BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 188520

Objeto de la reunión: Brigada de desparasitacion Vitaminacion y atencion M.U

Fecha: 12-04-2026

Hora de inicio: 8:AM

Hora de finalización: 12PM

Modalidad: [X] Presencial [ ] Virtual [ ] Telefónica [ ] Mixta

Lugar: Cll 61 Bis sur #17-26 este

Dependencia: salon comunal Ciudad Londres

Nombre del Responsable:

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO					TIPO DE VINCULACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
						ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TECNICO/ TECNÓL.	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA		
CC	1021645091	Carol Bautista	Comunidad	Cll 71 #13A 8E	CH CM FH FM 1										3017586437	Bruyid
CC	79560332	Ricardo Varela	Comunidad	Cll 72 #16-20	CH CM FH FM 1										3208326855	
CC	1015399235	Diego Diaz		ALSC	C y P A			X						X	3133496710	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y ver cable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – O cina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atencion es 3387000. Mani esta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y recti car los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la ofe a institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAL-M001 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

Powered by CamScanner

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

El dia de hoy se realiza atencion Medico Veterinaria en el Salon Comenal Barrio Londres de la localidad San Cristobal

Ademas o se administran Desparacitante y Vitaminas a Canino y Felinos

se realiza 4 Consultas Medico Veterinarias

Animales atendidos.

C M 14	F M 6	Total animales Atendidos	35
C H 7	F H 8		

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA: En caso de ser más reuniones, adicionar puntos según el ejemplo. Se anexará pantallazo para las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 188520

Objeto de la reunión: Jornada Medico Veterinaria y Desparacitación
Fecha: 12 abril 2026
Lugar: Barrio ciudad londres
Dependencia: CyPA
Hora de inicio: 7:30 a.m.
Hora de finalización: 12: p.m
Nombre del Responsable: Diego Diaz
Modalidad: X Presencial; Virtual; Telefónica; Mixta

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓL.	AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
CC	1010181873	Julian Castiblanco	Julian	ALSC	Mas territorio									X	3014095308	Julian C.
CC	1118138601	ERICAS ROA	ERICAS	A.L.SC	mascotas									X	3124466659	
CC	1026595182	Jose Vicente Briceño	-11-11-11	ALSC	Mas Territorio					X				X	3162377647	Jose B.
CC	35544423	YASIRA MOSQUERA		ALSC	CyPA				X					X	3123945170	Yasira M
CC	1033710828	Juan Lemus	comunidad	cr72H18-53											3115050766	
CC	41427601	Adela Rugeles	comunidad	cll72#16-92											3212787833	Adela R.
CC	1072881428	OSCAR A. CASTRO	comunidad	cll71#16-29											3204914395	
CC	1026256618	JOSE SANCHEZ	comunidad	cl171#17c865	CH CM FH FM 1										3115282763	Jose Sanchez
CC	1140706 3	Carlos Ayus	comunidad	cll72#15A-29	CH CM FH FM 1										3194515387	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAL-M02 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/contenu/sistema-integrado-de-gestion-sig

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA 188520

Objeto de la reunión: Jornada Medico veterinaria y sensibilización ley 1801 2016 ART 124
Fecha: 12 - abril 2026
Hora de inicio: 7:30 AM
Hora de finalización: 12 pm
Lugar: Barrio ciudad Londres
Modalidad: Presencial X / Virtual / Telefónica / Mixta
Dependencia: CyPA
Nombre del Responsable: Diego Diaz

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓL.	AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
				Dirección												
Cc	1000226664	Estilly Vazquez	comunidad	cll 70 sur 14-11b	CH CM FH FM 2										3152507512	
cc	28553059	angelica quintero	comunidad	cll 71c bis sur	CH CM FH FM 1										3209229138	
cc	34571584	Teresa Juliana cure	comunidad		CH CM FH FM 2										3142645669	
cc	79611891	Fredy Naranjo	comunidad	cll 71b13 #17-24	CH CM FH FM 1 2 7										3135899733	
cc	1032677203	Maicol Escobar	comunidad	cll 71a13 27#1544	CH CM FH FM 1										3195398090	Maicol Escobar
cc	35358712	Maria Antonia cuenta	comunidad	cll 72 sur # 16-68	CH CM FH FM 1										3209539182	
CC	30971873	Maria Guillermina Flores	comunidad	cll 72 sur # 15-15	CH CM FH FM 1										3123225915	Maria G Flores
CC	46364043	Maria estella Alfonso	comunidad	cll 71 sur # 24-45	CH CM FH FM 1										3203573723	Maria Estella
cc	51717334	Graseba Leon	comunidad	cll 72 # 18A-43	CH CM FH FM 1										3114902334	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno - Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Ver SAC-M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 186529

Objeto de la reunión: Brigada Medico Veterinario desparasitacion Vitamina y sensibilizacion

Fecha: 12-04-2026

Hora de inicio: 9 am

Hora de finalización: 12 pm

Modalidad: Presencial / Virtual / Telefónica / Mixta

Lugar: cll 61 Bis sur #17-26 Este

Dependencia: salon comunal ciudad londres

Nombre del Responsable: Diego Diaz

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TECNICO TECNOL.	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRONICO - TELEFONO DE CONTACTO	FIRMA
cc	26449625	Maria Garzon	comunidad	cll 72 #18-53	CH 1 CM FH 1 FM										3144727145	
cc	52539892	Paola Tivaquira	comunidad	cr 13B este #72	CH CM FH FM 1										3203251932	
cc	1033710828	Juan Lamus	comunidad	cr 72 sur #18-53	CH 1 CM 1 FH FM 1										3115050766	
cc	41427641	Adelaida Rugeles	comunidad	cll 72 #16-92	CH CM FH 1 FM 1										3212787833	
cc	1023881408	Oscar Armado Castro	comunidad	cll 71B #16-29	CH 1 CM 1 FH FM										3204914395	
cc	1000596728	Deivid Pereira	comunidad	cll 72 #18-29	CH CM 1 FH FM										3022753087	
cc	51864815	Maria Varela	comunidad	cll 72 #16-20	CH CM FH FM 1										3203849313	
cc	1013692448	Nicol Bernal	comunidad	cll 1A #64-59	CH 1 CM 2 FH FM 1										3112768067	
cc	52270593	Martha Zamora	comunidad	cll 72 #18A-04	CH 1 CM 1 FH FM 1										3106978997	

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Ver SIG-M02, Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 12/04/26	Hora:	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☒ Jomada Masiva ☐ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Maicol Escobar	CC: 1032677203	Teléfono: 3145398040

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Manchas	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: Baño	Color: Gris	Raza: Criollo	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☒ Con propietario	☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: cll 71a sur #14-44	Barrio: Londres	Localidad: **SAN CRISTOBAL**
Correo electrónico:	Estrato: 2	**UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min):	F.R (R/min):	T (°C):	C.C: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐
TLLC:	Pulso:	Mucosas:	% Deshidratación:

APN: Aparentemente Normal; **AN**: Anormal; **NE**: No Evaluado.

1	Piel y anexos		7	Sistema reproductivo			
2	Sistema musculo esquelético		8	Ganglios linfáticos			
3	Sistema digestivo		9	Sistema urinario			
4	Sistema respiratorio		10	Ojos			
5	Sistema nervioso		11	Otro ¿cuál?			
6	Sistema cardiovascular		12	Comportamiento			

SIGNOS CLINICOS

Masa en Region Cervical Dorsal
Dura sin dolor a la Palpación.

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria		1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Interna		2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.	

Powered by CamScanner

4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	
5	Vitaminización		5	Continuar con tratamiento sugerido.	
6	Antibioterapia		6	Esterilización.	
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio:	
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas:	
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?: ☐ Si ☐ No

Traslado a:
☐ Cierre de Caso ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:
☒ **Propietario** ☐ **Cuidador** ☐ **Testigo**

Yo, Maicol Escobar identificado con número de Cédula 1032677203 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Mancha a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: maicol Escobar

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Diaz		29684

DIEGO ANDRÉS DÍAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 12/04/26	Hora:	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☒ Jomada Masiva ☐ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Adela Rugeles	CC: 47427641	Teléfono: 3272787833

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Sasha	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: 7años	Color: Negro	Raza: Criollo	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario		

Datos del lugar/evento

Dirección: cll 72 # 76-92 sor.	Barrio:	Localidad: **SAN CRISTOBAL**
Correo electrónico:	Estrato:	**UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 70	F.R (R/min): 25	T (°C): 38.2	C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
TLLC: 2	Pulso:	Mucosas: Rosa	% Deshidratación:

APN: Aparentemente Normal; **AN**: Anormal; **NE**: No Evaluado.

1	Piel y anexos	APN		7	Sistema reproductivo	APN		
2	Sistema musculo esquelético	APN		8	Ganglios linfáticos	APN		
3	Sistema digestivo	AN		9	Sistema urinario	APN		
4	Sistema respiratorio	APN		10	Ojos	APN		
5	Sistema nervioso	APN		11	Otro ¿cuál?	APN		
6	Sistema cardiovascular	APN		12	Comportamiento			

SIGNOS CLINICOS

Heces Blandas liquidas negra
Perdida Apetito
Apatia.

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria		1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Interna		2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.	

Powered by CamScanner

4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	
5	Vitaminización		5	Continuar con tratamiento sugerido.	
6	Antibioterapia		6	Esterilización.	
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio:	
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas:	
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?: ☐ Si ☐ No

Traslado a:
☐ Cierre de Caso ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:
☒ **Propietario** ☐ **Cuidador** ☐ **Testigo**

Yo, Adela Rugeles identificado con número de Cédula 47427641, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Sasha a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Adela R

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Diaz		29684

DIEGO ANDRÉS DÍAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 12/04/26	Hora:	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☒ Jornada Masiva ☐ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Nicol Bernal	CC: 1073692648	Teléfono: 3112768067

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino	☒ Macho ☐ Hembra	Nombre: Roco	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: 5 años	Color: Amarillo	Raza: Criollo	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☒ Con propietario	☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: cll 11a # 69-50 sur	Barrio: Londres	Localidad: SAN CRISTOBAL
Correo electrónico:	Estrato: 2	UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 80	F.R (R/min): 15	T (°C): 38.2	C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
TLLC: 2 seg	Pulso:	Mucosas: Rosa	% Deshidratación:

APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

1	Piel y anexos	AN			7	Sistema reproductivo	APN		
2	Sistema musculo esquelético	APN			8	Ganglios linfáticos	APN		
3	Sistema digestivo	APN			9	Sistema urinario	APN		
4	Sistema respiratorio	APN			10	Ojos	APN		
5	Sistema nervioso	APN			11	Otro ¿cuál?			
6	Sistema cardiovascular	APN			12	Comportamiento			

SIGNOS CLINICOS

Dermatitis Por pulga
Prurito
Eritema

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria		1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Interna	X	2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.	

Powered by CamScanner

4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	
5	Vitaminización	X	5	Continuar con tratamiento sugerido.	
6	Antibioterapia		6	Esterilización.	
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio:	
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas:	
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?: ☐ Si ☒ No

Traslado a:
☐ Cierre de Caso ☐ Seguimiento ☐ CES ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123 ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:
☐ **Propietario** ☐ **Cuidador** ☐ **Testigo**

Yo, Nicol Bernal identificado con número de Cédula 1073692248 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del _MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Roco a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Nicol Bernal

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Diaz	Diego Diaz	29684

DIEGO ANDRÉS DIAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____

Powered by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 12/04/26	Hora:	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☒ Jornada Masiva ☐ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Martha Zamora	CC: 52270593	Teléfono: 3106778477

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino	☒ Macho ☐ Hembra	Nombre: Optimus	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: 4 años	Color: Negro	Raza: Criollo	
☒ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario		

Datos del lugar/evento

Dirección: Cll 72 #76a-04 sur	Barrio: Londres	Localidad: SAN CRISTOBAL
Correo electrónico:	Estrato: 2	UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 138	F.R (R/min): 30	T (°C): 38.6	C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐
TLLC: 2 seg	Pulso:	Mucosas: Rosas	% Deshidratación: Ø

APN: Aparentemente Normal; **AN**: Anormal; **NE**: No Evaluado.

1	Piel y anexos	AN		7	Sistema reproductivo	APN		
2	Sistema musculo esquelético	APN		8	Ganglios linfáticos	APN		
3	Sistema digestivo	APN		9	Sistema urinario	APN		
4	Sistema respiratorio	APN		10	Ojos	APN		
5	Sistema nervioso	APN		11	Otro ¿cuál?			
6	Sistema cardiovascular	APN		12	Comportamiento			

SIGNOS CLINICOS

Inflamación con Contenido Purulento a nivel de la nuca.

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria	✓	1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Interna	X	2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.	

Powered by CamScanner

4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	
5	Vitaminización	X	5	Continuar con tratamiento sugerido.	
6	Antibioterapia		6	Esterilización.	
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio:	
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas:	
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?: ☐ Si ☒ No

Traslado a:
☐ Cierre de Caso ☐ Seguimiento ☐ CES ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123 ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:
☒ **Propietario** ☐ **Cuidador** ☐ **Testigo**

Yo, Martha Zamora identificado con número de Cédula 32270593, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del _MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Optimus a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: _____

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Diaz		29

DIEGO ANDRÉS DIAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29584

Apoya y/o Asiste

_____

Powered by CamScanner