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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/20 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: X | NX: 13

NOMBRE PACIENTE: Tonny | ESPECIE: canino | RAZA: Pitbull | EDAD: 8 A | COLOR: Cafe | PESO: Kg 33 | SEXO: M X H ___

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

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

DIRECCIÓN: Cl 13 # 90 - 99 | BARRIO: Las Brisas

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR | 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: 110 lpm | T° 38,7 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL S /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		OÍDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	—		
DIGESTIVO	X			GENITOURINARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO	X			OTROS	X		
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad articular degenerativa
Paciente obeso

PLANES TERAPÉUTICOS

Castracion
Perfil geronte
Atividy condroma x
Disminuir Porcion de comida en un 25%
Aumentar actividad Fisica
Zeel
Traumeel

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 3813000. 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)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt 2403
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 52.552.685

Nombre del animal de compañía: Tony ESPECIE Canino SEXO M

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 20180201 0059376515A 1 9903092805

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 06/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: D | CALLE: ___ | HX: 14

NOMBRE PACIENTE: Toby | ESPECIE: Canino | RAZA: MESTIZO | EDAD: 2A | COLOR: Negro | PESO: kg 20 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52 352 665

CONTACTO: 3214677381 | E-MAIL: 3214672384@sinmeo.co1

DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 96 | BARRIO: Las Brisas

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

ANAMNESIS

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

ENFERMEDADES ANTERIORES: NE

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NE | FECHA: NE

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

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

CONSUME MEDICAMENTOS: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm | F.Cardiaca: 110 lpm | T° 38,5 | 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	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente Sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Engystal
Perfil General de control

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)	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 52.552.665

Nombre del animal de compañía: Toby ESPECIE Canino SEXO M.

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 GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00074589-F-0052552665-20180201 0059376515A 1 9960092665

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: ← | HX: 15

NOMBRE PACIENTE: Falcado	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 15A
	COLOR: Amarillo y negro	PESO: Kg 30	SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Wilmy Eugenia Oviedo | CC: 52.552.665
CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214072384@hotmail.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: Castracion | 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 18 rpm | F.Cardiaca: 110 lpm | T°: 37,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2/8 /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

- Enf articular degenerativa
- Enf. Periodontal tipo I.

PLANES TERAPÉUTICOS

Aumentar porcion de comida en un 10%.
- Perfil Geronte
- Ativic y Condromax

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 reglamentarios 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 wpt 2403
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 Cultp CC O PPT: 52.652.685

Nombre del animal de compañía: Falcado ESPECIE: Canino SEXO: M

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 0052552665-20180201 0059376515A 1 9903092605

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: X | HX: 16

NOMBRE PACIENTE: Firulays | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 6A | COLOR: Negropuego | PESO: Kg 27 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR V/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo Pacheco | C.C: 52.552.605

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@Sincorreo.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: NR | 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: 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	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Castracion
Engystol para aumento de defensas
Perfil general de control

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El amba 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)	Petsonte! wp72403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FICD1251
	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 Camilo P CC O PPT: 52.552.665

Nombre del animal de compañía: Firulays ESPECIE: Canino SEXO M

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-1500150-00074589-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: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ___ | HX: 17
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Pecoso | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 A
COLOR: Blanco y negro | PESO: Kg 30 | SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Wy Eugenia Oviedo | C.C: 52.552.665
CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672584@Sinamee.com
DIRECCIÓN: CL 13 # 90 - 95 | BARRIO: Las Brujas
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE (X) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración | 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 21 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38.4 | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /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

Enf periodonta tipo IV
masa pendulante a nivel abdominal
Paciente con inicios de obesidad

PLANES TERAPÉUTICOS

- Icaf
- Perfil geronte
- Engystol para aumentar defesas
- Disminuir porcion de alimentos
- Profilaxis dental.

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 exacta, completa, vigente, 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 3337001. Manifiesta que con los datos proporcionados ejercerá 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)	Petsontel WPT2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fipros pray 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 examenes que se realizarán en el día de ejercicio 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 mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber recibido todas las dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Jey Cuello C.C. 52.552.665

Nombre del animal: Pecoso Especie: Canino Sexo: M

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 EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974589-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: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: ___ | HC: 18

NOMBRE PACIENTE: Sultan | ESPECIE: Canino | RAZA: Schnauzer colombiano | EDAD: 3A

COLOR: Amarillo y blanco | PESO: Kg 23 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52.552.686

CONTACTO: 3214671384 | E-MAIL: 3214672384@sin.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: NR | 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°: 38,6 | MUCOSAS: ROSO

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

EXAMEN CLINICO

	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			GENITOURINARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO	X			OTROS			
CARDIOVASCULAR				LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Baja condición Corporal

PLANES TERAPÉUTICOS

- Castración
- Aumentar porción de comida en un 20%
- Enzystol

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 FIOD1851
	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: 52 952 664

Nombre del animal de compañía: Soltan ESPECIE: Canino SEXO: M

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA

Lucy Eugenia Oviedo





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-1500150-00074680-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9903092605

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: X | HX: 19

NOMBRE PACIENTE: Drago 2 | ESPECIE: Canino | RAZA: Pitbull | EDAD: 3A | COLOR: Amarillo | PESO: Kg 33 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C: 56.552.663.

CONTACTO: 3046726384 | E-MAIL: 3214672584@Sinarroba.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: Castración | 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: 101 lpm | T°: 38.6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /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 con inicias de obesidad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Disminuir porcion de comida en un 15%
Aumentar activida Fisica.
Perfil general
Enguisto para aumentar defensas
Zeel
Tracneel

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 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 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)	Retsantel WPT 2403
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 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 52.552.665

Nombre del animal de compañía: Drago 2 ESPECIE: Canino SEXO M.

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 SALVADO VACCA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974589-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: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: K | HX: 20
CALLE: Sc

NOMBRE PACIENTE: Mateo | ESPECIE: Canino | RAZA: Pitbull | EDAD: 6A
COLOR: Blanco y cafe | PESO: Kg 31 | SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Way Eugenia Oviedo | CC: 52. 352 665
CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@Smsmeo.com
DIRECCIÓN: Cl 13 # 90 - 95 | BARRIO: La Brisa
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR | 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: 109 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Enf periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

- Castración
- Realizar higiene oral 2 veces por semana

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El suscrito 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, o a la Alcaldía Local de la respectiva localidad, en ejercicio de los derechos de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, solicitar prueba de esta autorización, solicitar información sobre el uso que se ha dado a los datos personales, y 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)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FLOD1251
	Antiparasitario externo para galos	
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 en la brigada de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos, reacciones adversas derivadas 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: Dg Ewe P. CC DEL TUTOR: 52552665

Nombre del animal de compañía: Mateo Especie: Canino Sexo: M

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 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 | CALLE: X | NO: 21

NOMBRE PACIENTE: Rex | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 8A | COLOR: Cafe y blanco | PESO: kg 33 | SEXO: M X H ○

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | CC: 52552665

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3146723840sincorre.com

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

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO ⊗ CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE X CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ○

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castracion | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ⊗ NACIDO ○

ENFERMEDADES ANTERIORES: NE

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NE | FECHA: NE

VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ⊗ | FECHA: NE

ÚLTIMO CELO: NE | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○

CONSUME MEDICAMENTOS: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaco: 100 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL		X		MUSCULO ESQUELETICO		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

Enf articular degenerativa
Paciente con inicias de obesidad

PLANES TERAPÉUTICOS

Atwic, condromax
- Radiografia lumbo-sacra.
- Disminuir porcion de comida.
- Aumentar actividad Fisica.
- Zeel, Traumeel

Sandra Medina
Médica Veterinaria

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 22366

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)	Petsante I WPT 2403
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 52 352 665

Nombre del animal de compañía: Rex ESPECIE Canino SEXO M.

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 LEON GALVEZ VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974569-F 0052552665 20180201 0059376515A 1 9903092805

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HOY: 22 | CALLE: X

NOMBRE PACIENTE: Loco | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo. | EDAD: 3A | COLOR: Dorado | PESO: Kg 33 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Wilson Eugenia Oviedo | CC: 52.557.665

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@sinoreo.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: Castración | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

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

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

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 110 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	X			MUSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO		X		GENITOURINARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO	X			OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf Periodontal tipo 1

PLANES TERAPÉUTICOS

Higiene oral 2 veces por semana
Se sugiere Perfil general

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	
	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)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	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 52 552 665

Nombre del animal de compañía: Loco ESPECIE: Canino SEXO M

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00074560-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9903092505

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: L. | HX: 23
CALLE: 4

NOMBRE PACIENTE: Drago | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 3A
COLOR: | PESO: Kg 25 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo Pacheco | C.C: 52.552.665
CONTACTO: 3214672364 | E-MAIL: 3214072584@Smamoo.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: NR | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ULTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA:
ULTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm | F.Cardiaca: 108 lpm | T° 32.2 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 5 /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		GENITOURINARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO	X			OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente reactivo a la manipulación
Paciente obeso
Enf. periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

Formula con cbd dosis para modulacion de comportamiento
Perfil general
Disminuir porción de comida en un 20%
Castración
Interconsulta con etología
-Higiene oral 2 veces x semana.

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 3813000. 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)	Petsantel wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FTOD1251
	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 Cuy CC O PPT: 52 552 665

Nombre del animal de compañía: Drago ESPECIE: Canino SEXO: M

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 9003092605

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 08/05/26. COMUNIDAD: CALLE: X PROTECCIONISTA: X HX: 24

NOMBRE PACIENTE: Danger ESPECIE: Canino RAZA: Mestizo EDAD: 4A

COLOR: Negro fuego PESO: Kg 22 SEXO: M X H

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo C.C: 52.552.665

CONTACTO: 3214672384 E-MAIL: 3214672584@Smorreo.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: Castracion 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 rpm F.Cardiaca: 101 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	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente Sano

PLANES TERAPÉUTICOS

- Engystol para aumentar defensas
- Perfil general de control

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforma 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)	Pelsantel WPT 2403.
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fipraspray F10D1251
	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: Danger ESPECIE Canino SEXO M

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.552.665
OVIEDO PACHECO

LUCY EUGENIA





INDICE DERECHO

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

A-1500150-00974580-F 0052552665-20180201 0059376516A 1 8903092605

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: — | HOY: 25

NOMBRE PACIENTE: Negro | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 14 A | COLOR: Negro | PESO: Kg 24 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C.: 3214672384 Sandra.com

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 52.552.665

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

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración | 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 21 rpm | F.Cardiaca: 111 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Enf articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil gerontológico
- Formula con atwic, condromax
- Enzystol
- Zoel
- Tricreel

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)	Petgantel WPT 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIDMS1
	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: Negro ESPECIE: Canino SEXO: M

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 DE GALINDO VACCA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974569 F 0052552665-20180201 905937651SA 1 9003092805

ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | NX: 26 | CALLE: X

NOMBRE PACIENTE: Niño | ESPECIE: Canino | RAZA: Bullterier | EDAD: 8A | COLOR: Blanco | PESO: Kg 30 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo Pacheco | CC: 52.552.665

CONTACTO: 3214692384 | E-MAIL: 321A6925841@s.rcorreo.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: Castración | 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°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4,5 /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
- Queratoconjuntivitis seca

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil geronte
- Disminuir porcion de comida en un 20%
- Aumentar actividad Fisica
- Cromus

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
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 – Dirección 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 wp + 2403
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 52.552.665

Nombre del animal de compañía: Niño ESPECIE Canino SEXO M

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **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-1500150-00074560-F 0052552665 20180201 0059376515A 1 9903092605

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: X | NX: 27

NOMBRE PACIENTE: Duncan | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 A | COLOR: Amarillo | PESO: Kg 28 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR V/O TUTOR: Wy Eugenia Oviedo | CC: 52 552 665

CONTACTO: 3214612384 | E-MAIL: 3214672384@hotmail.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: Castración | 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: 98 lpm | T°: 38.3 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4,5 /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 con inicios de obesidad.
Enf articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

Disminuir porcion de comida en un 15%
Aumento de actividad fisica.
Artritabs (Glucosamina + Condroitina)

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Univ. Salle

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. | 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, 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	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: 52552 665

Nombre del animal de compañía: Duncan ESPECIE: Canino SEXO: M

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 GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00074580-F 0052552665-20180201 0059376515A 1 9903092605

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: 28

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

TENEDOR Y/O TUTOR: Lucy Eugenia Oviedo | C.C.: 57.557.665

CONTACTO: 3214672384 | E-MAIL: 3214672384@sin6nto.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: NE | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NE

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NE | FECHA: NE

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

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

CONSUME MEDICAMENTOS: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 108 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	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO	—			OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO		—		GENTOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar higiene oral 2 veces por semana
-Castracion
Perfil Geronte
-Engystol para aumento de defensas

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 aquí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Asimismo, acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser radicada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Dirección de Atención al Ciudadano como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3340321. Manifiesta que con la entrega y suscripción del presente documento autoriza al mencionado responsable del tratamiento a 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)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	Petsantel wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FL0D1251
	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 asociados a los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Durante el intercambio de mis datos personales [illegible] y decido libremente todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Jorge Enrique Choco C.C. 80052665

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

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 LOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00974569-F 0052552665-20160201 0059376515A 1 9903092005