INFORME DE ACTIVIDADES

NÚMERO DE INFORME	INFORME No 01
PERIODO DE SEGUIMIENTO	30 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO 2026
FECHA DE ELABORACIÓN	19 DE MAYO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LADY PAOLA DIAZ CARDENAS**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**PAULA FERNANDA PINTO QUINTERO DIRECTORA LOCAL DE SALUD**
NÚMERO DE PROCESO	MG-CPS-078-2026
NUEMRO DE CONTRATO	CO1.PCCNTR.9242617
VALOR A COBRAR	Tres millones ($3'000.000) M/CTE

Mediante el presente informe me permito allegar las actividades que realizare en este período.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	CUMPLIMIENTO	ANEXOS
1. Realizar esterilizaciones de caninos y felinos en condición de abandono y/o vulnerabilidad en el municipio de Guateque.	Se realizó 13 cirugías de esterilización de caninos y felinos del municipio de guateque y se soporta con acta de entrega de las historias clínicas, foto fichas otorgada en la DLS y fotos	ANEXO Nº1
2. Fortalecer el proyecto de tenencia responsable, para el control de la población de mascotas del municipio con el fin de mitigar afectaciones en salud pública y medio ambiente.	La contratista proporcionó guacales para transporte de caninos en condición de calle para ser albergados en el CBA en el marco de la vuelta capacita permanentemente a la Sra. Claudia, responsable del manejo del albergue para mitigar impacto sobre la salud pública y medio ambiente	ANEXO No 2
3. Brindar atención de primeros auxilios y atención básica a los caninos y felinos en condición de abandono y/o vulnerabilidad en el municipio de Guateque	La contratista atendió 9 atenciones médicas para caninos del CBA y en condición de calle del municipio de guateque y se soporta con las fichas otorgadas por la DLS y acta de entrega historias clínicas que reposan en el archivo de la oficina se evidencia el anexo 3	ANEXO No 3
4. Realizar el suministro de medicamentos, antirrábicos y otros productos cuando sea requerido para el cuidado de	La contratista proporción desparasitante Edo dog y cat 250 ml y sus jeringas desechables para 63 caninos de aproximadamente 20 kg de la población	ANEXO Nº 2, 3 y 4

menores en condición de abandono.	se provee los medicamentos de las atenciones y esterilizaciones y se evidencia en cada historia clínica que reposa en los archivos de la DLS con sus fichas y se especifica en la tabla del anexo 4	
5. Prestar atención de urgencias veterinarias a los casos que se presenten en el municipio cuando se requiera.	Se prestó el servicio de atención veterinaria a 9 usuarios que requirieron el servicio	ANEXO Nº5
6. Promover jornadas de esterilización en el municipio de guateque.	La contratista permanentemente está promoviendo las esterilizaciones a los habitantes del municipio	ANEXO Nº6
7. Apoyar la generación de contenidos con información y registro audiovisual o fotográfico para el área de Comunicaciones y boletín de noticias relevantes asociadas a las actividades relacionadas al objeto contractual y coadyuvar en la difusión de información y noticias relevantes de su dependencia y el municipio de Guateque.	Se apoyó con presencia a la sesión del concejo municipal el día 10 de febrero para dar respuestas a las inquietudes de los miembros presentes se evidencia en el anexo 7 Se adjunta tabla Excel detallado de cada atención del mes de febrero con un total de 23 fichas de atenciones en el anexo 4	Anexo No 4 y 7

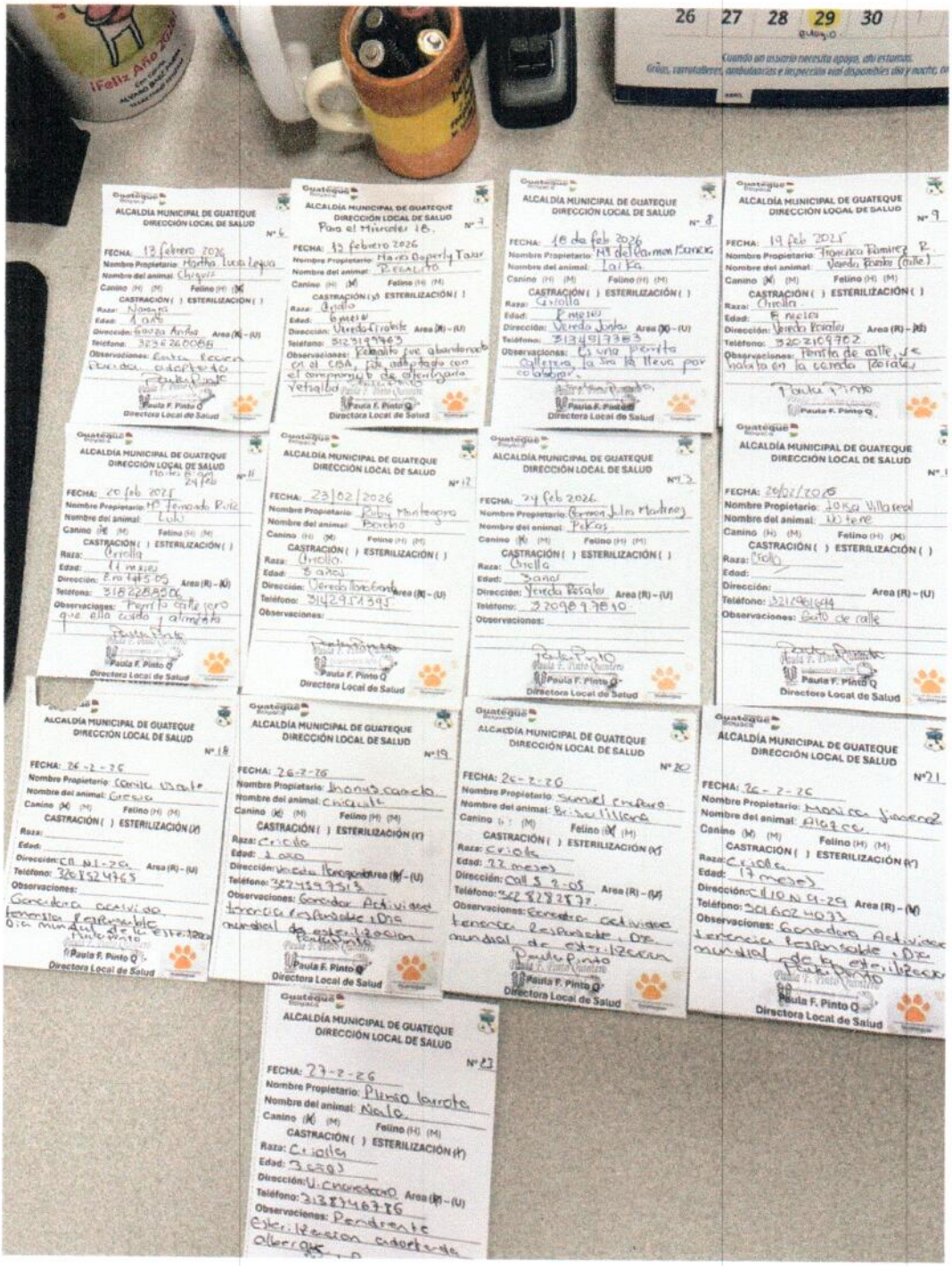
Adjunto a este informe el pago de mi seguridad social referente al mes de febrero con número de la planilla N° 9499968922

LADY PAOLA DIAZ CARDENAS

C.C. 46382368 de Sogamoso

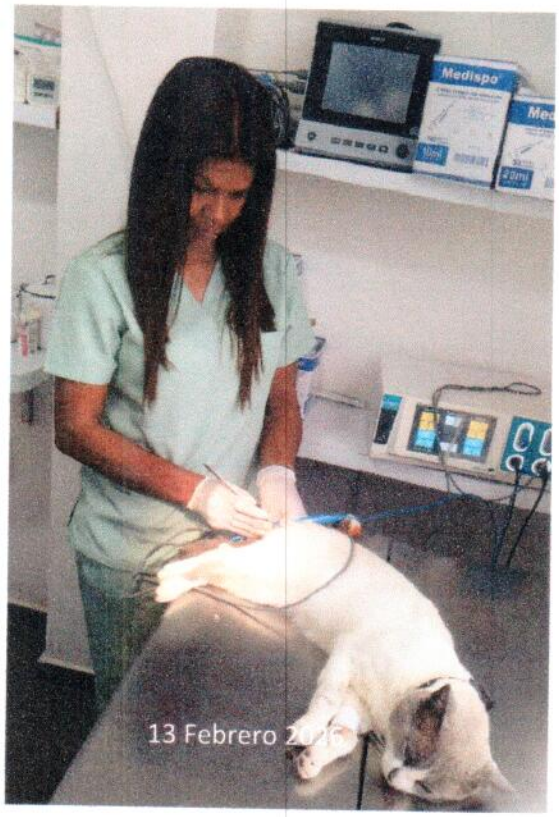
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ANEXO 1




13 Febrero 2026


13 Febrero 2026


Medispo
13 Febrero 2026









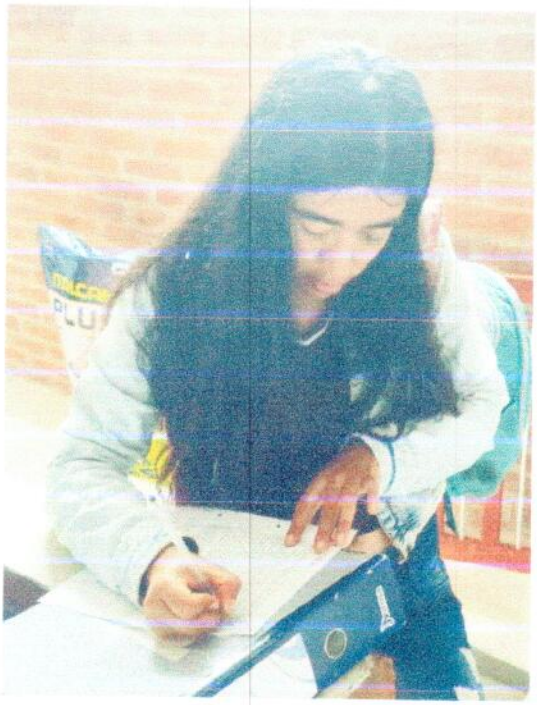








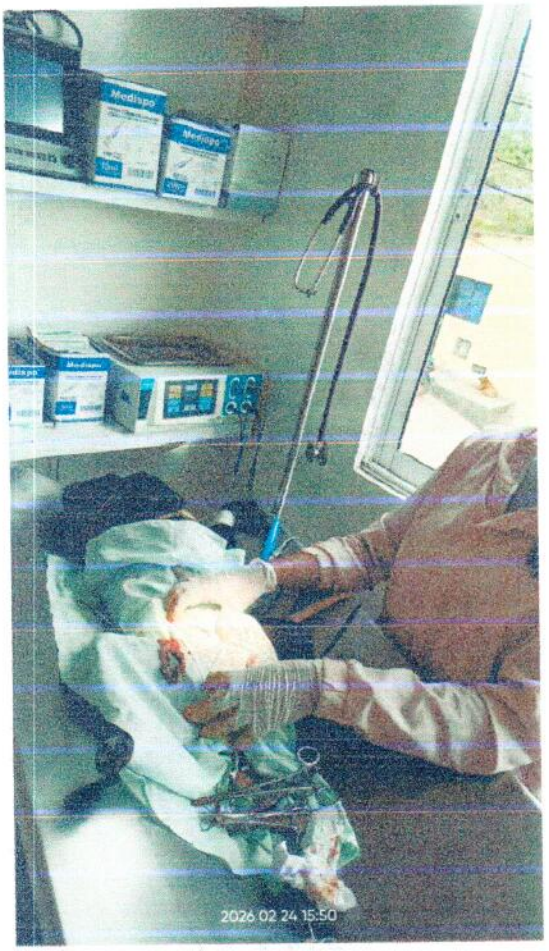


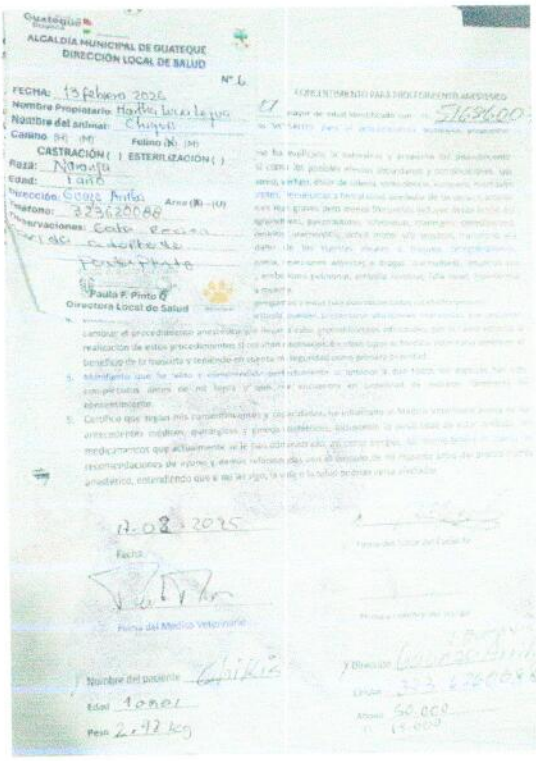



2026 02 19 08:26




2026 02 26 12:12





Guateque

ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

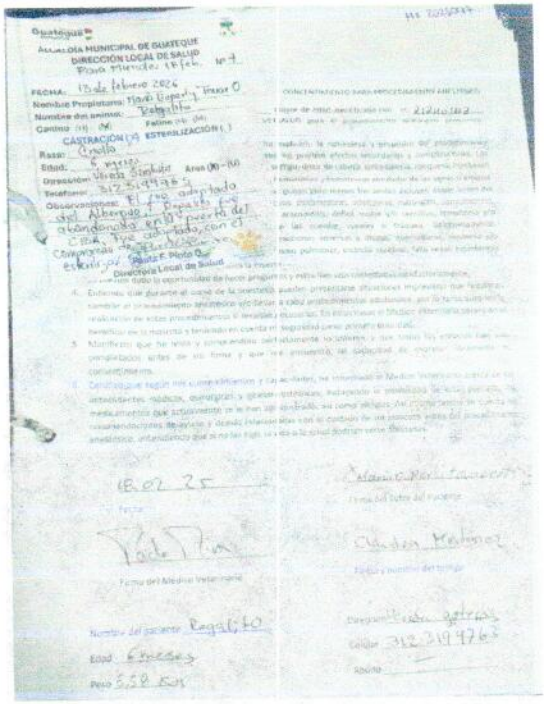
N° 6

FECHA: 13 febrero 2026
Nombre Propietario: Hadlin Lorena Lagos
Nombre del animal: Chiqui
Canino (X) (M) Felino (X) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Mestiza
Edad: 1 año
Dirección: Calle Arriba Area (X) – (U)
Teléfono: 3236280088
Observaciones: Costo Rescate
Paula F. Pinto O
Directora Local de Salud

17-02-2026
Fecha

Firma del Médico Veterinario

Nombre del paciente: Chiquita
Edad: 1 año
Peso: 2,92 kg



Guateque

ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

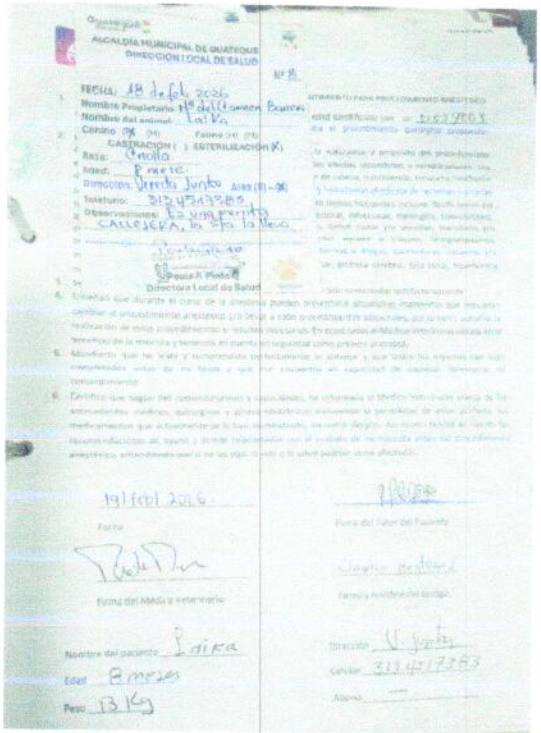
N° 7

FECHA: 13 de febrero 2026
Nombre Propietario: Nora Lopez
Nombre del animal: Regalito
Canino (X) (M) Felino (X) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Criolla
Edad: 6 meses
Dirección: Vereda Sinkuta Area (X) – (U)
Teléfono: 312 5199763
Observaciones: El fue adoptado del Albergue y fue abandonado en la puerta del CDA, fue castrado, con el Compromiso de esterilizar
Paula F. Pinto O
Directora Local de Salud

18-02-26
Fecha

Firma del Médico Veterinario

Nombre del paciente: Regalito
Edad: 6 meses
Peso: 5,58 Kg



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 8

FECHA: 18 de feb 2026
Nombre Propietario: Ma del Carmen Bueno
Nombre del animal: Laika
Canino (X) Felino ( ) Edad: 8 meses
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN (X)
Raza: Criolla
Edad: 8 meses
Dirección: Vereda Junco Área (R) – (U)
Teléfono: 3134573783
Observaciones: Es juguetona
CALLOSIDAD, los 3 de la Mano

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo Ma del Carmen Bueno mayor de edad identificado con cc 1163780[illegible] autorizo a el Centro Médico Veterinario VETSALUD para el procedimiento quirúrgico propuesto: [illegible]

1. La Médica Veterinaria Lady Paola Téllez me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, en mi mascota así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos más comunes son dolor, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, congestión, inflamación de tejidos blandos, lesión de los labios y dientes, hemorragias y emocional alrededor de las áreas o anestesia. Dislocaciones, entre otras. Las complicaciones más graves pero menos frecuentes incluyen daño del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, sensoriales, neurológicas, convulsiones), lesión del sistema nervioso periférico, trauma, anafilaxia, daño renal, daño renal, daño hepático, daño definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasmo, broncoespasmo, broncoaspiración, neumonía, reacciones alérgicas a drogas, quemaduras, lacerarse, un infarto del miocardio, trombosis arterial, embolismo pulmonar, embolia cerebral, falla renal, hipertermia maligna, para cardiorespiratorio y hasta la muerte.
2. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos o resultan necesarios. En estos casos el Médico Veterinario obrara en el beneficio de la mascota y teniendo en cuenta su seguridad como primera prioridad.
4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
5. Certifico que según mis consentimientos y capacidades, he informado al Medico Veterinario acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstetricios incluyendo la posibilidad de estar preñada, los medicamentos que actualmente se le han administrado, así como alergias. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con el cuidado de mi mascota antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, la vida o la salud podrían verse afectadas.

19 Febrero 2026
Fecha

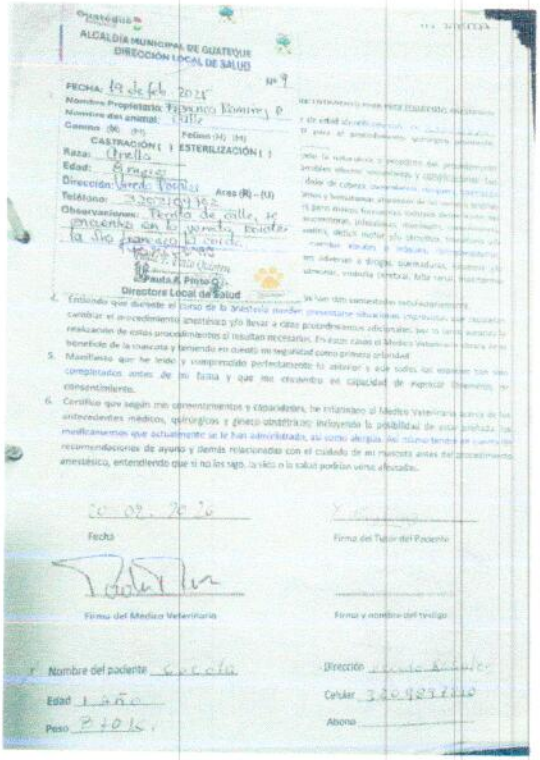
Firma del Médico Veterinario

Firma del Tutor del Paciente

Cinglia Medina
Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente Laika
Edad 8 meses
Peso 13 Kg

Dirección V [illegible]
Celular 313 457 3783
Abono ____



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 9

FECHA: 19 de feb 2026
Nombre Propietario: Fabiana Ramirez P.
Nombre del animal: Lulu
Canino (X) Felino (X)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Criolla
Edad: 8 meses
Dirección: Vereda Pantano Área (R) – (U)
Teléfono: 3209194365
Observaciones: Perrita de calle, se encuentra en la vereda Pantano la Sierra Francisco el Cerro

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

1. Yo Fabiana Ramirez P. mayor de edad identificado con cc 1.[illegible] autorizo a el Centro Médico Veterinario VETSALUD para el procedimiento quirúrgico propuesto: Esterilización
2. La Médica Veterinaria Lady Paola Téllez me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, en mi mascota así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos más comunes son dolor, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, congestión, inflamación de tejidos blandos, lesión de los labios y dientes, hemorragias y emocional alrededor de las áreas o anestesia. Dislocaciones, entre otras. Las complicaciones más graves pero menos frecuentes incluyen daño del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, sensoriales, neurológicas, convulsiones), lesión del sistema nervioso periférico, trauma, anafilaxia, daño renal, daño renal, daño hepático, daño definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasmo, broncoespasmo, broncoaspiración, neumonía, reacciones alérgicas a drogas, quemaduras, lacerarse, un infarto del miocardio, trombosis arterial, embolismo pulmonar, embolia cerebral, falla renal, hipertermia maligna, para cardiorespiratorio y hasta la muerte.
3. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos o resultan necesarios. En estos casos el Médico Veterinario obrara en el beneficio de la mascota y teniendo en cuenta su seguridad como primera prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis consentimientos y capacidades, he informado al Medico Veterinario acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstetricios incluyendo la posibilidad de estar preñada, los medicamentos que actualmente se le han administrado, así como alergias. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con el cuidado de mi mascota antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, la vida o la salud podrían verse afectadas.

20 02 26
Fecha

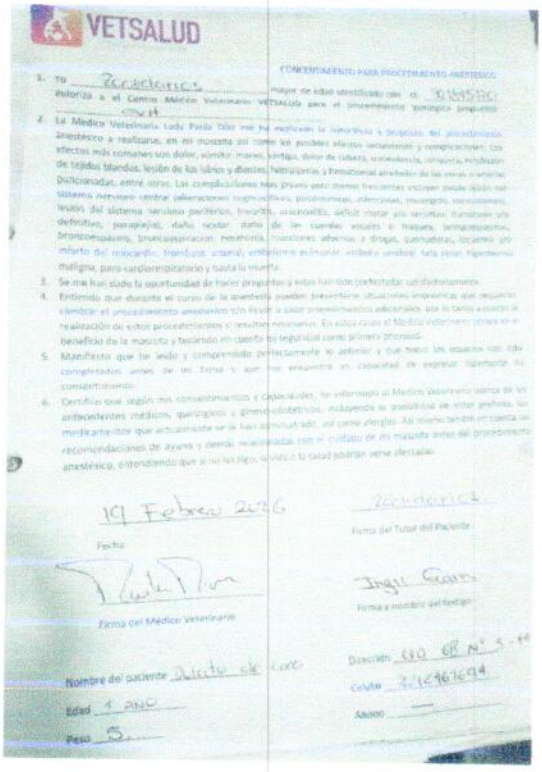
Firma del Médico Veterinario

Firma del Tutor del Paciente

Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente Cupcake
Edad 1 año
Peso 7 kg

Dirección [illegible]
Celular 3209837110
Abona ____



VETSALUD

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

1. Yo Zeus Valencia mayor de edad identificado con cc 1.[illegible] autorizo a el Centro Médico Veterinario VETSALUD para el procedimiento quirúrgico propuesto: Cirugía
2. La Médica Veterinaria Lady Paola Téllez me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, en mi mascota así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos más comunes son dolor, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, congestión, inflamación de tejidos blandos, lesión de los labios y dientes, hemorragias y emocional alrededor de las áreas o anestesia. Dislocaciones, entre otras. Las complicaciones más graves pero menos frecuentes incluyen daño del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, sensoriales, neurológicas, convulsiones), lesión del sistema nervioso periférico, trauma, anafilaxia, daño renal, daño renal, daño hepático, daño definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasmo, broncoespasmo, broncoaspiración, neumonía, reacciones alérgicas a drogas, quemaduras, lacerarse, un infarto del miocardio, trombosis arterial, embolismo pulmonar, embolia cerebral, falla renal, hipertermia maligna, para cardiorespiratorio y hasta la muerte.
3. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos o resultan necesarios. En estos casos el Médico Veterinario obrara en el beneficio de la mascota y teniendo en cuenta su seguridad como primera prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis consentimientos y capacidades, he informado al Medico Veterinario acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstetricios incluyendo la posibilidad de estar preñada, los medicamentos que actualmente se le han administrado, así como alergias. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con el cuidado de mi mascota antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, la vida o la salud podrían verse afectadas.

10 Febrero 2026
Fecha

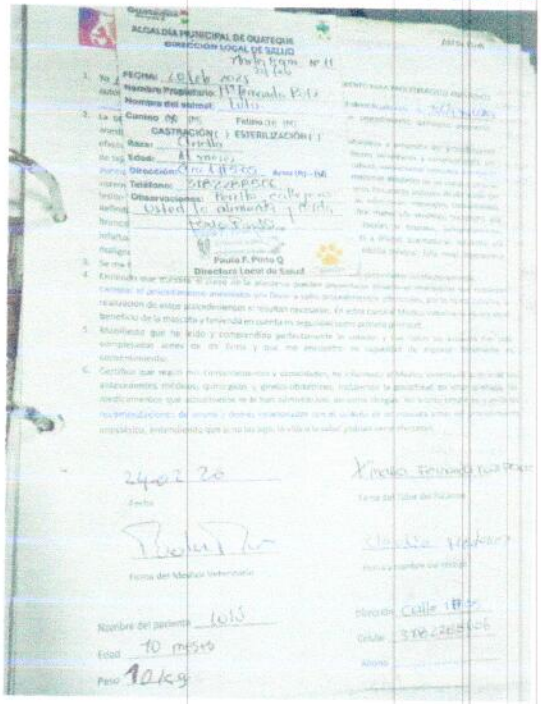
Firma del Médico Veterinario

Zeus Valencia
Firma del Tutor del Paciente

Angie Cuervo
Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente Dueto de Cane
Edad 1 año
Peso 5 ____

Dirección Cra 6B Nº 5-44
Celular 3214967694
Abono ____



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 11

FECHA: 19 feb 2026
Nombre Propietario: Fernando Pinto
Nombre del animal: Lulu
Canino (X) Felino ( )
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Criolla
Edad: 10 meses
Dirección: Cra 6 #8-26 Área (R) – (U)
Teléfono: 3182728826
Observaciones: Perrita cachorra
Usted fue abandonada y [illegible]

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

24 02 26
Fecha

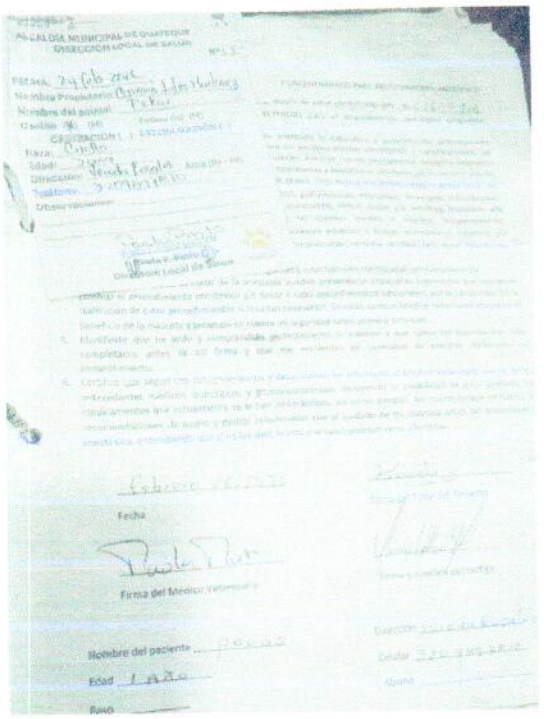
Firma del Médico Veterinario

Firma del Tutor del Paciente

Cinglia Medina
Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente Lulu
Edad 10 meses
Peso 10 kg

Dirección Calle 11 #7-
Celular 3182728826
Abono ____



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 13

FECHA: 24 feb 2026
Nombre Propietario: Cristina Isabel Ibañez
Nombre del animal: Toby
Canino (H) (M) Felino (H) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Criollo
Edad: 2 años
Dirección: Vereda Pangola Area (R) - (U)
Teléfono: 3 [illegible]
Observaciones:

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

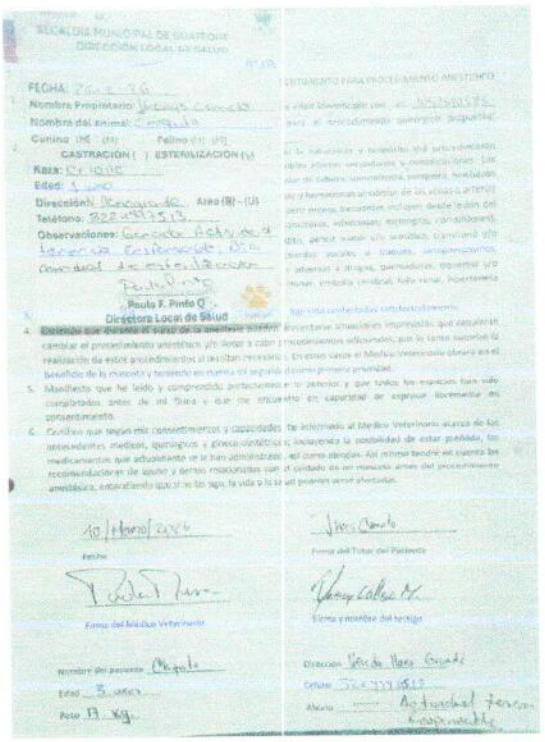
Fecha

Firma del Médico Veterinario

Nombre del paciente
Edad
Peso

Firma del Tutor del Paciente

Dirección
Celular
Abono



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 12

FECHA: 26-2-26
Nombre Propietario: Yeison Camelo
Nombre del animal: Chapulo
Canino (H) (M) Felino (H) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN (X)
Raza: Criollo
Edad: 3 años
Dirección: Vereda Alto Area (R) - (U)
Teléfono: 3224937513
Observaciones: Conocido Acha de la tercera Esterilidad, OK

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o tener o citar procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el Médico Veterinario obrará en el beneficio de la mascota y tendrá en cuenta la seguridad como primera prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades he informado al Médico Veterinario acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos relevantes a la posibilidad de estar gestada, los medicamentos que actualmente se le han administrado, así como alergias. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con el cuidado de mi mascota antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, la vida o la salud podrían verse afectadas.

10 febrero 2026
Fecha

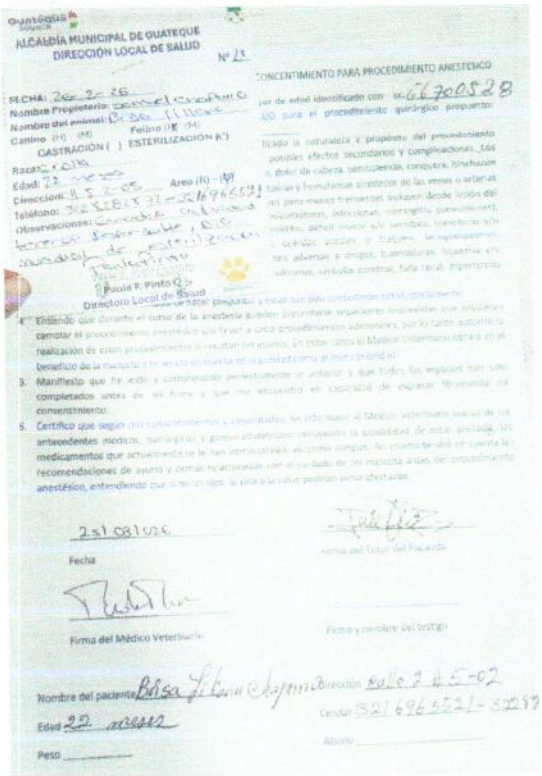
Firma del Médico Veterinario

Firma del Tutor del Paciente

Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente: Chapulo
Edad: 3 años
Peso: 19 kg

Dirección: Vereda Hato Grande
Celular: 321 777 1513
Abono: Actividad Terapéutica Responsable



Guateque
ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº 11

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

FECHA: 26-2-26
Nombre Propietario: Jennel Cristina Q
Nombre del animal: Bruno Lluvia
Canino (H) (M) Felino (H) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN (X)
Raza: Criollo
Edad: 23 meses
Dirección: Vereda Alto Area (R) - (U)
Teléfono: 3125337 - 3216965321
Observaciones: Conocido Chapulo
Tercera Esterilidad, OK
Mundial de Fútbol 2026
Tentativo

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

por de edad identificado con C.C. 1.670528
AO para el procedimiento quirúrgico propuesto:

licado la naturaleza y propósito del procedimiento
potables efectos secundarios y complicaciones. Los
o dolor de cabeza, somnolencia, conjuntivitis,
lovias y hematomas alrededor de las venas o arterias
es para mayor frecuencia, incluyen desde leión del
nocimientos, infecciones, neumonía, convulsiones,
muerte. Dentro mismo sitio también, trastornos vía
ortes, pérdida parcial o temporal, las representadas
ones adversas a drogas, cuantitativas, toxemia y/o
adrenal, embolia cerebral, falla renal, hipertensión

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o tener o citar procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el Médico Veterinario obrará en el beneficio de la mascota y tendrá en cuenta la seguridad como primera prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades he informado al Médico Veterinario acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos relevantes a la posibilidad de estar gestada, los medicamentos que actualmente se le han administrado, así como alergias. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con el cuidado de mi mascota antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, la vida o la salud podrían verse afectadas.

25/08/2026
Fecha

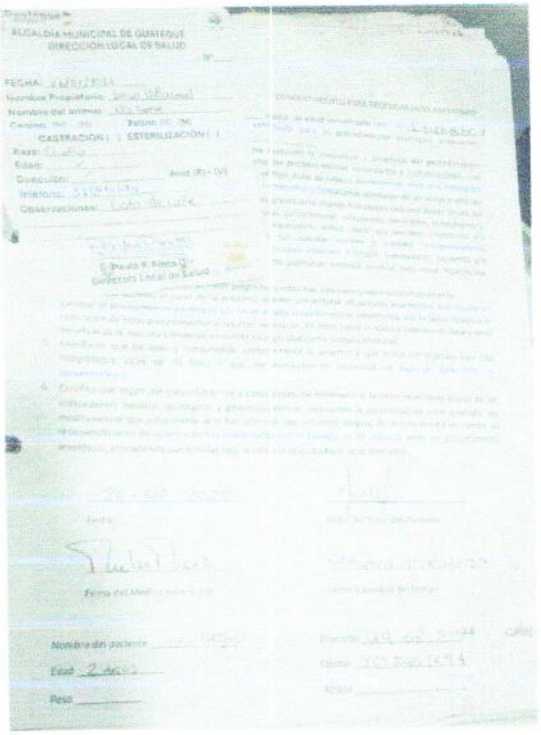
Firma del Tutor del Paciente

Firma del Médico Veterinario

Firma y nombre del testigo

Nombre del paciente: Brisa Liliana Chapumia
Edad: 22 meses
Peso

Dirección: Calle 2 # 5-02
Celular: 321 696 5321 - 3225[illegible]
Abono



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Nº

FECHA: 26/02/2026
Nombre Propietario: Jesus Sabogal
Nombre del animal: Lola Canina
Canino (H) (M) Felino (H) (M)
CASTRACIÓN ( ) ESTERILIZACIÓN ( )
Raza: Criollo
Edad: 2
Dirección:
Teléfono: 3125[illegible]
Observaciones: Lola de Jesus

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

Firma del Médico Veterinario

Nombre del paciente
Edad 2 Años
Peso

Celular
Abono

ANEXO 2


28 de feb 2026 19:03
Cl. 12 #984, Guateque, Boyacá
Timemark
Foto 100% Real
© GYM4Y12AADM1LC Timemark Verified

ANEXO 3









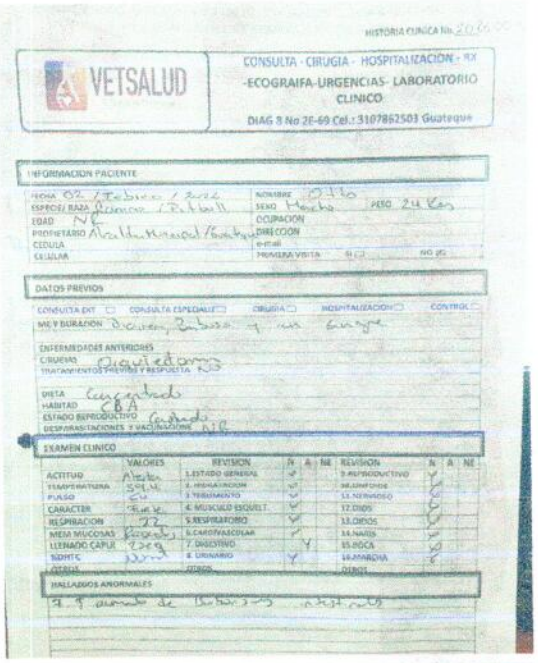





2026 03 03 16:09


2026 02 23 11:28





VETSALUD

CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
-ECOGRAIFA-URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO
DIAG 3 No 2E-69 Cel.: 3107862503 Guatequé

INFORMACION PACIENTE

DATOS PREVIOS

CONSULTA EXT ☐ CONSULTA ESPECIALIZ ☐ CIRUGIA ☐ HOSPITALIZACION ☐ CONTROL ☐

ENFERMEDADES ANTERIORES

EXAMEN CLINICO

	VALORES	REVISION	N	A	NE	REVISION	N	A	NE
ACTITUD	Alerta	1.ESTADO GENERAL	✓			9.REPRODUCTIVO	✓		
TEMPERATURA	39,4	2. HIDRATACION	✓			10.LINFONOS	✓		
PULSO	54	3.TRAUMATISMO	✓			11.NERVIOSO	✓		
CARACTER	Fuerte	4. MUSCULO ESQUELT	✓			12.OJOS	✓		
RESPIRACION	22	5.RESPIRATORIO	✓			13.OIDOS	✓		
MEM MUCOSAS	Rosadas	6.CARDIOVASCULAR	✓			14.NARIS	✓		
LLENADO CAPILA	2seg	7. DIGESTIVO		✓		15.BOCA	✓		
%DHTC	10%	8. URINARIO	✓			16.FARINGE	✓		
OTROS		OTROS				OTROS			

HALLAZGOS ANORMALES

OPA. LADY PAOLA DIAZ M.V.Z UNILLANOS ESP. EN MEDICINA INTERNA EN CANINOS Y FELINOS
U.P.T.C. Dipl. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES T.P. 13450 COMVEZCOL CEL. 3107862503

LISTA DE PROBLEMAS — DX DIFERENCIALES — ANALISIS SOLICITADOS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

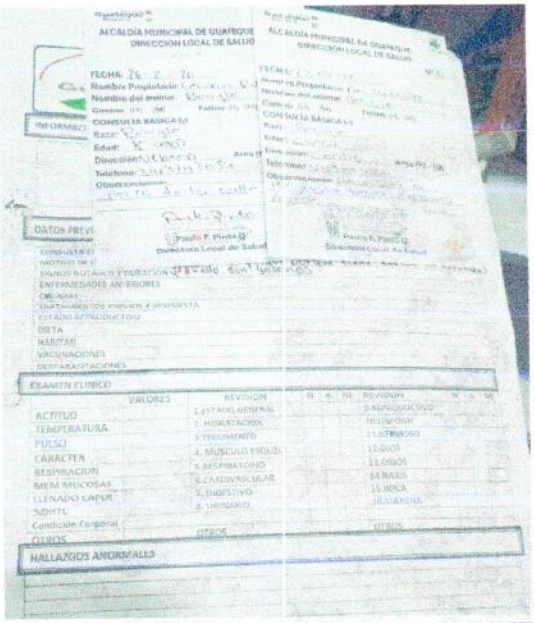
DIAS HOSPITAL
PESO
ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
%DHTC
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PESO
PRODUC ORINA
PRONOSTICO

EVOLUCION

DE ALTA ☑ FECHA CONTROL ☐ DEFO ☐

MVZ [illegible] PROPIETARIO CBA.

TP 13450 CC



ALCALDIA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCION LOCAL DE SALUD

FECHA: 26 - 2 - 26

Nombre Propietario:
Nombre del animal:
Direccion:
Telefono:

CONSULTA BASICA
CON SALA BASICA

DATOS PREVI

Paulo T. Pinto Q.
Director Local de Salud

EXAMEN CLINICO

VALORES	REVISION	N	A	NE	REVISION	N	A	NE
ACTITUD	1.ESTADO GENERAL				9.REPRODUCTIVO			
TEMPERATURA	2. HIDRATACION				10.LINFONOS			
PULSO	3.TRAUMATISMO				11.NERVIOSO			
CARACTER	4. MUSCULO ESQUELT				12.OJOS			
RESPIRACION	5.RESPIRATORIO				13.OIDOS			
MEM MUCOSAS	6.CARDIOVASCULAR				14.NARIS			
LLENADO CAPILA	7. DIGESTIVO				15.BOCA			
%DHTC	8. URINARIO				16.FARINGE			
Condicion Corporal								
OTROS	OTROS				OTROS			

HALLAZGOS ANORMALES

LISTA DE PROBLEMAS — DX DIFERENCIALES — ANALISIS SOLICITADOS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
%DHTC
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PESO
PRODUC ORINA
PRONOSTICO

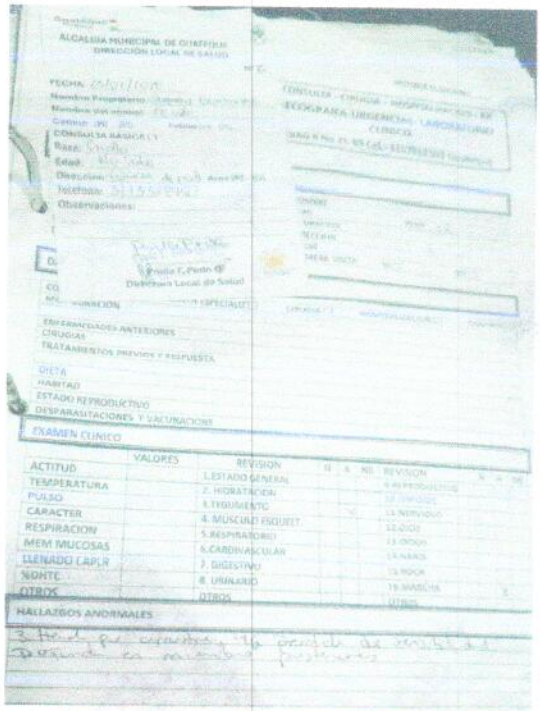
EVOLUCION

DE ALTA ☐ FECHA CONTROL ☐ DEFO ☐

En calidad de Propietario, doy mi consentimiento de manera libre y voluntaria a los procedimientos que el Medico Veterinario considere adecuado para este caso. Entiendo y entiendo la posibilidad de que se desarrollen riesgos de tipo alergico, efectos secundarios o reacciones adversas a los farmacos indicados en el Tratamiento y complicaciones biologicas especificas de la enfermedad. Certifico que se me han contestado todas las preguntas referentes al procedimiento solicitado.

MVZ [illegible] PROPIETARIO- [illegible]

TP 13450 CC 20743863



ALCALDIA MUNICIPAL DE CHAPINERO
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

FECHA: 26/07/22
Nombre Propietario:
Nombre del animal:
Canino (X) Felino ( )
CONSULTA BASICA ( )
Raza:
Edad:
Dirección:
Teléfono:
Observaciones:

Paola F. Pardo M.
Directora Local de Salud

CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
ECOGRAFIA URGENCIAS - LABORATORIO CLINICO

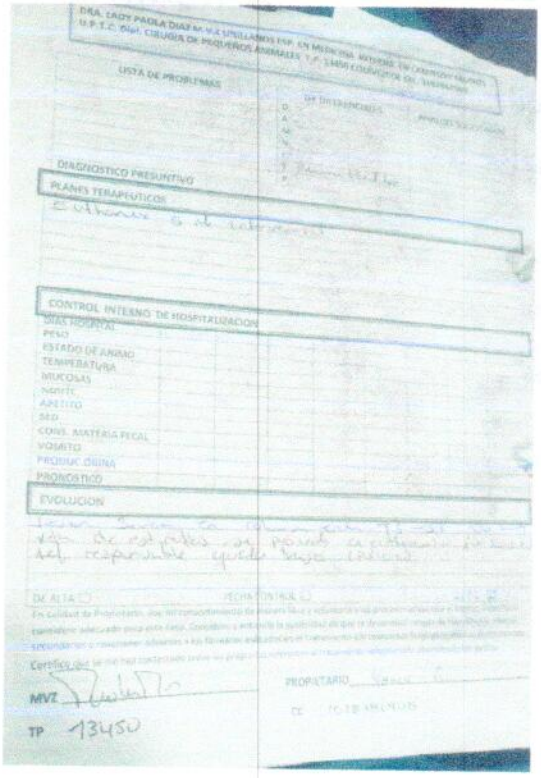
ENFERMEDADES ANTERIORES
CIRUGIAS
TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESPUESTA
DIETA
HABITAT
ESTADO REPRODUCTIVO
DESPARASITACIONES Y VACUNACION

EXAMEN CLINICO

	VALORES	REVISION	SI	NO	REVISION	SI	NO
ACTITUD		1.ESTADO GENERAL			9.SN PRODUCTIVO		
TEMPERATURA		2. HIDRATACION			10.CIRCULATORIO		
PULSO		3.TEGUMENTO			11.NERVIOSO		
CARACTER		4. MUSCULO ESQUELT.			12.OJOS		
RESPIRACION		5.RESPIRATORIO			13.OIDOS		
MEM MUCOSAS		6.CARDIOVASCULAR			14.NARIZ		
LLENADO CAPLR		7. DIGESTIVO			15.BOCA		
NGNTE		8. URINARIO			16.MASCOTA		
OTROS		OTROS			OTROS		

HALLAZGOS ANORMALES

3. Hernia de cuerpos y no ocupa de cavidad [illegible] en la cavidad [illegible]



DRA. LADY PAOLA DIAZ M.V.Z UNIVERSIDAD ESP. EN MEDICINA INTERNA DE CARNIVOROS U.P.T.C. Diplo. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES T.P. 13450 CONSULTORIA DEL [illegible]

LISTA DE PROBLEMAS

DX DIFERENCIALES

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

Extirpar [illegible]

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION
HRA INGRESO
PESO
ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
NGNTE
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PRODUC. ORINA
PRONOSTICO

EVOLUCION

[illegible] Se [illegible] [illegible] de [illegible] [illegible] [illegible]

ANEXO 4

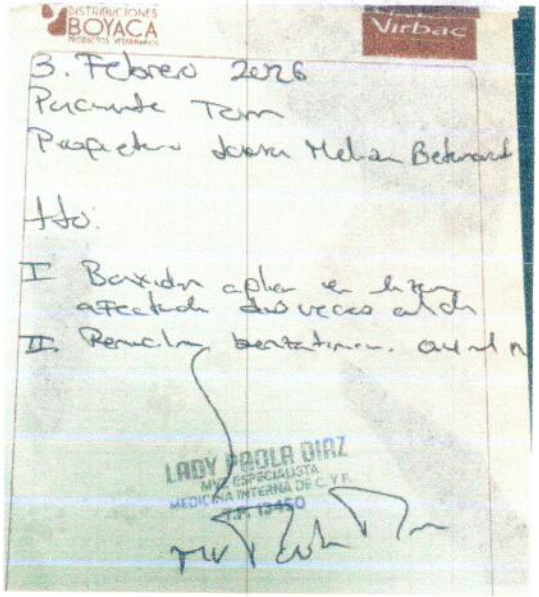


RELACION MEDICAMENTOS DADOS POR LA CONTRATISTA A LOS USUARIOS

Fecha	Historia clín	Paciente	Peso	Propietario	MC	Tratamiento	Evolucion	Ficha	AB	ESTERILIZACION
29/1/2026	2026001	Rufus	24.5 kg	Calle (Laura Tabares)	esta botando sangre por el pene	Duplocilina 2,4 ml	Favorable	1	x	
						Sanix topico				
31/1/2026	2026002	Perro atropello	20 kg	Calle (Laura Tabares)	Atropellado	Pallece en el sitio, paciente con hemotorax	Malo	0	X	
2/2/2026	2026003	Otto		Albergue	Defeca con sangre	Tolfrazuril	Bueno	2	x	
						sucralfato				
3/2/2026	2026004	gato	3 kg	Laura Melisa Betancourt	Lesion en piel de una falange	Penicilina Benzatinica	Bueno	3	x	
4/2/2026	2026005	Pacho	3 kg	Viviana Alfonso	Atencion Basica Lesion severa en piel, signos neurologicos y mu	Guantes latex	Malo	4	x	
4/2/2026	2026005	Pacho	3 kg	Viviana Alfonso	Euthanasia	Eutanex 1 ml	Malo	4	X	
6/2/2026	2026006	Snoop	7,6	Samuel Lopez	Consulta Basica positivo a moquillo	Euthanex 3 ml	Malo	5	X	
						Cateter No 22				
10/02/2026	NA	Comunidad		David Morales	63 perros de 20 kg	Desparasitante	Bueno			
						Adnivo en consejo				
11/2/2026	NA	Otto	30 kg	Alcaldia municipal	sigue con sintomas y lo adoptaron el dia de hoy	Enrogtil	Bueno	PF	X	
						vitamina K				
						fortiflora				
						Chunky pouch				
13/2/2026	2026007	chiquis	3 kg	Martha Lucia Leuve	Ovariohisterectomia	cateter	Bueno	6		x
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
13/2/2026	2026008	Regalito	7 kg	Maria Duperly Tover	Orquiectomia	cateter	Bueno	7		x
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
16/2/2026	2026011	Tigre	4,39	German Ruiz Pepe	Atencion Basica			PF	X	
18/2/2026	2026009	Laika	13 kg	Ma del Carmen Barrera	Ovariohisterectomia	cateter	Bueno	8		xx
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Tramadol				
19/2/2026	2026013	Laika	13 kg	Ma del Carmen Barrera	Atencion Basica herida en piel del cuello	Penicilina Benzatinica		PF	X	
						Do gotes				
						Baxidin				
19/2/2026	2026010	Cocola calle	9 kg	Francisca Ramirez	Ovariohisterectomia	cateter No 22		9		x
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Tramadol				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
23/2/2026	2026011	Beagle de la calle		German Ruiz	Consulta basica (claudicacion)	Meloxicam		10 y 22	xx	
19/2/2026	2026015	Dulcito de cocc 5 kg		Zoolidarios	Ovariohisterectomia	cateter		PF	X	
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Tramadol				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
20/2/2026	2026012	Lulu		Ma Fernanda Rufe	Ovariohisterectomia	cateter		11		x
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Tramadol				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
23/2/2026	2026013	Bordina	10 kg	Ruby Montenegro	Ovariohisterectomia	cateter		12		x
						Tapon Heparinizado				
						Esparadrapo				
						atropina				
						xylacina				
						Tramadol				
						Penicilina Benzatinica				
						Acidopoliglicolico No 3/0				
24/2/2026	2026014	Pekas	10 kg	Carmen Julia Martinez	Ovariohisterectomia	cateter		13		x

24/2/2026	2026014	Pekas	10 kg	Carmen Julia Martinez	Ovariohisterectomia	cateter Tapon Heparinizado Esparadrapo atropina xylacina Tramadol Penicilina Benzatinica Acidopoliglicolico No 3/0		13		x		
25/2/2026	2026015	Muñeco	20 kg	Pablo Gaitan	Consulta Basica	Penicilina Benzatinica Crema Alfa 3 Meloxicam iny. 0.2 mg/kg IM		14	x			
25/2/2026	2026020	De Calle	12 kg	Stefania Gonzales	Consulta Basica	Cateter No 22 Euthanex 5 ml	Malo	15	x			
26/2/2026	2026017	No tiene	4 kg	Luisa Villareal	Orquiectomia	cateter Tapon Heparinizado Esparadrapo atropina xylacina Tramadol Penicilina Benzatinica Acidopoliglicolico No 3/0		16		x		
26/2/2026	2026018	Luna	10,22	Jhon Corredor	Consulta Basica			17	x			
26/2/2026	2026019	Grecia		Camila Uscate	Ovariohisterectomia			18				
26/2/2026	2026020	Chiquita	17 KG	Jhonys Camelo	Ovariohisterectomia	cateter Tapon Heparinizado Esparadrapo atropina xylacina Tramadol Penicilina Benzatinica Acidopoliglicolico No 3/0		19		XX		
26/2/2026	2026021	Brisa Liliana		Samuel Chaparro	Ovariohisterectomia			20	x			
26/2/2026	2026022	Alazca		Monic Jimenez	Ovariohisterectomia			21				
26/2/2026	2026024	Beagle	16 kg	German Ruiz	Consulta Basica	dexpomicina 20/20 meloxicam nexabest crema Alfa 3		reservado	x			
26/2/2026	2026018	Luna	10,22	Jhon Corredor	Consulta Basica	atropina xylacina Tramadol Penicilina Benzatinica Acidopoliglicolico No 3/0		17	x			
26/2/2026	2026019	Grecia		Camila Uscate	Ovariohisterectomia			18				
26/2/2026	2026020	Chiquita	17 KG	Jhonys Camelo	Ovariohisterectomia	cateter Tapon Heparinizado Esparadrapo atropina xylacina Tramadol Penicilina Benzatinica Acidopoliglicolico No 3/0		19		XX		
26/2/2026	2026021	Brisa Liliana		Samuel Chaparro	Ovariohisterectomia			20	x			
26/2/2026	2026022	Alazca		Monic Jimenez	Ovariohisterectomia			21				
26/2/2026	2026024	Beagle	16 kg	German Ruiz	Consulta Basica	dexpomicina 20/20 meloxicam nexabest crema Alfa 3 gasa Esparadrapo		reservado	x			
3/3/2026	Nala	20 kg	Plinio Latorre	Ovariohisterectomia	Cuadro Hematico	XX						Observ quedar
										XX		
									17	13		

ANEXO 5


DISTRIBUIDORA BOYACA
Virbac

3. Febrero 2026
Paciente Tom
Propietario Juana Helena Bedoya

Hdo.

I Baño con aplicación de ivermectina afectada dos veces al día

II. Remedios bactericidas. cada 8

LADY PAOLA DIAZ
MVZ ESPECIALISTA
MEDICINA INTERNA DE C. Y E.
T.P. 13450

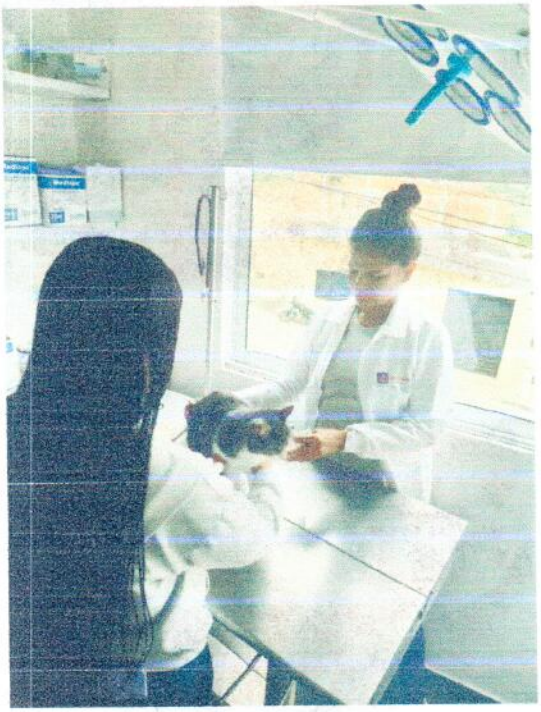












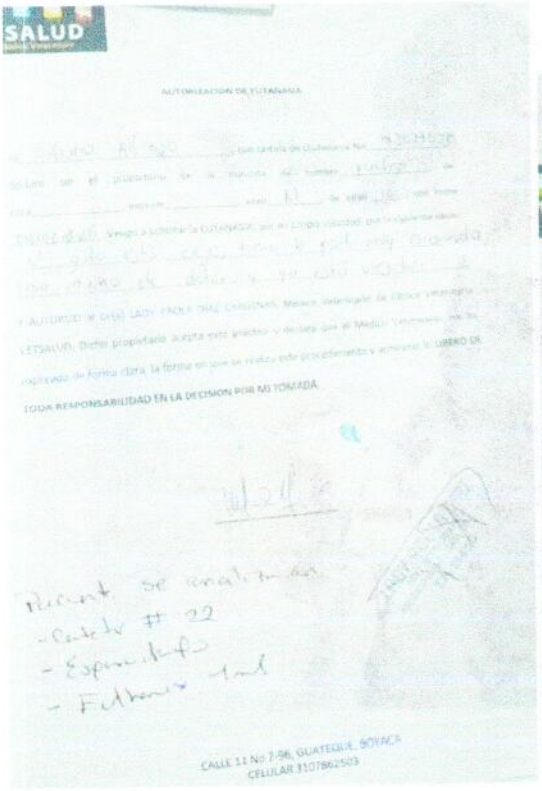

2026 02 25 17:54











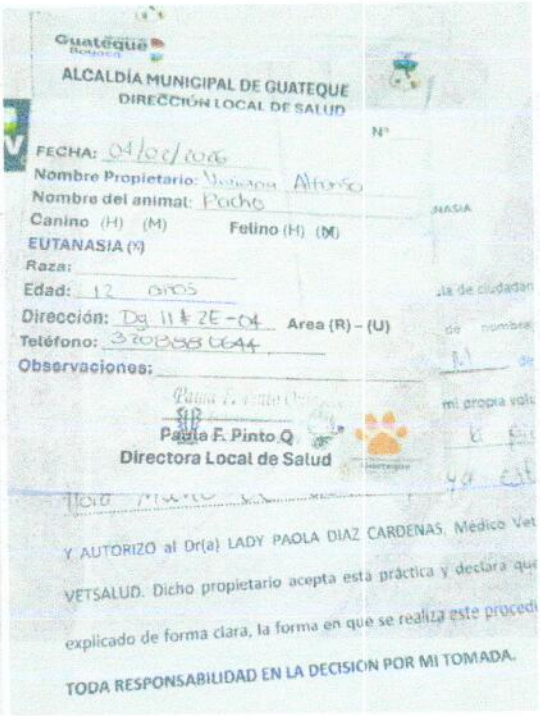
AUTORIZACION DE EUTANASIA

Yo [illegible] identificado con Cedula de Ciudadania No. [illegible] de [illegible] propietario de la mascota del nombre [illegible] de [illegible] años de edad, de raza [illegible] de [illegible] color [illegible] de sexo [illegible] vengo a solicitar la EUTANASIA, por el motivo expuesto por la siguiente razon: [illegible]

Y AUTORIZO al (la) LADY PAOLA DIAZ CARDENAS, Medico Veterinario de Clinica Veterinaria VETSALUD. Dicho propietario acepta esta practica y declara que el Medico Veterinario me ha explicado de forma clara, la forma en que se realiza este procedimiento y entiende la LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LA DECISION POR MI TOMADA.

Firmo se realizara
- Cedula # 22
- Especialista
- Fotos tal

CALLE 11 No 7-86, GUATEQUE, BOYACA
CELULAR 3107862503



Guatequé Bonanza

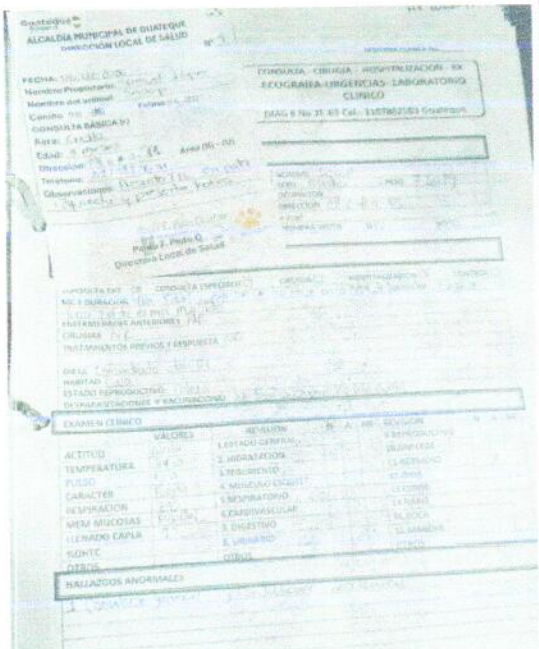
ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

N°

FECHA: 04/10/2006
Nombre Propietario: Mariana Alfonso
Nombre del animal: Pacho
Canino (H) (M) Felino (H) (M)
EUTANASIA (X)
Raza:
Edad: 12 años
Dirección: Dg 11 # 2E-04 Area (R) – (U)
Teléfono: 3203868644
Observaciones:

Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

Y AUTORIZO al Dr(a) LADY PAOLA DIAZ CARDENAS, Médico Vet
VETSALUD. Dicho propietario acepta esta práctica y declara que
explicado de forma clara, la forma en que se realiza este procedi
TODA RESPONSABILIDAD EN LA DECISION POR MI TOMADA.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUATEQUE
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

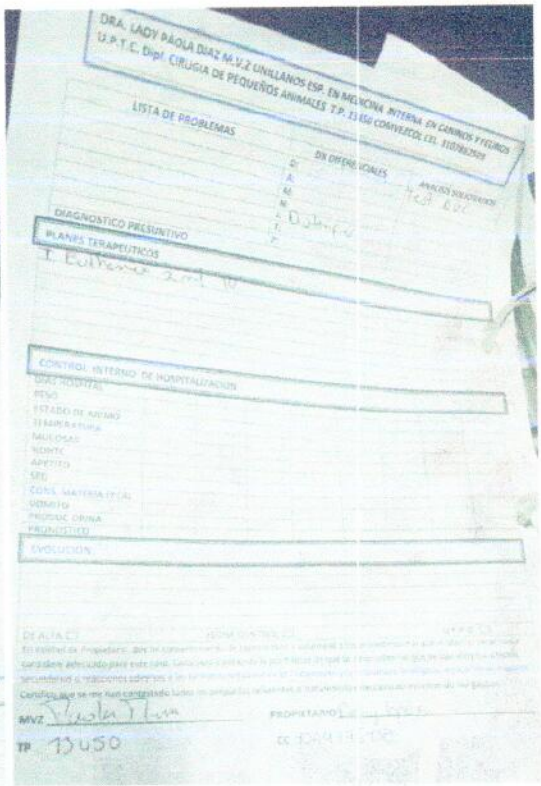
Paula F. Pinto Q.
Directora Local de Salud

CONSULTA BÁSICA (X)

EXAMEN CLINICO

	VALORES	REVISION		REVISION
ACTITUD		1 ESTADO GENERAL		9 REPRODUCTOR
TEMPERATURA		2 HIDRATACION		10 PIEL Y ANEXOS
PULSO		3 CRECIMIENTO		11 LINFATICOS
CARACTER		4 MUSCULO ESQUELETICO		12 OJOS
RESPIRACION		5 RESPIRATORIO		13 OIDOS
MEM MUCOSAS		6 CARDIOVASCULAR		14 NARINAS
LLENADO CAPILAR		7 DIGESTIVO		15 BOCA
SONTE		8 URINARIO		16 GANGLIOS
OTROS		OTROS		

HALLAZGOS ANORMALES



DRA. LADY PAOLA DIAZ M.V.Z UNILLANOS ESP. EN MEDICINA INTERNA EN CANINOS Y FELINOS U.P.T.C. Dipl. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES T.P. 13450 CONVENCOL CEL. 3107862503

LISTA DE PROBLEMAS

DX DIFERENCIALES

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

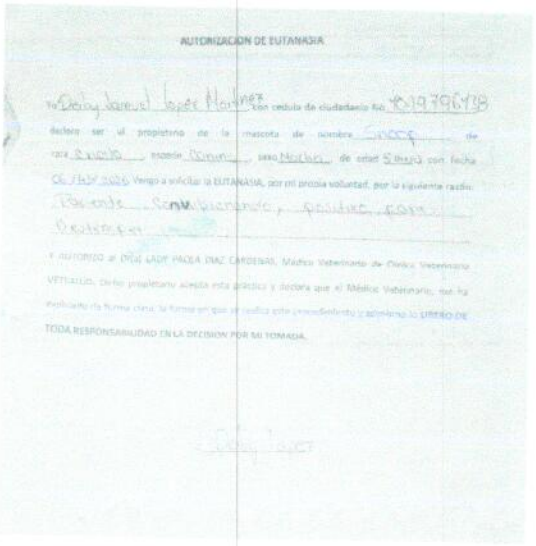
EVOLUCION

MVZ

TP 13450

PROPIETARIO

CC



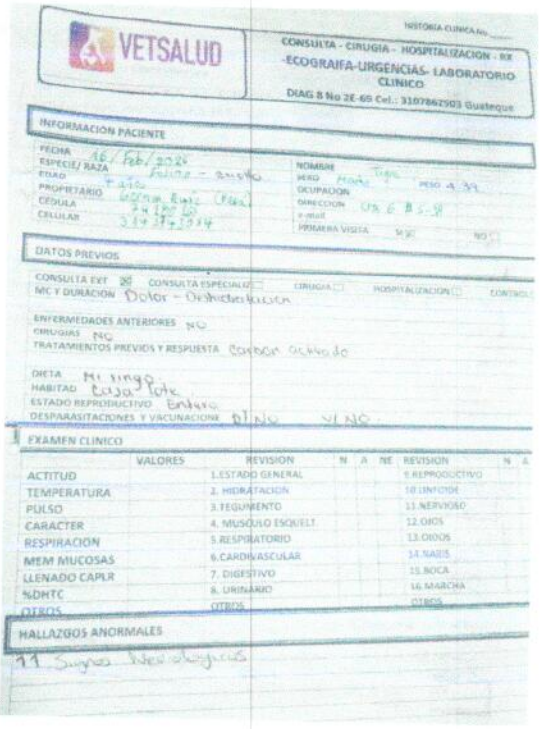
AUTORIZACION DE EUTANASIA

Yo Carlos Manuel Lopez Martinez con cedula de ciudadanía No 1019796438

declaro ser el propietario de la mascota de nombre Coco de raza Criollo especie Canina sexo Macho de edad 5 Años con fecha 06/FEB/2026 Vengo a solicitar la EUTANASIA, por mi propia voluntad, por la siguiente razón:

Dolencia Sin Mejoramiento y Quieren Cobrar Demasiado

Y AUTORIZO al (MVZ) LADY PAOLA DIAZ CARDENAS, Médico Veterinario de Clínica Veterinaria VETSALUD, Dando propietario acepta esta práctica y declara que el Médico Veterinario, no ha realizado de forma clara, la forma en que se realiza este procedimiento y asumimos la LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LA DECISION POR MI TOMADA.



VETSALUD

HISTORIA CLINICA No.

CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
-ECOGRAIFA-URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO
DIAG 8 No 2E-65 Cel.: 3107862903 Gusteque

INFORMACION PACIENTE

FECHA 16/ Feb/2026
ESPECIE/ RAZA Perro - Criollo
EDAD 5 Años
PROPIETARIO Carlos Manuel Lopez Martinez
CEDULA 1019796438
CELULAR 3143747934

NOMBRE Coco
SEXO Macho
OCUPACION
DIRECCION
e-mail
PRIMERA VISITA SI NO

DATOS PREVIOS

CONSULTA EXT SI CONSULTA ESPECIALIZ CIRUGIA HOSPITALIZACION CONTROL
MC Y DURACION Dolor - Dificultad para caminar
ENFERMEDADES ANTERIORES NO
CIRUGIAS NO
TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESPUESTA Control Normal

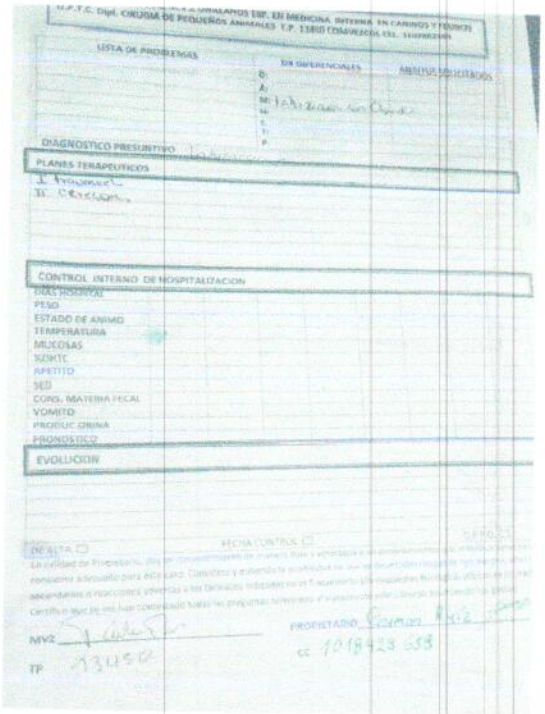
DIETA Mi amigo
HABITAD Casa Lote
ESTADO REPRODUCTIVO Entero
DESPARASITACIONES Y VACUNACION SI NO

EXAMEN CLINICO

	VALORES	REVISION	N	A	NE	REVISION	N	A
ACTITUD		1.ESTADO GENERAL				9.REPRODUCTIVO		
TEMPERATURA		2. HIDRATACION				10 LINFODE		
PULSO		3.TEGUMENTO				11.NERVIOSO		
CARACTER		4. MUSCULO ESQUELT				12.OJOS		
RESPIRACION		5.RESPIRATORIO				13.OIDOS		
MEM MUCOSAS		6.CARDIVASCULAR				14.NARIS		
LLENADO CAPLR		7. DIGESTIVO				15.BOCA		
%DHTC		8. URINARIO				16.MARCHA		
OTROS		OTROS				OTROS		

HALLAZGOS ANORMALES

11 Signos Neurologicos



U.P.T.C. Dipl. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES ESP. EN MEDICINA INTERNA EN CANINOS Y FELINOS
LADY PAOLA DIAZ CARDENAS MVZ. T.P. 11803 COMBOYACA CEL. 3107862903

LISTA DE PROBLEMAS

DIFERENCIALES

ABSTRACTOS SOLICITADOS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

1. Propuesta
2. Cirugia

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

DIAS HOSPITAL
PESO
ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
%DHTC
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PRODUC ORINA
PRONOSTICO

EVOLUCION

DE ALTA FECHA CONTROL

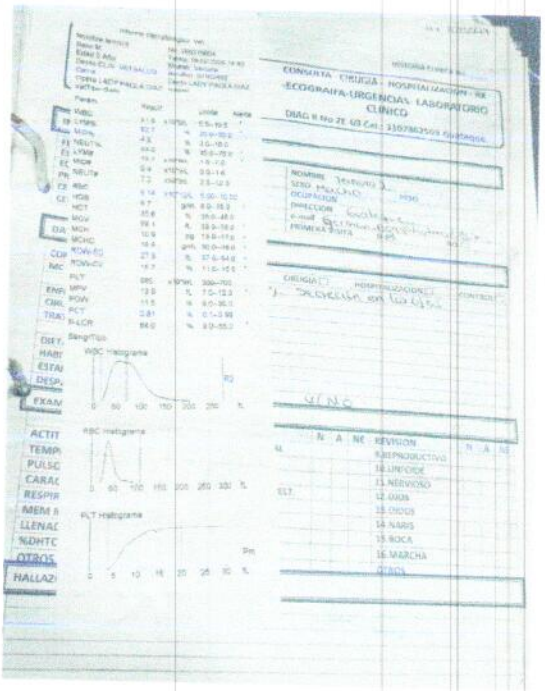
En calidad de Propietario, doy fe y consentimiento de manera libre y voluntaria a el procedimiento de Eutanasia, consiento y acuerdo para este caso. Conozco y entiendo la posibilidad de no realizar dicho procedimiento, los riesgos y beneficios para el mismo, los riesgos y beneficios de no realizarlo, las alternativas ofrecidas en el transcurso de la consulta, los procedimientos secundarios a reacciones adversas a los farmacos indicados en el transcurso del procedimiento, he realizado todas las preguntas necesarias y el veterinario me ha dado respuesta satisfactoria a todas ellas. Certifico que no me han coaccionado para realizar dicho procedimiento.

MVZ

PROPIETARIO

TP 13150

CC 1019423 658



CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
-ECOGRAIFA-URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO
DIAG 8 No 2E-65 Cel.: 3107862903 Gusteque

WBC Histograma

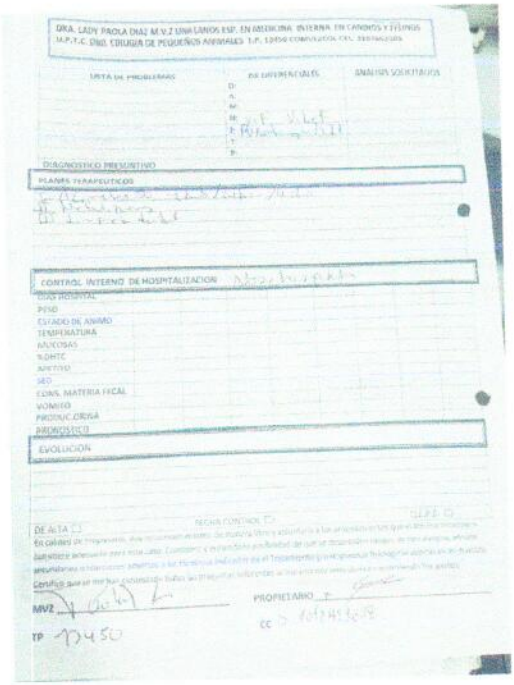
RBC Histograma

PLT Histograma

SI NO

N A NE REVISION N A NE

9.REPRODUCTIVO
10 LINFODE
11.NERVIOSO
12.OJOS
13.OIDOS
14.NARIS
15.BOCA
16.MARCHA
OTROS



DRA. LADY PAOLA DIAZ M.V.Z UNIVERSIDAD DE LA SALLE ESP. EN MEDICINA INTERNA DE CANINOS Y FELINOS
M.P.T.C. Dipl. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES T.P. 13450 CONSULTORIO CEL. 3107862501

LISTA DE PROBLEMAS | DIFERENCIALES | ANALISIS SOLICITADOS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

DIAS HOSPITAL
PESO
ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
%DHTC
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PRODUC.ORINA
PRONOSTICO

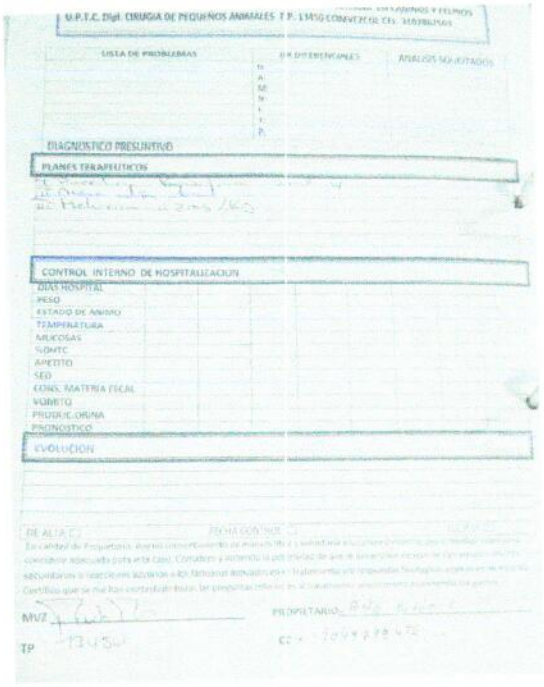
EVOLUCION

DE ALTA ☐ FECHA CONTROL ☐

En calidad de Propietario, doy mi consentimiento informado de manera libre y voluntaria a los procedimientos que sean necesarios para el manejo adecuado para el caso. Confirmo y entiendo la posibilidad de que se presenten riesgos durante el procedimiento, asi como complicaciones adicionales a los descritos anteriormente. Igualmente he preguntado todas las dudas que he tenido sobre el procedimiento y me han sido respondidas satisfactoriamente. Certifico que se me han contestado todas las preguntas referentes a mi mascota y procedimientos quirurgicos que le serán realizados.

MVZ _____ PROPIETARIO _____

TP 13450 CC 1014199689



U.P.T.C. Dipl. CIRUGIA DE PEQUEÑOS ANIMALES T.P. 13450 CONVENCIONES CEL. 3107862501

LISTA DE PROBLEMAS | DIFERENCIALES | ANALISIS SOLICITADOS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLANES TERAPEUTICOS

CONTROL INTERNO DE HOSPITALIZACION

DIAS HOSPITAL
PESO
ESTADO DE ANIMO
TEMPERATURA
MUCOSAS
%DHTC
APETITO
SED
CONS. MATERIA FECAL
VOMITO
PRODUC.ORINA
PRONOSTICO

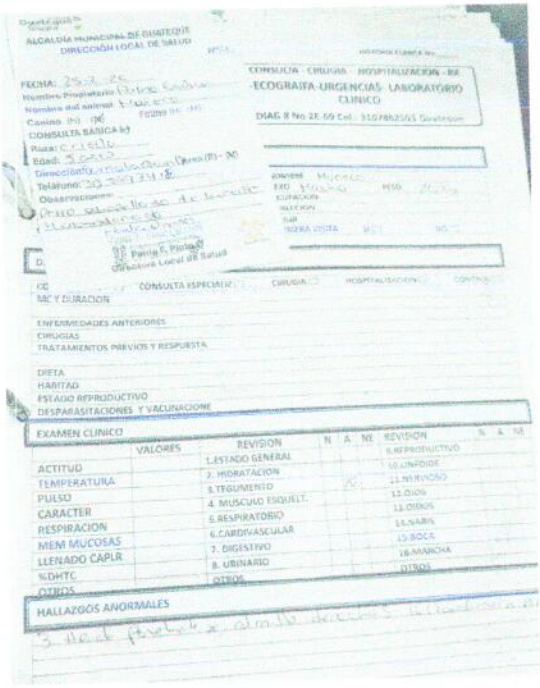
EVOLUCION

DE ALTA ☐ FECHA CONTROL ☐

En calidad de Propietario, doy mi consentimiento informado de manera libre y voluntaria a los procedimientos que sean necesarios para el manejo adecuado para el caso. Confirmo y entiendo la posibilidad de que se presenten riesgos durante el procedimiento, asi como complicaciones adicionales a los descritos anteriormente. Igualmente he preguntado todas las dudas que he tenido sobre el procedimiento y me han sido respondidas satisfactoriamente. Certifico que se me han contestado todas las preguntas referentes a mi mascota y procedimientos quirurgicos que le serán realizados.

MVZ _____ PROPIETARIO _____

TP 13450 CC 1014199689



ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
DIRECCION LOCAL DE SALUD

CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
-ECOGRAFIA-URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO
DIAG # No. 2E-69 Cel.: 3107862501 Soacha

FECHA:
Nombre Propietario:
Nombre del animal:
Genero (M) (H)
CONSULTA BASICA $
Raza:
Edad:
Direccion:
Telefono:
Observaciones:

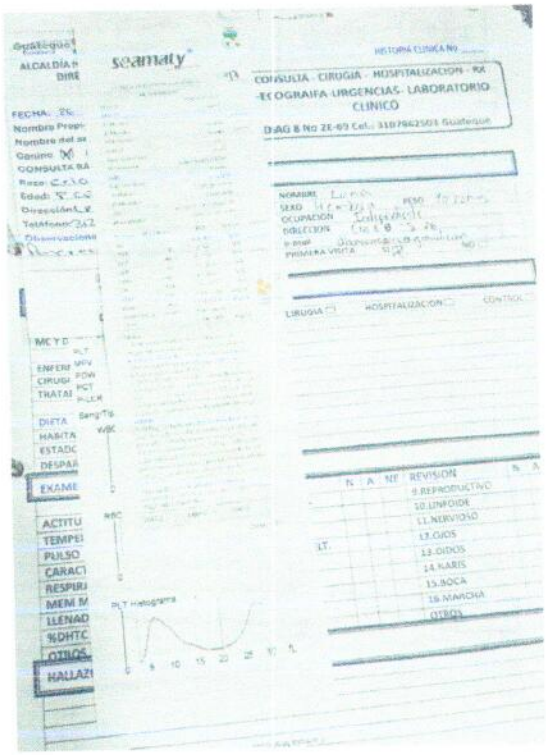
Dra. Paola P. Pinzon
Directora Local de Salud

ID
CC CONSULTA ESPECIALIZ. ☐ CIRUGIA ☐ HOSPITALIZACION ☐ CONTROL ☐
MC Y DURACION
ENFERMEDADES ANTERIORES
CIRUGIAS
TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESPUESTA
DIETA
HABITAD
ESTADO REPRODUCTIVO
DESPARASITACIONES Y VACUNACION

EXAMEN CLINICO

	VALORES	REVISION	N	A	NE	REVISION	N	A	NE
ACTITUD		1.ESTADO GENERAL				9.REPRODUCTIVO			
TEMPERATURA		2. HIDRATACION				10.LINFOIDE			
PULSO		3.TEGUMENTO				11.NERVIOSO			
CARACTER		4. MUSCULO ESQUELT.				12.OJOS			
RESPIRACION		5.RESPIRATORIO				13.OIDOS			
MEM MUCOSAS		6.CARDIOVASCULAR				14.NARIS			
LLENADO CAPLR		7. DIGESTIVO				15.BOCA			
%DHTC		8. URINARIO				16.MARCHA			
OTROS		OTROS				OTROS			

HALLAZGOS ANORMALES



Optalegre
ALCALDÍA M
DIRE

seamaty

HISTORIA CLINICA No

CONSULTA - CIRUGIA - HOSPITALIZACION - RX
-ECOGRAFIA-URGENCIAS- LABORATORIO CLINICO
DIAG # No 2E-69 Cel.: 3107862501 Soacha

FECHA:
Nombre Prop:
Nombre del an
Genero (M)
CONSULTA BA
Raza:
Edad:
Direccion:
Telefono:
Observacione

NOMBRE
SEXO
OCUPACION
DOLENCIA
PRIMERA VISITA

CIRUGIA ☐ HOSPITALIZACION ☐ CONTROL ☐

MC Y D
ENFERM
CIRUGI
TRATAI
DIETA
HABITA
ESTADO
DESPAR
EXAME

	N	A	NE	REVISION	N	A
				9.REPRODUCTIVO		
				10.LINFOIDE		
				11.NERVIOSO		
LT.				12.OJOS		
				13.OIDOS		
				14.NARIS		
				15.BOCA		
				16.MARCHA		
				OTROS		

ACTITU
TEMPE
PULSO
CARAC
RESPIR
MEM M
LLENAD
%DHTC
OTROS
HALLAZ

WBC
PLT Histograma

ANEXO 6



ANEXO 7



