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, Desparasitacion y vitaminos
Fecha: 16 de Abril de 2026
Lugar: Salon Comunal La Castaña
Dependencia: CyPA

Hora de inicio: 1:30 pm
Hora de finalización: 4:00 pm
Modalidad: X Presencial; Virtual; Telefónica; Mixta
Nombre del Responsable: Ian Vargas

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	1016073942	Ian Sebastian Vargas		A.L.S.C	Más Territorio					X				X	3108760943	Sebastian V
CC	35546433	Yasira Mosquera		ALSC	CyPA				X					X	3123945170	Yasira Mosquera
	1013583578	Cristian Perez		ALSC	Más Territorio										3197429793	Cristian Perez
PPT	5677407	Patricia Pérez.		ALSC	CyPA			X						X	3001956227	

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.gobiernobogotagov.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://gsia.gobiernobogotagov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

El día de hoy 16/04/26 se realizó Brigada de Atención médica Veterinaria, desparasitación y vitaminización en el Salón comunal La Castaña (Calle 20 A SUR #12-20 este) siendo atendidos un total de 83 animales, detallados por especie y sexo a continuación_

Caninos → hembras ⇒ 18
→ machos ⇒ 17

Felinos → hembras ⇒ 26
machos ⇒ 22
83

Además se realizaron 3 atenciones médico veterinarias, a 3 felinos con diferentes patologías.

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 AMV, desparasitación y vitaminas
Fecha: 16-04-2026
Lugar: Salón comunal La Castaña
Dependencia: CyPA.
Hora de inicio: 8:00 a.m. Hora de finalización: 12:00
Nombre del Responsable: M.V Patricia Pérez.
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/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
CC	53081893	Diana Mora	cra 12 F E #20-29 sur	Comunidad								4		1	3108722482	Diana Mora
CC	52897643	Jenny Cordillo	cra 12 E #21-73 sur	Comunidad		1		2							3114936308	
CC	21646610	Maria Vargas	cra 11 E #20-70 sur	Comunidad		1		1				3		1	3102745028	maria vargas
CC	52864789	Yinit Tovar	cll 28 bis S #10 H 17 E	Comunidad		1								2	3228555827	
CC	1023893641	Paola Hernandez	cll 20 A sur #12-29 E	Comunidad		2									3009519565	Vicky Hernandez
CC	1013658120	Paola Alfonso	cll 78 sur #10 E 38	Comunidad				1							3204733707	Paola Alfonso
CC	1023975908	Angie Cañon	cr 10 E #20-29 sur	Comunidad								1		2	3229287897	
CC	53166367	Charityn Ballesteros	cra 12 E #21-20 sur	Comunidad		1								1	3242558649	
CC	52471981	Davis Quecan	cll 22 A sur #90 50 E	Comunidad										2	3214812903	Davis Quecan

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 entiendo 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.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

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

Objeto de la reunión: Brigada de AMN, desparasitación y vitaminización
Fecha: 16-04-2026
Lugar: Salon Comunal La Castana
Dependencia: Calle 20 A SUR # 12-20 este.
Hora de inicio: 8:00 am.
Hora de finalización: ____
Modalidad: [X] Presencial [ ] Virtual [ ] Telefónica [ ] Mixta
Nombre del Responsable:

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
C	1021671078	Mariana Mendez	cra 12 f E #21-04 sur	Comunidad		1									3102166727	
C	1033777120	Estefany Mendieta	cll 20 b sur #12 E 35	Comunidad		1									3502413152	
C	53048775	Carmen Sambrano	cra 12 c E #21 50	Comunidad				1							3154500422	
C	1023908888	Yoana Herrera	cll 20 a 5 #12-41 E	Comunidad		1									3138719958	
C	52445816	Claudia Peralta	cll 9 C sur #08-92 E	Comunidad								1	1	1	3202238045	
C	1023946215	Edinson Chaparro	cll 20 B sur #12 E 44	Comunidad				1							3104827657	
	1023877926	Leidy Tocasuche	cll 20 sur #12 b 12 E	Comunidad		1									3158807554	
	52188881	Viana Rincon	cra 12 E #21-79 sur	Comunidad				1					1	4	3184579104	
	52449592	Julia Ibañez	cll 25 sur #10 E 60	Comunidad									1		3143407786	

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 libremente 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.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-FI029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 188520

Objeto de la reunión: Brigada de AMV, desparasitación y vitaminas
Fecha: 16/04/2026
Lugar: Salón comunal la castaña Cra 12c A sur #12-26
Dependencia:
Hora de inicio: ____
Hora de finalización: ____
Nombre del Responsable:
Modalidad: ☐ Presencial ☐ Virtual ☐ Telefónica ☐ Mixta

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL.	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
CC	1028487026	Anny Martinez	cra 12 #21-25 sur	comunidad								1			3226337411	Anny M.
CC	79704498	Rodrigo Pulido	cra 12E #17F 25 sur	Comunidad											3058863392	Alejandro
CC	1021668211	Nicol Molina	cra 11E #25-04 sur	Comunidad				1						1	3115203217	Nicol Molina
CC	1023764471	Julieth Rodriguez	cra 12E #20A 19 S	Comunidad								3		1	3194956478	Julieth R.
CC	1023933296	Viviana Palacios	cll 26B sur #11-30E	Comunidad				2				1		2	3229290347	Viviana P.
CC	41714664	Victoria Palacios	cll 17 C sur #10b 58	Comunidad	1										3112084305	Victoria P.
CC	3162857	Carlos Ospina	cra 12E sur #21-316	Comunidad	1										3144133454	
	1027527460	Paula Ardila	cra 11AE #20b 95 sur	Comunidad				1							3006363604	Paula Ardila
	5199279	Yolanda Mosquera	cll 21 sur #11A 29E	Comunidad										1	3134862870	Yolanda Mosquera

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. Recuerda 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.

Diferencial o Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://guia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sig

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

(CIUDADANÍA, USUARIOS Y / O GRUPOS DE INTERÉS, POLÍTICAS PÚBLICAS Y OTROS)

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 20
Caso HOLA: 188520

Objeto de la reunión: Brigada de AMV, desparasitación y vitaminas
Fecha: 16/04/2026
Lugar: Salón comunal la castaña Calle 20A Sur #12-20E
Dependencia: CyPA — ALSC.
Hora de inicio: 8:00 am.
Hora de finalización: 10:30 am.
Nombre del responsable: Patricia Perez.

Modalidad: X Presencial; ___ Virtual; ___ Telefonica; ___ Mixta

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Nombres y Apellidos (Jurídico o legal)	Nombre identitario	Edad	Sexo			Identidad de género*						Orientación Sexual *					¿Por su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se autorreconoce perteneciente a alguno de los siguientes grupos étnicos?:						¿Se autoreconoce en alguna de las siguientes categorías de discapacidad?:								¿Pertenece a población migrante internacional? (SI/NO)	Correo electrónico - Teléfono de contacto	Firma
				Años cumplidos	Hombre	Mujer	Intersexual	Femenina	Masculina	Trans	No binaria	Otra	Lesbiana	Gay	Bisexual	Heterosexual	Otra	Indígena	Gitano/Rrom	Raizal	Palenquero	Negro, Afrocolombiano,	Ninguno	Física	Auditiva	Visual	Sordoceguera	Cognitiva	Psicosocial	Múltiple	Ninguna			
					CM			CM					FM			FM																		
CC	21046202	Ana Ardila	cll 21 Sur #11b 16E	75				2								2																	3163750614	
CC	53048353	Deisy Chavez	cll 19 Sur #11b-54	41												2																	3143256054	
	1023870956	Alexander Castro	cra 12B #21-73	39										4		1																	3046318990	
	63495197	Luz Daza	cra 12 C E #21 49 Sur	51		1																											3001853171	
	79813869	Logan Rojas	cll 21 Sur # 11-15E	50	1			1																									3123860906	
	52001966	Teresa Ramirez	cll 19 Sur # 11A 65E	62	2			2						2																			3214603504	
	41478785	Ana Rosero	cll 21 Sur # 0-16E	75												2																	3125753447	

* Es opcional para la persona responder este ítem, son categorías de autorreconocimiento dirigidas a personas mayores de edad y se garantiza la privacidad de los datos y su uso será exclusivamente para fines estadísticos.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL	BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLÍNICA	
	Código: / Versión:	

Fecha: 6-04-2026	Hora: 12:00 pm	N.° Consecutivo:
N.° Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia: Alcaldía local / Salón comunal La Castaña.

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

Datos del solicitante

Nombre:	CC:	Teléfono:
Ana Beatriz Romero	41478783	3125733447

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Mili	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐
Edad: 7 años	Color: Blanco y negro	Raza: Criolla	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario		

Datos del lugar/evento

Dirección: Cll 21 sur # 0-16 este	Barrio: Granada Sur	Localidad: SAN CRISTOBAL
Correo electrónico: Adrianeveros@gmail.com	Estrato:	UPZ

Examen clínico general

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

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

		APN	AN	NE			APN	AN	NE
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 CLÍNICOS

Pre Gingivitis en maxilar superior, costras en diferentes partes del cuerpo.

Dx. presuntivo - Alergia x pulga.

Se recomendó manejo anti-pulga ⇒ Credelio 2-8 gato, todo.

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones	
1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Vitaminización.	
4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL	BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLÍNICA	
	Código: / Versión:	

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 ☐ Seguimiento ☐ CES ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123 ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Se envia medicamento para Casa
Credolio de 2.8/Tab como dosis unica

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

Yo,_____ identificado con número de Cédula_____, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: _____ 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 Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Patricia Perez	Patricia	Patricia Gisela Pérez Hidalgo Médico Veterinario RPP 97

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 16-04-2026 | Hora: 11:45 Am | N.° Consecutivo:

N.° Petición / Incidente: | Lugar de Asistencia: Salon comunal la castaña.

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

Datos del solicitante

Nombre: Liliana Piraquive | CC: 1072364249 | Teléfono: 3123046442

Datos del Animal

☐ Canino ☐ Macho | Nombre: Oriana
☑ Felino ☒ Hembra

Edad: 7 años | Color: Carmelo | Raza: Criolla.

☐ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido | ☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario

Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐

Datos del lugar/evento

Dirección: Cra 1 Bis # 22D - 08 Sur | Barrio: Granada Sur | Localidad: SAN CRISTOBAL

Correo electrónico: | Estrato: | UPZ

Examen clínico general

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

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Paciente sin desparasitar - sin Vacunas con Presencia de pulgas sale a calle Vereda la Floriga

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	X
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones
1	Desparasitación Interna Cada mes.
2	Desparasitación Externa Cada mes.
3	Vitaminización.
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 ☐ Seguimiento ☐ CES ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123 ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Paciente felina la cual amerita chequeo médico por medio de examenes de sangre y orina.

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

Yo, _____ identificado con número de Cédula _____, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: _____ 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 Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Patricia Perez		

Apoya y/o Asiste

Nota- Se envia tto. para la casa _①Electrozoo- C polvo oral
_②Mirrapel gatos jarabe.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 16-04-2026	Hora: 11:30 AM	N.° Consecutivo:
N.° Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia: Salon comunal la Castaña.

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

Datos del solicitante

Nombre:	CC:	Teléfono:
Daisy Chavez	53048353	3143256054

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Luna	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐
Edad: 2 años	Color: negro	Raza: criolla.	
☐ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido		☐ De calle ☒ Con propietario ☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: cll 95 sur # 11A-75 esto	Barrio: los Naranjos	Localidad: **SAN CRISTOBAL**
Correo electrónico:	Estrato:	**UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 124.	F.R (R/min): 28	T (°C): 38,8	C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐	
TLLC: +2 Seg.	Pulso: fuerte	Mucosas: Rosa pálido	% Deshidratación:	Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Alopecia - entre el posterior y base de la cola - costras, distención abdominal, salida de parasita por el ano. pulicosis

Dx. presuntivo Alergia a las pulgas

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria	X.	1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Interna		2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.	
4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL	BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLÍNICA	
	Código: / Versión:	

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

Se envio tratamiento para casa
Nitrapel jarabe y Cradolio de 2-8/Tab.

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

Yo,_____ identificado con número de Cédula_____, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: _____ 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 Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Patricia Perez		Patricia Gisela Pérez Hidalgo Médico Veterinario RPP 97

Apoya y/o Asiste

_____