


| EVIDENCIA DE REUNIÓN | | | | | | | | | | Código: CEM-0114-029 Versión: 01 Fecha: 25 de septiembre de 2023 Lugar: H. de C. 100250 | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|----------------------------|-----------|-------------|----------------------|--|---------|---|---|-------------|----------------|
| Objetivo de la reunión: Visita de seguimiento y cumplimiento de compromisos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: 20/05/2026 Lugar: calle 24 A sur #10h 59 Este | | | | | | | | | | Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ | | Modalidad: <input type="checkbox"/> Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Mixta | | | |
| Nombre del Responsable: _____ | | | | | | | | | | Nombre del Responsable: _____ | | | | | |
| CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Identificación) | DOMICILIO ACTUAL (Identificación) | NOMBRE IDENTIFICARIO | ENTIDAD | DEPENDENCIA | CATEGORÍA DE PARTICIPACIÓN | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA | |
| | | | | | | ANEXO | DIRECTIVO | PROFESIONAL | TECNICO/ TECNOLÓGICO | AUXILIAR | CARRERA | PROVISIONAL | | | LIBRE NOMIA |
| | p9259898 Pablo Vivas | calle 24 A sur #10h 59 Este | Comunidad | | | | | | | | | | | 3268663037 | <i>[Firma]</i> |
| CE 100023925 | (Ingnd) Guerrero | — | A.L.S.C | CUPA. | | | | X | | | | | | X3229352813 | INGEN |
| CE 102392537 | <i>[Firma]</i> | — | ALSC | CUPA | | | | X | | | | | | X3002935017 | <i>[Firma]</i> |
| CE 1015583528 | Cristian Perez | -11-11- | ALSC | M&S Terminio | | | | | | | | | | X3197429793 | <i>[Firma]</i> |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | |
|---------------------------|---------------|--|
| Fecha: 20/05/26 | Hora: 02:53pm | N.º Consecutivo: |
| N.º Petición / Incidente: | | Lugar de Asistencia: CRA SA este #46D-13 SUR |

| |
|---|
| Tipo de Intervención: <input type="checkbox"/> Jornada Masiva <input checked="" type="checkbox"/> Visita de Atención Prioritaria <input type="checkbox"/> Estrategia Habitabilidad calle <input type="checkbox"/> Hogar de paso <input type="checkbox"/> Operativo |
|---|

| | | |
|----------------------|----------------|-----------------------|
| Nombre: Kenon Torres | CC: 1073691787 | Teléfono: 322-4180078 |
|----------------------|----------------|-----------------------|

| | | |
|--|---------------|--|
| Datos del Animal | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Macho <input checked="" type="checkbox"/> Hembra | Nombre: Nieve | Microchip: ¿Tenía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|--------------|
| Edad: 13 años | Color: Tricolor | Raza: Beagle |
| <input type="checkbox"/> Entero <input checked="" type="checkbox"/> Desconocido | <input checked="" type="checkbox"/> De calle <input type="checkbox"/> Con propietario | |

| | |
|----------------------------------|--|
| Dirección: CRA SA #46D-13 SUR | Datos del lugar/evento |
| Correo electrónico: 322.448.0078 | Barrio: Santa Rita Sur Localidad: SAN CRISTOBAL Estrato: 2 |

| | | |
|------------------------|-----------------|------------|
| Examen clínico general | | |
| F.C (L/min): 126 | F.R (R/min): 26 | T (°C): 39 |

| | | | | |
|---------|------------|---------------|----------------------|-------------|
| TLLC: 2 | Pulso: 110 | Mucosas: rosa | % Deshidratación: 6% | Peso: 10 kg |
|---------|------------|---------------|----------------------|-------------|

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

| |
|-----------------|
| SIGNOS CLÍNICOS |
|-----------------|

Neoplasia mamaria, Asintomática. a nivel del
 condon mamario derecho. Presenta
 y una neoplasia asintomática en mismo condon
 mamario. colon leve en region hembra
 asociado a conchica degenerativa

| Servicios prestados | Producto | Recomendaciones |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 Valoración Veterinaria | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 LOCAL DE SAN CRISTÓBAL****HISTORIA CLÍNICA**SECRETARÍA DE
GOBIERNO

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 | ¿OtraCuál? | |
| 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**

neoplasia mamaria fistulizada. sangrado y secreción activa en condón monomodo derecho.

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

Yo, Karen J. Torres H. identificado con número de Cédula 1093691987, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del CMV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Volonocun 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: Karen J. Torres H.**Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía**

| Nombre | Firma | N° de Matrícula Profesional |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <u>Abigail Lopez</u> | <u>Abigail Lopez</u> | <u>411254</u> |

Apoya y/o Asiste