BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-FT29
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Cons. PCLA: 188520

Objeto de la reunión: Atencion Medica. Veterinaria Punto Fijo ALSC
Fecha: 07/10/26
Lugar: ALSC
Dependencia: CyPA
Hora de inicio: 9am
Hora de finalización: 1pm
Nombre del Responsable: Diego Diaz
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/ TECNOLOGO	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
cc	79472612	Julio Forero			Comunidad										3144586260	
cc	1109384585	Omar Aguirre			Comunidad										3229116783	
cc	51697438	Eunise Sisa			Comunidad										3104820638	Eunice Sisa P
cc	51783747	Esperanza Sepulveda			Comunidad										3167765066	Esperanza S
cc	1006776935	Laura Cuellar			Comunidad										3105507837	
cc	52760947	Miriam Galindo			Comunidad										3209565376	
cc	1015394235	Diego Diaz		ALSC	Comunidad			X						X	3133496710	
cc	35546483	Yesica Hoffman		ALSC	CyPA				X					X	3123945970	

CONSENTIMIENTO: Quien suscribe 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 – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3358700. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar dichos 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 conocer de forma gratuita los mismos. De igual manera entiende 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.

Nota: Consulte el Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://gaia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

El dia de hoy se realiza atención medico veterinaria- desparagitación y vitaminas a pacientes caninos y Felinos de la localidad San Cristobal.

Se realiza valoración medica, con su correspondiente receta medica a 2 caninos Hembras.

Se realiza desparagitacion mas vitaminas a 4 pacientes.

Canimo Macho 2
Felino Hembra 1
Felino Macho 1

Registro
SCT-2026-7015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Código: | **Versión:**

Fecha: 07/07/26	Hora:	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: Eunice Siza	CC: 51697438	Teléfono: 3204820258

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Anic	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: 5 años	Color: Negro	Raza:	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☒ Con propietario	☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: Cra 10f este # 79-38 sur	Barrio: Merceder	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:

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

Alopecia - Envejecimiento de Piel
Costras. - Eritema.

	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.	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL	BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLINICA	
	Código: / Versión:	

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 ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Uso obligatorio Collar Isabelino

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

Yo, Eunice Siza identificado con número de Cédula 51697435, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Aric 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 Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Eunice Siza P.

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Díaz		29684

DIEGO ANDRÉS DÍAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 07/07/26	Hora:	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: Omar Aguirre	CC: 1193845655	Teléfono: 3224116783

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Bella	Microchip: ¿Tenía? Sí ☐ NO X ☐

Edad: 3 meses	Color:	Raza:

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

Datos del lugar/evento

Dirección:	Barrio:	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:

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 CLINICOS

Otitis. - Prurito - Piel rojica - Eritema.

	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.	

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL	BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO
	HISTORIA CLINICA	
	Código: / Versión:	

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 ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Iniciar Plan Vacunacion

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

Yo, Omar Aguirre identificado con número de Cédula _____, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del (la) 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 Cristobal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: _____

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía		
Nombre	Firma	N° de Matricula Profesional
Dg. Dian		29684

DIEGO ANDRES DIAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____