BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-F020
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso: 102LA-1085

Objeto de la reunión: Atención médica veterinaria en el punto fijo.
Fecha: 02/07/2026
Lugar: ALSC
Dependencia: CyPA.

Hora de inicio: 8:00 am
Hora de finalización: 1:00 pm
Nombre del Responsable: MV. Patricia Perez.

Modalidad: [X] Presencial [ ] Virtual [ ] Telefónica [ ] Mixta

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
	5677407	Patricia Perez.		ALSC	CyPA			X						X	3001956227	
	1013634186	Luisa Ortega		Comunidad											3103185886	
	51834692	Hoffe Eugenio P.		como dad.											3156336018	Yuma Eugenio P.
	1023895706	Fernando Le													3169907526	Fernando Le
	35544483	Yasira Hoffm [redacted]		ALSC	CYPA				X						3123945170	Yasira Hoffm

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 por consiguiente cualquier consulta o reclamación relacionado 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 por el uso indebido 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 entiendo que los datos aquí consignados serán usados para temas 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://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza atención médica veterinaria a 4 animales, 2 pacientes para consulta medica, 1 FHH y 1 CH. Además, se realizó retiro de puntos post-castración a 2 caninos machos.

Patricia Gisela Pérez Hidalgo
Médico Veterinario
RPP 97

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 proveen formularios.
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

#SCT-2026-8328

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | Versión:

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 02/07/2026. Hora: 8:58 am N.° Consecutivo:

N.° Petición / Incidente: Lugar de Asistencia: ALSC.

Tipo de Intervención:
☐ Jornada Masiva ☐ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Ma. Eugenia Olarte. CC: 51834692 Teléfono: 3156336018.

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino | ☐ Macho ☒ Hembra | Nombre: Molly. | Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐

Edad: 5 años Color: Gris Raza: Pinch/Schnauzer.

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

Datos del lugar/evento

Dirección: Cra 5 Bis #22-45 Sur. Barrio: 20 de Julio. Localidad: SAN CRISTÓBAL

Correo electrónico: Estrato: UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 144. F.R (R/min): 36. T (°C): 37,0°C C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐

TLLC: 2 Seg. Pulso: fuerte. Mucosas: rosadas % Deshidratación: N/R. Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Alimentación - Dog Chow R/pequeña. Pero desde hace 6 meses ya no come concentrado; arroz c/pollo o carne molida o Sopa de arroz, pan bocado ULT. desp. Hace 15 días. Motivo: Desde la semana pasada tuvo vomito y rojo c/ sangre. Ayer pasó. Anteanoche dejó de comer. Rojo c/ sangre

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	X
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones	
1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Vitaminización.	
4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

→ Tto. actual cardial 1/4 días.

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 recomienda realiza examen de sangre completo CH+BS+PO. Además se envía tto policitino para la casa.

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:

☐ **Propietario** ☐ **Cuidador** ☐ **Testigo**

Yo, _____ identificado con número de Cédula _____, 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 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: María Eugenia Olaya P.

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Patricia Pérez		Patricia Cristina Pérez Hidalgo Médico Veterinario RPP 97

Apoya y/o Asiste

_____

Nota - GI ↑ tamaño, entorita, soplo II; se envía remisión de exames de laboratorio y formula para la casa. Aciflux, Tab / Electrozyo Gastricumeal, tab y Quercetol 100 Tab. Dieta blanda = Medicalpets TGI canine.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 02/07/2026. Hora: 8:20 am. N.º Consecutivo:

N.º Petición / Incidente: Lugar de Asistencia: HCSC.

Tipo de Intervención:

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

Datos del solicitante

Nombre: Luisa María Ortega. CC: 1013634860 Teléfono: 3103485886.

Datos del Animal

☐ Canino ☑ Felino | ☐ Macho ☑ Hembra | Nombre: Mia.

Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐

Edad: Joven Color: Raza:

☑ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido | ☐ De calle ☐ Hogar de paso ☐ Con propietario

No Vacunas. No desparasitación.

Datos del lugar/evento

Dirección: Calle 5 B SUR #5-15. Barrio: Camino Viejo. Localidad: SAN CRISTOBAL

Correo electrónico: Estrato: UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 224. F.R (R/min): 68 T (ºC): 37,02 C.C: 1☐ 2☐ 3☐ 4☒ 5☐

TLLC: Pulso: Fuerte. Mucosas: rosadas % Deshidratación: N/R Peso:

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 CLÍNICOS

Motivo - La adoptó hace 1 mes. Vino afan de regalarla. A los 2 días convulsiona. Tiene otros 2 gatos en casa. Este martes volvió a convulsionar. Ya ha notado que es cada 8 días. Hogello → Naturcats.

	Servicios prestados	Producto		Recomendaciones	
1	Valoración Veterinaria	X.	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 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

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

Yo,_____ identificado con número de Cédula_____, 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 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: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	*N° de Matrícula Profesional
Patricia Pérez		Patricia Lucía Pérez Hidalgo Médico Veterinario RPP 97

Apoya y/o Asiste

_____

Nota — Se anúa remisión para exámenes de sangre completos CH + BS + PO y Host de toxoplasmosis. Se realiza desparasitación durante la consulta.