

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 188520

Objeto de la reunión:		Fecha:		Lugar:		Dependencia:		Hora de inicio:		Hora de finalización:		Modalidad:		Presencial Virtual Telefónica Mixta	
Tipo de Documento		Número de Documento de Identificación	Nombres y Apellidos (Jurídico o legal)	Nombre Identitario	Entidad	Dependencia	Cargo	Tipo de Vinculación	Correo Electrónico - Teléfono de Contacto	Firma					
							Asesor Directivo Profesional Técnico/ Tecnólogo Auxiliar Carrera Provisional Libre Nomb. Contratista								
CC	80.208837	Jose Niete	proprietario	—	—	—				312.364.5091					
CC	1023423371	Chiqui Lopez	—	ALSC	CYPA	*				3002435017					
CC	6858864	Diego Diaz	proprietario							304 642 8503					
CC	1013580172	Natalia Navarro	proprietaria							324 6891 589					
CC	35544133	Yasira Maspoza		ALSC	CYPA	*				3123945410					

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, 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 o Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobarnobogota.gov.co y su teléfono de atención es 5387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar la supresión de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para fines estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

* Ver SAC. M002 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en <https://gpo.gobarnobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sig>

Impresión: Secretaría General - 5/11/2023

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza reunión en punto fijo
donde se realizan 3 sesiones
dentro de ellas se acuerda.

- Responsabilidad
- Sistema de pñet por lección.

profesorado a cargo:
Miguel Lopez.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.
NOTA 2: Agregar o eliminar las filas que sean necesarias para registrar los acuerdos y los compromisos de la reunión.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código:

Versión:



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

Fecha:

26/05/26

N.º Petición / Incidente:

Hora:

10:35 am

N.º Consecutivo:

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva

☐ Visita de Atención Prioritaria

☐ Estrategia Habitabilidad calle

☐ Hogar de paso Proteccionista

Lugar de Asistencia:

Nombre:

Diego DG

Datos del solicitante

CC:

6858864

Teléfono:

304.642.8503

☒ Canino

☐ Macho

☐ Felino

☒ Hembra

Nombre:

WU

Datos del Animal

Edad:

13 años

Color:

cafe

Raza:

carce

Microchip: ¿Tenía?

Si

NO

☐ Entero

☒ Esterilizado

☐ Desconocido

☐ De calle

☐ Hogar de paso

☐ Con propietario

Datos del lugar/evento

Dirección:

CRA 10 Ceste #19-77 SUR

Barrio:

100 manzanas

Localidad: SAN CRISTOBAL

Correo electrónico:

Estrato:

2

UPZ

F.C. (L/min):

125

F.R. (R/min):

20

T. (°C):

38

C.C:

1

2

3

4

5

T.L.C:

2

Pulso:

filc

Mucosas:

RU72

% Deshidratación:

APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

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

SIGNOS CLINICOS

lesion atonica profunda.
se conta vena safena se estabiliza.
lesion.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

conte profundo M2D.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Código: _____ Versión: _____

BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO

Servicios prestados	Producto	Recomendaciones
1 Valoración Veterinaria	☒	1 Desparasitación interna Cada mes.
2 Desparasitación interna		2 Desparasitación Externa Cada mes.
3 Desparasitación Externa		3 Vitaminización.
4 Implantación de microchip		4 Realizar / completar esquema Vacunación.
5 Vitaminización		5 Continuar con tratamiento sugerido.
6 Antibioterapia		6 Esterilización.
7 Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7 Exámenes de laboratorio.
8 Tto. Heridas		8 Realizar otras ayudas diagnósticas.
9 Vacunación Preventiva		9 ¿Otra Cual?
10 Otra ¿cual?		

¿Caso trasladado?:

☐ Si ☐ No

Traslado a:

☒ Cierre de Caso

☐ Seguimiento

☐ Otro. ¿Cual? _____

☐ CES

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración.

tenon uterina con conte total.

- Venos sefenu de esterilizar.

utero, detiene ronyudo. cierre piel.

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:

☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, Diego DIOJ- identificado con número de Cédula 6858.864 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a valourer a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizo al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento así mismo autorizo a la Alcaldía Local de Usme el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Diego DIOJ-

Datos del médico veterinario Casa PYBA - Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matricula Profesional
<u>Miguel Lopez Cue</u>	<u>Miguel Lopez Cue</u>	<u>Dr. Miguel Lopez Cue</u> Médico Veterinario U. La Salle T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

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

Fecha: 20/05/26	Hora: 09:35	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva
 ☒ Visita de Atención Prioritaria
 ☐ Estrategia Habitabilidad calle
 ☐ Hogar de paso Proteccionista
 ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Jorez nieto
 CC: 80208837
 Teléfono: 3123645091

Datos del Animal

☒ Canino
 ☒ Macho
 Nombre: Zeus
 Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐

☐ Felino
 ☐ Hembra
 Edad: 6m.
 Color: Dorado
 Raza: cocken spaniel

☒ Entero
 ☐ Esterilizado
 ☐ De calle
 ☐ Hogar de paso
 ☐ Desconocido
 ☐ Con propietario

Datos del lugar/evento

Dirección: CR 103 este #21-65 sur
 Barrio: San Blas I
 Localidad: SAN CRISTOBAL
 Correo electrónico:
 Estrato:
 UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min):
 F.R (R/min):
 T (°C):
 C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

 TLLC:
 Pulso:
 Mucosas:
 % Deshidratación:
 Peso:

APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

1	Piel y anexos	APN	AN	NE	7	Sistema reproductivo	APN	AN	NE
2	Sistema musculo esquelético	APN	AN	NE	8	Ganglios linfáticos	APN	AN	NE
3	Sistema digestivo	APN	AN	NE	9	Sistema urinario	APN	AN	NE
4	Sistema respiratorio	APN	AN	NE	10	Ojos	APN	AN	NE
5	Sistema nervioso	APN	AN	NE	11	Otro ¿cuál?	APN	AN	NE
6	Sistema cardiovascular	APN	AN	NE	12	Comportamiento	APN	AN	NE

SIGNOS CLÍNICOS

Leve inflamación de oreja, pendiente
 valoración 27/05/26.
 Se realiza desparasitación.

Servicios prestados		Producto	Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria		1	Desparasitación Interna Cada mes.
2	Desparasitación Interna	α	2	Desparasitación Externa Cada mes.
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.
4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.

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

5	Vitaminización		5	Continuar con tratamiento sugerido.	
6	Antibioterapia		6	Esterilización.	
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio:	
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas:	
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?:

☐ Si ☐ No

Traslado a:

☒ Cierre de Caso

☐ Seguimiento

☐ CES

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Se realizó desparasitación interna.
pendiente vacunación de una oreja el día 27/05/26

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:

☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, Jorge Nieto identificado con número de Cédula 80208837 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del ALMV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Volowen a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: [Firma]

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	Nº de Matrícula Profesional
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

Apoya y/o Asiste

[Firma]
Médico Veterinario
U. La Salle
T.P. 41254



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código:

Versión:



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

Fecha:

26/05/26

N.º Petición / Incidente:

Hora:

12 pm

N.º Consecutivo:

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva

☒ Visita de Atención Prioritaria

☐ Estrategia Habitabilidad calle

☐ Hogar de paso Proteccionista

Lugar de Asistencia:

Nombre:

Natela Navonm

Datos del solicitante

CC:

10135800172

Teléfono:

3246091589

☐ Canino

☒ Felino

☐ Macho

☒ Hembra

Nombre:

Jena

Datos del Animal

Edad:

4 m.

Color:

siempre

Raza:

caullo

Microchip: ¿Tenía?

Si

NO

☒

☐ Entero

☐ Desconocido

☐ Esterilizado

☐ De calle

☐ Hogar de paso

☐ Con propietario

Dirección:

CRA 2 bis este # 22 D-22 Sa

Datos del lugar/evento

Barrio:

Chionoda

Localidad: SAN CRISTOBAL

Correo electrónico:

Estrato:

UPZ

F.C. (L/min):

12 J

F.R. (R/min):

20

Examen clínico general

T. (°C):

38

C.C:

1

2

3

4

5

TELC:

2

Pulso:

Fila

Mucosas:

% Deshidratación:

APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

1

Piel y anexos

2

Sistema musculo esquelético

3

Sistema digestivo

4

Sistema respiratorio

5

Sistema nervioso

6

Sistema cardiovascular

7

Sistema reproductivo

8

Ganglios linfáticos

9

Sistema urinario

10

Ojos

11

Otro ¿cuál?

12

Comportamiento

SIGNOS CLINICOS

Chionoda León - inicia primera
diagnostico

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

paciente en buenas condiciones

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	ALCALDIA LOCAL DE SAN CRISTOBAL		 BOGOTA SECRETARIA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLINICA		
	Código:	Versión:	

Servicios prestados		Producto	Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria	X	1	Desparasitación Interna Cada mes.
2	Desparasitación Interna	X	2	Desparasitación Externa Cada mes.
3	Desparasitación Externa		3	Vitaminización.
4	Implantación de microchip		4	Realizar / completar esquema Vacunación.
5	Vitaminización		5	Continuar con tratamiento sugerido.
6	Antibioterapia		6	Esterilización.
7	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		7	Exámenes de laboratorio.
8	Tto. Heridas		8	Realizar otras ayudas diagnósticas.
9	Vacunación Preventiva		9	¿Otra Cuál?
10	Otra ¿cuál?			

¿Caso trasladado?:
☐ Si ☐ No

Traslado a:
☒ Cierre de Caso
☐ Seguimiento

☐ CES
☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123
☐ Maltrato

☐ Otro, ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración.

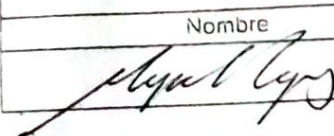
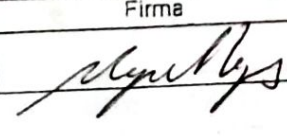
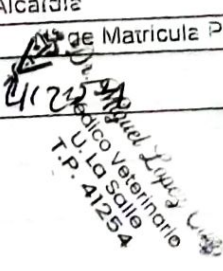
No realiza desparasitación interna
valoración general

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:

☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, Natalia Navarro identificado con número de Cédula 3246891589 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV _____ toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: _____ a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizo al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristobal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de Usme el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Natalia Navarro

Datos del médico veterinario Casa PYBA - Alcaldía		
Nombre	Firma	Número de Matricula Profesional
		

Apoya y/o Asiste _____