BOGOTÁ | GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-FR09
Versión: 07
Vigencia: 15 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 188529

Objeto de la reunión: Visita de denuncia ciudadana
Fecha: 13-04-2026
Lugar: Carrera 2 # 41 B Sur - 72.
Dependencia: CYPA

Hora de inicio: 10:48
Hora de finalización: 11:40

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

Nombre del Responsable: Miguel Lopez

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	53012873	Catheryn lopez	Ciudadano	Carrera 2H 41B Sur 72											3103296860	
CC	35546433	Yasira Mosquera		ALSC	CYPA				x					x	3123945170	
CC	1023923371	Miguel lopez	—	ALSC	CYPA			x						x	3002935017	
CC	1013583528	Cristian Perez	-11-11	ALSC	Mds Territorio									x	3197429893	

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 ejercer de forma gratuita 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://gestionbogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

Powered by CamScanner

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se recibe visita preventiva en cura de protección contra, evaluando un paciente genero femenino con posible politraumatismo. Refiere paciente entorno de aproximadamente 12 años, herida costo abdominal con puntos reseva de lona zona lumbar y cadera izquierda, se continua proceso con el IDPYBA, protección contra manifiesta no tener el espacio ni recursos suficientes profesional a cargo: Abigail Lyz

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formulario.
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

Powered by CamScanner

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

Fecha: 13/04/26.	Hora: 10:48.	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: Catherin lopez	CC: 53012893	Teléfono: 310329.6860

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino	☒ Macho ☐ Hembra	Nombre:	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐
Edad: 12 años	Color: Blanco-	Raza: French poodle	
☐ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☐ Con propietario	☒ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: CRA 24 #41B sur-72	Barrio: San nicolas 1083	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:	Pulso:	Mucosas:	% Deshidratación: / Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

tetraplejia derecho propiocepción, perdida masa muscular MP
Aumento reflexión ocular bilateral
Hx orina sangre

	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.	
4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

Powered by CamScanner

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

paciente con problemas neurologicos, fe tuapa negra, hernia abdominal

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

Yo, Carlhenyn Lopez identificado con número de Cédula 53012843, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Consulta 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: Carlhenyn Lopez

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Miguel Lopez		

Apoya y/o Asiste

_____

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GD1-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 148520

Objeto de la reunión: Denuncia Ciudadana

Fecha: 13/04/2026

Lugar: Calle 540 Sur #5C-33 E

Dependencia: CYPA

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: ____

Modalidad: X Presencial; Virtual; Telefónica; Mixta

Nombre del Responsable: Miguel Lopez

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	51609027	Denci Cruz	calle 540 Sur #5C34E	Comunidad											3227639974	Denci Cruz
CC	35546033	Yenia Mosquera		ALSC	CYPA				X					X	3123965170	Yenia Mosquera
CC	1023923371	Miguel Lopez	—	ALSC	CYPA			X						X	3002935017	Miguel Lopez
CC	1013883588	Cristian Perez	11-11-11	ALSC	Más Territorio									X	3197429793	Cristian Perez

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.

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

Powered by CamScanner

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza la visita donde la señora Jenny Manifiesta que el IDPYBA Realiza la labor de manejo y recolección del animal. paciente geriatrico jueves 9 abril, en la dirección puntual no se encuentra nadie. se avanza con.

profesional a cargo: Angie Reyes

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el soporte de grabación generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

Powered by CamScanner