ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

UPZ: 4 Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada Med Vet 123
FECHA: Feb 11- 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y manifiesto voluntariamente con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Beneficiario SI	Beneficiario NO	H	M	H	M	RAZA	PESO	VACUNA CANINA	VACUNA FELINA	DESPARASITACIÓN	ANTIRRÁBICA	FIRMA
1	Nini Johanna	Prieto Martinez	52 839 929	322485 3189	N/R	CL57 SUR 81C12 Piso 2	Class 2	Clifford 3 años		X		X			Mest.	11.2				X	
2	11	11	11	11	11	CL57 SUR 81C12 PISO 2	class 2	Tolto 8 a	X					X	Mest	4.1		X			
3	Sandra Milena	Prieto Martinez	52839 931	322788 3496	11	cl57sur 81C12 PISO 1	clas Roma2	Pepa 6 a	X			X			Mest	3.1	X				Sandra Prieto
4	11	11	1	11	11	11 PISO 1	11	Manchas 2 a	X					X	Mest.	5.				X	Sandra Prieto
5	Martha Patrica	Cardona Ocampo	51628 230	321487 5999	11	CL57 sur 81C12 PISO 1	1	DIF 5 a	X			X			Pins cher	3.7	X				
6	11	11	1	11	11	11	11	Prenita 5 m		X	X				Pins cher	2.9				X	
7	Yamile Johanna	Rincon Duarte	52780 082	321340 0692	11	KR77 LUD SOSUR 48	cata lina 2	Tom 1 año	X					X	Mest.	3.8		X			Yamile Rincon
8	11	11	11	11	11	11	11	Hamed 2 a	X					X	Mest.	5.1		X			

C M 3 H 1 F M 4 H Trip 3 Perita 2

10 a 20 1
2 a 10 2

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123
FECHA: Feb 11- 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	C M	C H	F M	F H	RAZA	PESO	VACUNA PUNTA	VACUNA TRIPLE	DESP. INTERNA (mL)	DESP. EXTERNA PUNTA	FIRMA
9	Karla Vivian	Briza Peña	1001.309 031	321285 1174	N/K	cl 44 sur 73c 5	Timiza 3	Muñeca 9 a	X		X				Mest.	9.1	X				
10	11	11	1	11	11	11	11	Dwy 5 a	X		X				Mest.	21	X				
11	Maria Alejandra	Rubio Florez	1.098. 726211	321385 7350	N/K	TV 73 D 38C SUR 24	Carimagua 3	Sirius 8 9m		X		X			Mest.	18				4	
12	Pablo Antonio	Garzon Gomez	1.110 474 308	313895 0323	N/K	Kll e 53 sur 79c 13	Casa blanca 3	Simon 48 dias		X		X			Mest	4.9	X				
13	Nickolas Shneider	Vargas Briza	1030. 688.189	320 468 5295	nickolas shneider13 @gmail.com	KR 73BBIS 26SUR 37	Kennedy oriental 3	Eva 1 año		X				V	Mest.	1.9		X			
14	Sergio Bdo/FU	Zambrano Parra	1022928 735	3194461 10	———	KR 79 D NO 57 SUR 10	El Rubi 2	Mona 5 m.	X		X				Mest	55	X				
15	11	11	11	11	11	1	11	Negra 5 m.	X		X				Mest	6.8	X				
16	Dario	Rodriguez Quintero	79649 018	310689 5687	11	Cl 58 72 B 51	Techo 3	Maylu 2 años	X			X			Mest.	4.9	X				

C M 3 H 4 F M H 1 Trip 4 Perr 6

10 9 20 1

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 1 2 3
FECHA: Feb 11 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación al mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	Sexo C H	Sexo C M	Sexo F H	Sexo F M	RAZA	PESO	VACUNA PENTA	VACUNA TRIPLE	DESP INTERNA TENSEMIDAZOL (ML)	DESP EXTERNA PIPETA	FIRMA
17	Dirio	Rodriguez Quintero	79649 018	310689 5687	11	CL 5B 72 B 51	Techo 3	Toby 11 a	X		.	X			Shih tzu	7.7	X				
18	Manuel Arturo	Gonzalez Bermudez	1000 860 249	320825 8699	mg987802 egmail.com	Cl 4UB BIS SUR 73 A 40	Timiza 3	Thor 3 a	X			X			Mest	12.6	X				manuelGB
	Sandra Milena	D U L C E						FLUFY								9kl					
19	laura Alejandra	Pinzon Peña	1030570 862	319568 6949	—.—	KR 72 R 4A CSUR 45	Timiza 3	Diana 2 a	X		X				Pit bull	24.1	X				Alejandra Pinzón
20	laura Alejandra	11	11	11	11	11	11	Hela 3 a	X				X		Pincher	21				X	Alejandra Pinzón
21	Jenifer 11	Garzon Vargas	53102 808	314235 4012	—.—	TV 78A NO 40F SUR 25	Kennedy central 3	Zeus 1 año	X			X			Pinscher	2.8				X	
22	Maria del pilar	Zambrano Melo	51,859 018	318564 8830	—.—	KR 79 D NO 57 ISUR 10	El RUBI 2	Kira 2 años	X		X				Mest.	17				+	Pilar
23	11	11	11	11	—.—			Rocky 4 años	X			X			Pitbull	23.8				X	

C H 4, C M 2, F H 1, F M 3

Tipo penta: 10 a 25 kg 2; 2 a 10 kg 2

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 1 2 3

FECHA: Feb 11- 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado		C		P		RAZA	PESO	VACUNA		DESP INTERNA	DESP EXTERNA	FIRMA
									SI	NO	H	M	H	M			PENTA	TRIPLE	(TENDENDAZOL (ML))	PIPETA	
24	Cindy Lorena	Espitia Garavito	1007829635	3161788261	—	CL 42 F SUR NO 78 B 05	Timiza 3	Matias 1 año	X					X	Mest	4.8		X			Cindy Espitia
25	11	11		11	—	11	11	Beryl 1 año	X					X	Mest.	3.1		X			Cindy Espitia
26	Mariana	Gutierrez Rodriguez	1000.163.027	3012988706	—	CL 41C SUR 7407	Timiza B 3	Simba 1 año					X		Mest.	3.6		X			MarianaGR
27	Mariana		11	11	11	11	11	Nala 1 año	X				X		Mest.	4.4		X			MarianaGR
28	Luis Fernando	Gutierrez Amador	79404834	3192236630	11	Elle33abis 78g CUSUR	Kennedy Norte 3	Cocada 12a	X		X				Mest.	21.8	X				
29	Jessica Lorena	Castillo Cavieles	1030640.555	3017047833	—	—	11	Josa Miel 5m.		X				X	Perro	7.5		X			JCastillo
30	11	11	11	11	—	11	11	Ramon 5a	X					X	Perro	3.5		X			JCastillo
31	Jenny Fernanda	Roa Rojas	1030680233	3227453121	—	CL 40S SUR NO 74 75	Timiza B 3	Fiona 4a	X		X				Mest.	21	X				Jenny Roa

C M #2 F H 4 H 2 — Trip 6 — Pen 2

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123

FECHA: Feb 11 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	ESTERILIZADO SI	ESTERILIZADO NO	C H	C M	F H	F M	RAZA	PESO	VACUNA PENTA	VACUNA TRIPLE	DESP INTERNA (TRIMESTRAL) (ML)	DESP EXTERNA PIPETA	FIRMA
32	Isabelita	Duarte Sandoval	35325202	3123931129	——	KR77L NO50 SUR 48	Catolina 2	Florentina 2 a	X				X		Mest.	4.3		X			
33	11	11	11	11	11	11	11	Noa 4 añ	X		X				Mest.		X				
34	Judy Natalia	Muñoz Tique	1.016.086.505	3127578415	11	KR73B43 A SUR 16	Timiza 3	Gringo 4 añ	X					X	Mest.	4.2		X			
35	11	11	1	11	11	11	1	Joe 2 m		X			X		Mest.	1.5		X			
36	Sandra Yackelin	Pinzon Salcedo	1030.519541	3164532712	11	KR78B36 SUR 21	Kennedy Central 3	Chesee cake 5 m.		X			X		Mest	2.3		X			
37	11	11	11	11	11	1	11	Neon 1 a	X					X	Mest.	4.1		X			
38	Carlos Wellyd	Sierra	1916863	3124675190	11	CL 44SUR 73C05	Timiza B 3	Abril 12 a	X		X				Mest.	17.2					
39	11	11	11	11	11	11	11	Toby 7 a	X			X			Mest	16.7	X				

C F TRIP PEN

M 1 M 2 6 2

H 2 H 3

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123
FECHA: Feb 11 - 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Beneficiario SI	Beneficiario NO	C SI	C NO	P SI	P NO	RAZA	PESO	VACUNA PERRA	VACUNA TRIPLE	DESP. INTERNA PERRA	DESP. INTERNA GATA	FIRMA
40	Yelsy	Ruiz Diaz	51584 300	320244 0669	—	cl 43A sur 73c 3	Timiza 3	lulu 8 a	X		X				Pins Cher	5.4	X				
41	"	"	"	"	—	"	"	Tico 8 años	X		X				Pibs Cher	4.5	X				
42	Valentina	Parrago Acevedo	1000493 955	318 420 9813	—	cl 43 bis sur 73c 3	Timiza 3	Ramona 12 a	X		X				Pit bull	19.3				X	
43	"	"	"	"	—	"	"	leon 9 a	X			X			Mest.	23.1				X	
44	Heliria	Duarte Ordoñez		312479 3004	—	Kr 73 43 sur 40	Timiza 3	lola 11 a	X		X				Pogg	7.1	X				
45	David Alejandro	Galviz Osorio	1032467 061	350364 8696	—	Tr 73 43 sur 40	Timiza 1 3	Papayuela 12 a	X			X			Mest	3.6				X	
46	Ramon	Brias Brias	4.885. 391	312403 5296	—	cl 43 bis A sur 73 b 27	Timiza 3	Yosy 7 añ	X			X			Pinscher	5.1	X				
47	"	"			—	"	"	Dulce 3 a		X	X				Pinscher	3.4	X				

C H 3 H 1 TIP Pen 5

Gato 1
11925 2

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123

FECHA: Feb 11 - 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	C H	C M	S H	S M	RAZA	PESO	VACUNA PENTA	VACUNA TRIPLE	DESP INTERNA (MEBENDAZOL (ML))	DESP EXTERNA PIPETA	FIRMA
48	lina Teresa	Mateus Diaz	53107 998	316806 9406	—.—	KR72L39A SUR85	casma sur 3	Dolam 2 a	X					X	Mest.	5.1		Y			
49	11	11	1	11	11	11	11	Horus 3 a	X					X	Mest.	3.3		Y			
50	Diego Alejandro	Perez Beltran	1.013. 096.114	322440 9105	11	CL 44 BSUR 73006	Timiza B 2	Tobias 9 m		X				X	Mest	3.1		Y			
51	11	11	11	11	11	11	11	Sam 1 año	X					X	Mest.	3.		Y			
52	orlando	Romero	79143 935	312324 0869	11	CL 43B15 BSUR N073 A 45	Timiza B 3	Osy 9 m		X				X	Mest.	3.7 K		Y			
53	Leidy Falsury	Rincon Corredor	1076716 081	313235 6112	11	KR80D 07383	Ciudad Techo 2 2	Gala 3 m		X			X		Mest.	17		Y			
54	11	11	1	11	11	11	1	Drako 3 años		X		X			Border colly	22	X				
55	Gloria	Rey	39752 788	302844 9230	1	CL 42F SURNO783 05	Timiza 3	Paco 1 a	X					X	Mest	4.3		Y			

C F TVD Perr

M 1 H 6 7 1

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 806 DE 2025
TIPO DE JORNADA: Etapa 123

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3
FECHA: Feb 11 2026 | OPERADOR: CONSORCIO FYBA 2025 2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario ha comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación al mi animal de compañía, se me ha brindado suficiente información sobre las posibles reacciones adversas, y accidentes relacionados con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante conforma a la Ley 1581 de 2013 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Ambiente y para la ejecución de la misma, cualquier dato suministrado es real, completo, exacto, actualizado y verificable.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado al medicamento a mi animal de compañía

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	BARRIO / LOCALIDAD	NOMBRE PACIENTE Y RAZA	Antirrabica						ESPECIE	RAZA	EDAD					OBSERVACIONES
56	Gloria	Rey	39.752 788	302 844 9230	—	El Hoyo Cra. 80 #38-35 Bos	Timiza 3	Oliver 6 m	X					X	Mest		12		X			
57	Gladiz	Robayo De Abril	41509. 898	311856 3420	—	KR 73 44 Sur Bos	Timiza 2	Luna 10 a	X		X				Mest.		62	X				
58	Nicolas Esteban	Rubiano caballero	1030.531 932	300 783 9770	—	KR 73A 86 44 Sur 19	Timiza B 3	Eitan 4 m		X		X			Pit Bull		11.1	X				
59	Diana	Vera Cadena	51704 828	320361 8200	—	KR 73 A B/s 43A Sur 33	Timiza B 2	Lupe 9 a	X		X				Mest		6.3	X				
60	11	11	11	11	11	11	11	Yango 2 a	X			X			Mest		84	X				
61	Maria Benilda	Rojas Archila	41623 461	N/R	—	Cl 44 Sur 73c 22	Timiza B 3	Doky	X			X			Mest		66	X				
62	Mario Pilar	Preciado	51955 325	316817 7936	—	KR 73B B/s 43D Sur 8	Timiza 3	Perro 7 a		X		X			Mest		162	X				
63	11	11		11	11	11	11	Criollo 6 años			X				Mest		252			X		

C F
M 4 M 1
H 3 H

Timiza 1

Perros 6

25 a 69 1

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Diurno 123
FECHA: Feb 11 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	C H	C M	P H	P M	RAZA	PESO	VACUNA PUPPA	VACUNA TRIPLE	DESP. INTERNA PROFILAXIS (MES)	DESP. EXTERNA PUPPA	FIRMA
64	Maria Olga	Camacho Martinez	51772 860	310577 7801		KR178 m 58 SUR 50	El Rubi 3	Mono 2 a	X					X	Mest.	5.1		X			
65	11	11	11	11	11	11	11	Negro 2 a	X					X	Mest	6.5		X			
66	Leidy Sohana	Dias Camacho	1.024. 466.343	318551 1934	11	CL57 1 SUR N078 m18	El Ruba 3	Doggy 4 m		X.		X			Mest.	7.3	X				
67	11	11		11	11	11	11	Milo 1 a	X					X	Mest	5.		X			
68	Eliana Judith	Serna Sandoval	52291 686	320546 0892	11	CL57 1 SUR N078 m18	El Ruba 3	Mono 4 m		X				X	Mest.	4		X			
69	11	11	1	11	11	11	11	Princesa 3 m		X				X	Mest	1.7		X			
70	Natalia	Reyes Albanil	1193 552 090	302 229 2980	11	KR 78 m 58 SUR 50	El Rubi 3	Coffe 9 m		X				X	Mest.	24		X			
71	11	11		1	11	11	11	Bebe 1 año	X					X	Mest.	4.1		X			

C M 1 H
F H 4 3
Trip 7
Pen 1

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123

FECHA: Feb 11 - 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	C H	C M	P H	P M	RAZA	PESO	VACUNA PUNTA	VACUNA TRIPLE	DESP. INTERNA	DESP. EXTERNA	FIRMA
72	Joan Sebastian	Camargo Rojas	1.014.666.662	312 372 1052	N/R	KR 77H NO 57C SUR 03	Nueva Roma 2	Zoe 4 m.		X			X		Mest.	1.4		Y			
73	Blanca Dulia	Nuñez Wilches	51736626	312527 2937	N/R	CL 42 G SUR 78A 10	Pastrana 3	Lorenzo 10 a	X					Y	Mest.	4.7				Gato	BNW
	ANULADO				N/R.			DNU			LD				DU						
74	Giannini Pardo	Sanches Mosquera	1.074.021.301	316387 9328	N/R	KR 78 B 47A SUR 40	Nueva Roma 3	Hans 4 a	X			X			Husky	30.1	X				
75	11	11		11	N/R			Luna 5 a.		X	X				Mest	8.5	X				
76	Oscar Alejandro	Vargas Paez	1015 443 581	313873 7904	N/R	CL 41 b SUR 78 C 19	Timiza C 3	Paquito 5 años	X					X	Mest	3.9		Y			
77	11	11	11	11	N/R	11	11	Paquita 5 a.	X					Y	Mest.	2.9		Y			
78	Flor Marina	Martin Marti	51.791 852	310646 9966	N/R	CL 41 B SUR N078 C19	Timiza 2	Odin 7 a	X		X				Mest.	21.1	X				

C M 1 H 2 | P H 3 | Perr. 3 | Gato 1

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA ESTRATO 1, 2 Y 3
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 123
FECHA: Feb 11 - 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)
CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

Con la firma certifico se ha aplicado o administrado el medicamento a mi animal de compañía.

#	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	ESTRATO Y BARRIO	NOMBRE PACIENTE Y EDAD	Esterilizado SI	Esterilizado NO	C H	C M	F H	F M	RAZA	PESO	VACUNA PENTA	VACUNA TRIPLE	DESP INTERNA TENSENDAZOL (ML)	DESP EXTERNA PIPETA	FIRMA
79	Flor Marina	Martin Martin	51.791 852	310 646 9966	—	CL 41 B SUR NO 78 C 19	Timiza 2	Maya 6 a	X		X				Mest.	16B	Y				
80	Kevin Santiago	Vanegas Novoa	1023 364286	312807 6760	—	KR 77 R NO 48 D SUR 37	Socque line 2	Kira 6 a	X		X				Pitbull	22.8	X				
81	11	11	11	11	11	11	11	Dpolo 1 a	X					X	Mest.	3.6		X			
82	Sandra Soraya	Guacheta Villegas	38.070 412	322709 1032	11	CL 53 SUR NO 79 C 13	Casa blanca 3	Keyla 9 a	X		X				Mest.	16	Y				
83	Camilo Esteban	Paz Camelo	1000-516 311	320490 5667	11	CL 53 SUR NO 79 C 13	Casa blanco 3	Mara 4 a	X		X				Mest	14	X				
84	Julieth Alejandra	Fuentes Vanegas	1007. 866.295	315305 5264	11	CL 41 SUR 78 C 19 1	Timiza 3	Dpolo 1 an		X				X	Mest.	3.1		Y			
85	11	11	11	11	1	1	1	Neron 7 m		X	X				Mest.	6	Y				
86	Maria Esperanza	Ambroso De Murcia	41.617 053	310478 8068	11	KR 74 NO 40 SUR 32	Timiza 3	Dubai 10 a	X					X	Mest.	4		Y			

C H 1 4 M 1 F H 4 M 3 Trio 3 Pan 5

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY
BRIGADA MÉDICA VULNERABILIDAD
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 800 DE 2025

KENNEDY | UPZ: Timiza | ESTRATO: 2 y 3 | TIPO DE JORNADA: Brigada 1 2 3

FECHA: Feb 11- 2026 | OPERADOR: CONSORCIO PYBA 2025-2

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN: A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (En caso de que se aplique vacuna)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: El firmante 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.

En caso de que se realice entrega de los medicamentos se consignaran en el presente formato y con la firma se certifica que se estan entregando o aplicando dichos medicamentos.

CONDICION	NOMBRE	APELLIDO	CC	FIJO / CELULAR	e-mail	DIRECCIÓN	NOMBRE PACIENTE/ ESTERILIZADO SI O NO	EDAD Y COLOR	C M	C H	F M	F H	RAZA	PESO	DESP EXT	DESP INT	OTROS MEDICAMENTOS	HALLAZGOS	FIRMA
37	Maryan Daniela	Cubillos Padilla	1.016 096.007	300 300116 4860	— —	Salon comunal Timiza	Coco si	Cafe Negro 4a	X				Mest	14			X		Rescatado	Danielac
38	11	11	11	11	11	11	Polo si	Negro 4a		X			Mest	16			X		Rescatado	Danielac.
39	11	11	11	11	11	11	Foxi si	Cafe 4a	X				Mest	14			X		11	Danielac
70	11	11	11	11	11	11	Dixia si	Negra 8a		X			Mest	12			X		11	DanielaC
71	11	11	11	11	11	11	Ragnar 6 si	Naranja 6a				X	Mest	4			X		11	Danielac
72	11	11	11	11	11	11	Copito si	Blanco 6a				X	Mest	36			X		11	Danielac

C M 2 #2

F M #2

10 9 2 0 4

Gatos 2

Powered by CamScanner