ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 01

CALLE: *

NOMBRE PACIENTE: Atena. | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo. | EDAD: 8M | COLOR: Negro | PESO: Kg 14,7 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52.551.665

CONTACTO: 3214672584 | E-MAIL: 3214672584@smamco.gov

DIRECCIÓN: Cl 13 # 90 - 95 | BARRIO: Los Byrsos.

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 19 rpm | F.Cardiaca: 99 ppm | T°: 38,6 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURIONARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Reforzar vacuna en 15 días

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Petsantel WPT2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he **recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información** veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Juan Cuellar CC O PPT: 52 552 665

Nombre del animal de compañía: Atena ESPECIE: Canino SEXO: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974589-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9900092695

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ___ CALLE: X | HX: 02

NOMBRE PACIENTE: Checha | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11a | COLOR: Blanco y negro | PESO: Kg 43 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C.: 52.357.663

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@smoreo.com

DIRECCIÓN: CL 13 H 90 - 95 | BARRIO: Las Brisas

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ULTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 /pm | F.Cardiaca: 112 /pm | T°: 38.1 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		X		MÚSCULO ESQUELÉTICO		X		OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO	X			GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

- Paciente obeso
- Enf articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

- Radiografia lumbo-sacra
- Atiu, condromax y Engystol
- Zeel, traumeel

FIRMA MEDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. | TARJETA PROFESIONAL No. 28366.

Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

CONSENTIMIENTO: El abajo 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser atendida verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, en la página web www.gobiernobogota.gov.co y/o al teléfono de atención 3337000. Manifiesta que con la firma del presente documento otorga el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1051
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos y reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Jeq Cruz CC (o NIT): 52.552.665

Nombre del animal de compañía: Checha Especie: Canino Sexo: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ALFONSO GALVIS VACHA

INDICE DERECHO

A-1503150-00074560-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9900092605

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: S | HX: 03
CALLE: 46

NOMBRE PACIENTE: Flaca | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11A
COLOR: blanco y negro | PESO: Kg 20 | SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C: 52 552 683
CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672584@Sinmeo.com
DIRECCIÓN: Cl 13 # 90 -95 | BARRIO: Las Brisas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 110 lpm | T°: 37,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		X		MÚSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS		X		NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO	X			GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Presenta masa ulcerada en el pomulo izquierdo facial

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar PAF, extracción de masa mas histopatología
Perfil geronte

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El amba firmante confirma en la ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, dando pleno conocimiento y aceptación a 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. Declaro y acepto que autorizo expresamente la recolección relacionada con el tratamiento de mis datos personales podrá ser ejercida 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 3330000. Manifiesta que son los datos proporcionados son el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIO1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna y externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 52.352.665

Nombre del animal de compañía: Flaca Especie: Canino Sexo: H.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974560-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9900302605

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ___ | HX: 04
CALLE: X

NOMBRE PACIENTE: Canela | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A
COLOR: Amarillo y blanco | PESO: Kg 23 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52 552 665
CONTACTO: 3214697384 | E-MAIL: 3214672584@sinaloa.edu
DIRECCIÓN: CL 13 # 90 95 | BARRIO: Las Brisas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm | F.Cardiaca: 115 lpm | T° 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	10 6132.
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Petsantel WPT 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251.
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que **he recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 52.552.661

Nombre del animal de compañía: Canela ESPECIE: Canino SEXO: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974569-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9903092695

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 05
CALLE: --

NOMBRE PACIENTE: Katty | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 7A
COLOR: Negro | PESO: Kg 24 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Yoy Eugenia Oviedo Pacheco | C.C: 52.552.665
CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@Sincorreo.com
DIRECCIÓN: CL 13 # 90 95 | BARRIO: Los Brisas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 110 lpm | T°: 39,7 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 4 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		~		MÚSCULO ESQUELÉTICO		~		OIDOS	~		
PIEL Y ANEXOS		~		NEUROLOGÍA	~			NARIZ	~		
DIGESTIVO		~		GENITOURINARIO	~			OJOS	~		
RESPIRATORIO	~			REPRODUCTIVO		~		OTROS			
CARDIOVASCULAR	~			LINFOIDE	~						

HALLAZGOS ANORMALES

Maloclución dentaria
Lesione compatibel con acaros en zona periorbitaria
Paciente con inicios de Obesidad

PLANES TERAPÉUTICOS

Bravecto y sanderm
Clorhexidina champú

Sandra Medina V.
Médica veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132.
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Pelsantel wpt 2403.
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray PIOD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he **recibido y comprendido** la información sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento** de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 52552 665

Nombre del animal de compañía: Katty ESPECIE: Canino SEXO: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00974560-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9903092805

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: A | HX: 06
CALLE: 82

NOMBRE PACIENTE: Niña Jairo | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 14A
COLOR: Negro | PESO: Kg 29 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52.552.665
CONTACTO: 3214672374 | E-MAIL: 3214672374@gmail.com
DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 95 | BARRIO: Las Brisas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3/5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	X			MÚSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO	X			GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS	X		
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano.

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil Geriatrico.
Engystol para aumento de defensas

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Univ...

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 28266

T.P. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsontel wpt2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fipispray FIOD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 52552665

Nombre del animal de compañía: Niña Jairo ESPECIE: Canino SEXO: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00974589-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9903092805

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ___ CALLE: ___ | HX: 07

NOMBRE PACIENTE: Trululu	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 4A
	COLOR:	PESO: Kg 34	SEXO: M ◯ H ✕
TENEDOR Y/O TUTOR: Wal Eugenia Oviedo		CC: 52.551.685	
CONTACTO: 3214672384		E-MAIL: 3214072584@gmail.com	
DIRECCIÓN: CL 13 #90 - 95		BARRIO: Las Brisas	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ✕ CASERO ◯		AMBIENTE: CALLE ✕ CASA ◯ APTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ◯ ADOPTADO ◯ RESCATADO ✕ NACIDO ◯
ENFERMEDADES ANTERIORES: NE	
ULTIMA VACUNACIÓN: NE	FECHA: N/R
VERMIFUGACIÓN: SI ◯ NO ✕	FECHA: N/R
ULTIMO CELO: NE	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ✕ NO ◯
CONSUME MEDICAMENTOS: N12	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4,5 /5 | RETORNO DE FIEL: 7 Seg

EXAMEN CLINICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		✕		MUSCULO ESQUELETICO		✕		OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✕			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	—		
DIGESTIVO		✕		GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente obeso
- Maloclusión dental
- Enfermedad periodontal tipo I.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Disminuir porcion de comida en un 20%
- Perfil general + triglicerios y colesterol
- Realizar higiene oral 2 veces por semana

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIPD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he **recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 52052.665

Nombre del animal de compañía: Trululu ESPECIE Canino SEXO H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974589 F 0052552665 20160201 0059376515A 1 9900092665

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: ___ | HX: 08

NOMBRE PACIENTE: Niña | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 5a | COLOR: Negro | PESO: Kg 20 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR V/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C: 52.552.665

CONTACTO: 3214672584 | E-MAIL: 3214672584@misena.edu.co

DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 95 | BARRIO: Las Brisas

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ooh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 19 rpm | F.Cardiaca: 102 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		X		MUSCULO ESQUELÉTICO		X		OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS		X		NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO	X			GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

-DapD
-Enf articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil general
- Disminuir porcion de alimento en un 25%
- Formula con ativy condroma x
- Zeel
- Traumeel

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Méd. Vet. Univ. Salitre | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

T.P. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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, apresentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Petsantel wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FJ0121S1
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 52552 685

Nombre del animal de compañía: Niña ESPECIE Canino SEXO H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS SAENZ

INDICE DERECHO

A-1500150-00974503-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9900092005

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: X | HX: 09

NOMBRE PACIENTE: Sasha | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 5A | COLOR: Negro Fuego | PESO: Kg 26 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C: 52 552 . 665

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@Sixcar-co.com

DIRECCIÓN: CL 13 #90 - 95 | BARRIO: Las Brisas

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 97 bpm | T°: 38,7 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	X			MÚSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO	X			GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Pet
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Pipcospray FIOD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 52.952.661

Nombre del animal de compañía: Sasha ESPECIE Canino SEXO H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974580-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9903092605

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 08/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: K | HX: 10
CALLE: K

NOMBRE PACIENTE: Negra | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 15a
COLOR: Negro | PESO: Kg 25,6 | SEXO: M ○ H ●

TENEDOR Y/O TUTOR: Ludy Eugenia Oviedo | C.C: 52.552.665
CONTACTO: 3214672884 | E-MAIL: 3214672384@sinorte.com
DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 95 | BARRIO: Las Brisas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO ● CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ● CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ○

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ● NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: N/R
ÚLTIMA VACUNACIÓN: N/R | FECHA: N/R
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ● | FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: N/R | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ● NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: N/R

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 109 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: ROSA
TLLC 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		K		MÚSCULO ESQUELÉTICO	K			OIDOS	K		
PIEL Y ANEXOS		K		NEUROLOGÍA	K			NARIZ	K		
DIGESTIVO	K			GENITOURINARIO	K			OJOS		K	
RESPIRATORIO	K			REPRODUCTIVO		K		OTROS			
CARDIOVASCULAR	K			LINFOIDE	K						

HALLAZGOS ANORMALES

entropion en ojo derecho

PLANES TERAPÉUTICOS

- Engystol
- limpieza en zona ocular.
- lagrimas artificiales (Carbometil Celulosa)
- P/ Gerente

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El cliente firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara conocer y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información aquí consignada 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 3330730. 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 ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsontel WP+2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIODIS1
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o esterilización que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos y reacciones adversas derivados de los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: [signature] C.C. N°: 52 952 665

Nombre del animal de compañía: Negro Especie: Canino Sexo: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974569-F-0052552665-20160201 0059376515A 1 9903092695

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ✓ | CALLE: S | HX: 11

NOMBRE PACIENTE: Chiguis | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11A | COLOR: Negro y blanco | PESO: Kg 29,5 | SEXO: M ( ) H (✓)

TENEDOR Y/O TUTOR: Wey Eugenia Oviedo | C.C: 52.552.665

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@sinoreo.com

DIRECCIÓN: Cl 13 # 90 - 95 | BARRIO: Los Bosios

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (✓) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (✓) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (✓) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (✓) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (✓) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 107 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO		✓		GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf periodontal tipo IV.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil geronte
- Profilaxis
- Engustol.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que **he recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 52582665

Nombre del animal de compañía: Chiqüs ESPECIE Canino SEXO H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS VACHA

A-1500150-00974560 F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9900309290

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: Y. | CALLE: # | HR: 12

NOMBRE PACIENTE: Mily | ESPECIE: Canino | RAZA: Pitbull | EDAD: 2A | COLOR: Cafe blanco | PESO: Kg 22 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52.352.665

CONTACTO: 3214672381 | E-MAIL: 3214672364@Smaneo.com

DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 95 | BARRIO: Las Brisas

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 19 rpm | F.Cardiaca: 99 lpm | T° 37,6 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		+		MÚSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	+			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	+		
DIGESTIVO	+			GENITOURINARIO	+			OJOS		+	
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	+			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Conjuntivitis bilateral.

PLANES TERAPÉUTICOS

Colirio Oftalmologico.
Perfil General
Engystol.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Andrea Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	106132
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	Petsantel wp+2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray F1001251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que **he recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información** veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 52.502.665

Nombre del animal de compañía: Miky ESPECIE: Canino SEXO: H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.552.665**
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1970**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

07-ABR-1989 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00374569 F 0052552665-20180201 0069376515A 1 9900099605