cada persona (iniciar o completar esquema, refuerzo).
- Actualmente los refuerzos están solamente para mayores de 12 años con comorbilidades descritas en la resolución, y abierto a los mayores de 18.
- La prioridad son los niños y niñas, por eso, los adultos vacunados serán un porcentaje mínimo en la jornada diaria, apuntamos solo docentes y personal administrativo del colegio.
- A cada institución asistirá un equipo conformado por dos vacunadores y cuatro registradores.

Atentamente,

  
**CARLOS ENRIQUE ROJAS SÁNCHEZ**  
C.C. 71.577.238 de Medellín  
Rector

Cód. FO-COMU-030	Formato <b>FO-COMU Cesión Derechos de Imagen y          Autorización para el Tratamiento de Datos          Personales</b>	 Alcaldía de Medellín
Versión. 1		

- En nombre propio \_\_\_\_\_
- Como representante legal (madre, padre, tutor) de \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad (NUIP, TI) No. \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo al Municipio de Medellín para que fije, reproduzca, adapte y comunique la imagen (en fotografía o video) y/o la entrevista efectuadas a mí o mi representado, realizada bajo cualquier soporte, físico o digital, en estrategias comunicacionales de carácter informativo, corporativo, institucional y de movilización de la administración municipal, que se difundan públicamente por cualquier medio (impreso, internet, televisión, radio y cualquier otro medio de difusión), solo con fines institucionales, educativos, culturales o deportivos, dentro de los propósitos establecidos por el Municipio de Medellín, sin restricción de plazo temporal ni espacial. El Municipio de Medellín no podrá cederlo a terceros. Dicha cesión la realizo de manera gratuita, sin ánimo de recibir compensación económica alguna.

En caso de entrevista, el suscrito entrevistado declara que es propietario de los derechos sobre el contenido de la entrevista o vela por los derechos de su representado y, en consecuencia, garantiza que puede otorgar la presente autorización sin limitación alguna al Municipio de Medellín. Todo esto en concordancia con el régimen legal que se encuentra establecido la Ley 23 de 1982 y Decisión 351 de la CAN.

Igualmente, autorizo al Municipio de Medellín, identificado con NIT No. 890.905.211-1, que es quien actuará como responsable para el tratamiento de mis datos y/o de mi representado conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en [www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co), para que sean incluidos en sus bases de datos para llevar a cabo acciones relacionadas con sus funciones legales y su objeto misional, lo que comprende todas sus competencias funcionales incluyendo, sin limitación, todos los trámites, gestiones, servicios, consultas, notificaciones, registros, ente otros, que el

Cód. FO-COMU-030	Formato <b>FO-COMU Cesión Derechos de Imagen y          Autorización para el Tratamiento de Datos          Personales</b>	 Alcaldía de Medellín
Versión. 1		

Municipio requiera realizar en virtud de mi calidad de ciudadano. En esa medida, declaro que la información suministrada es correcta, veraz, verificable y actualizada.

Declaro conocer que los datos de los menores de edad son datos sensibles de acuerdo con la normativa vigente, por lo tanto NO me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de los mismos. Sin embargo, declaro otorgar, de manera previa, explícita, informada, voluntaria y expresa, la correspondiente autorización.

Finalmente, sé que mi representado y yo tenemos derecho a conocer, consultar, actualizar, rectificar y suprimir la información, solicitar prueba de esta autorización y revocarla (cuando ello sea posible y no se requieran los datos en virtud de las funciones legales del Municipio de Medellín), derechos que se me ha informado puedo ejercer a través de los canales: portal web [www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co), línea de atención 4444144, Centro de Servicios a la Ciudadanía (Calle 44 N 52 – 165 la Alpujarra) y sedes externas de la entidad (Casas de Gobierno, Mascerca y Centros de Servicios al Ciudadano – pueden consultarse en la Línea de Atención).

Ciudad y fecha:

---

Firma:

---

Teléfono de contacto:

---

Correo electrónico:

---



La salud  
es de todos

Minsalud

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/ COVID-19

CIUDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_  
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC TI CC CE OTRO NÚMERO \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS  
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene Aprobación de Uso de Emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

#### DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

<b>¿CÓMO SE APLICA?</b>	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
<b>VACUNA Y DOSIS</b>	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Primera dosis _____ segunda dosis _____ dosis única _____
<b>BENEFICIOS</b>	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
<b>RIESGOS</b>	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
<b>ALTERNATIVAS</b>	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

#### INFORMACION ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y en el feto por SARS CoV-2 COVID-19.

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general.

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-CoV-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.



**EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD**

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que **NO** tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: si  no  y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:**  que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:**  que se me aplique la vacuna.

**Firma de la persona:** \_\_\_\_\_.

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

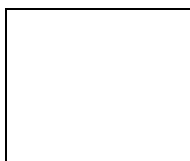
Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_.

Tipo de Identificación: - CC\_\_ CE\_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_.

**Firma** \_\_\_\_\_.

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar \_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C. \_\_ C.E. \_\_ OTRO \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. \_\_ C.E. \_\_ OTRO \_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



**Huella dactilar o plantar del rogante**

C.C. \_\_\_\_\_

**Firma del rogado**

C.C. \_\_\_\_\_

**Nombres y apellidos del vacunador** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: -CC\_\_ CE\_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____.	
DEPARTAMENTO / DISTRITO: _____	MUNICIPIO: _____.

**Nota 1:** Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal.

**Nota 2:** Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal.



La salud  
es de todos

Minsalud

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/COVID-19

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ OTRO \_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PREVIA

La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

### DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (Por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

<b>VACUNA Y DOSIS</b>	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ o dosis única _____
<b>CÓMO SE APLICA</b>	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
<b>BENEFICIOS</b>	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
<b>RIESGOS</b>	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
<b>ALTERNATIVAS</b>	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

### EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que **NO** tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de

**Tipos de documentos de identidad:** RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería



La salud  
es de todos

Minsalud

la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido **ACEPTAR**: \_\_\_ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: \_\_\_ que se me aplique la vacuna.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Huella** (en caso de que no sepa o no pueda firmar)



Razón por la que no firma: \_\_\_\_\_

En caso de requerirse, identificación y firma de quien tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia:

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ otro \_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Identificación y firma del vacunador

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: RC \_\_ TI \_\_ CC \_\_ CE \_\_ otro \_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA INSTITUCIÓN

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):** \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO/DISTRITO:** \_\_\_\_\_ **MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**Nota:** Cuando se trate de menores de edad, deberá firmar el menor junto con la persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La persona que no pueda o no sepa firmar podrá acudir a la firma a ruego, en los términos de ley.

**Tipos de documentos de identidad:** **RC:** Registro Civil, **TI:** Tarjeta de Identidad, **CC:** Cédula de ciudadanía, **CE:** Cédula de extranjería