BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

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

Objeto de la reunión: Atencion Medico Veterinaria Punto Fijo ALSC
Fecha: 25/07/26
Lugar: ALSC
Dependencia: CyPA
Hora de inicio: 8 am
Hora de finalización: 1 pm
Modalidad: [x] Presencial [ ] Virtual [ ] Telefónica [ ] Mixta
Nombre del Responsable: Diego Diaz

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/ TECNÓL.	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	41767284	Maria Alicia Contreras			Comunidad										3054027798	
cc	41701540	Luz Marina Mary			Comunidad										3053457782	
cc	51797591	Yolanda Acosta			Comunidad										3123667821	
cc	19723269	Jasnet Roa			Comunidad										3102415093	
cc	1000048598	Daniela Monsalve			Comunidad										3026085089	
cc	1015349235	Diego Diaz		ALSC	CyPA			x						x	3133496710	

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 - 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 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.

* Ver SIC-M001 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://sga.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sig

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

El día de hoy se realiza jornada de valoracion Medico Veterinaria, desparasitacion + Vitaminas a Caninos y Felinos de la localidad de San Cristobal en las instalaciones de la Alcaldia.

Se realizan 1 Canino Hembra - 1 (Canino) Felino Hembra para valoración y consulta medica

Se realizan 3 desparasitaciones 2 Caninos Machos - 1 Felino Macho.

Total animales atendidos. 5 animales.

Numero Registro
#SCT-2026-1262.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de tercera reunión, esta puede ser extraordinaria o de evaluación grupal por incumplimiento de compromisos establecidos por una o varias partes.
NOTA 2: Agregar o eliminar filas según sea necesario para registrar los acuerdos y compromisos de la reunión.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ secretaría de GOBIERNO

Fecha: 15/07/26.	Hora:	N.° Consecutivo:
N.° 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: Yolanda Acosta	CC: 51797591	Teléfono: 3123667821

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino	☐ Macho ☒ Hembra	Nombre: Niky	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO X ☐
Edad: 2 años	Color:	Raza: Criollo	
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido	☐ De calle ☒ Con propietario	☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: Cll 9 bis # 9a sur - est 37	Barrio: Vitelma.	Localidad: SAN CRISTOBAL
Correo electrónico:	Estrato:	UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 150	F.R (R/min): 28	T (°C): 38.6	C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐	
TLLC:	Pulso:	Mucosas: Rosa	% Deshidratación: 0	

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

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

SIGNOS CLINICOS

Dolor al tragar - Gnhapetencia)
Hiporexia.
Irritacion Cavidad Oral

	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 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, Yolanda Acosta identificado con número de Cédula 51797597 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Vita 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: Yolanda Acosta

Datos del médico veterinario Casa PYBA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Diego Diaz		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

BOGOTÁ GOBIERNO

Código: | **Versión:**

Fecha 15/07/26. | Hora | N.° Consecutivo

N.° 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 Jasnet Roa | CC 19123269 | Teléfono 3102475093

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Felino | ☐ Macho ☒ Hembra | Nombre S Zacha | Microchip ¿Tenia? Si ☐ NO X ☐

Edad 1 año | Color Gris | Raza

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

Datos del lugar/evento

Dirección Cra 4 28-25 sur | Barrio San cristobal | Localidad SAN CRISTOBAL

Correo electrónico | Estrato | UPZ

Examen clinico general

F.C (L/min) 82 | F.R (R/min) 18 | T (°C) 38.1 | C.C 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐

TLLC | Pulso | Mucosas Rosa | % Deshidratación 6

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

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

SIGNOS CLINICOS

Dermatitis Atopica
Prurito
Alopecia. en zona caudal.

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	

Recomendaciones

1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
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

Cambio Alimentacion
Control Antipulgas.

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

Yo, Jasnet Roa identificado con número de Cédula 19123269, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV_, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Zacha. 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 Matrícula Profesional
Diego Diaz		29684

DIEGO ALEXANDRES DIAZ HOLGUÍN
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
T.P 29684

Apoya y/o Asiste

_____