



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDE-GPD-1029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2023
Caso: H.C.A. 198520

Objeto de la reunión:

Fecha:

Lugar:

Dependencia:

Atención médica veterinaria en Punto fijo
15-09-26
Alcaldía local de San Cristóbal
Cypa

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Nombre del Responsable:

Modalidad:

Presencial
Virtual
Telefónica
Mista

CORREO ELECTRÓNICO -
TELÉFONO DE CONTACTO

FIRMA

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	TECNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA		
	CC 51614603	Olga Machado		Comunidad.											3123442632	
	CC 39162305	Ana C. Avila		Comunidad.											3138368949	
(c)	CC 102395559	Natalia Vazquez		Comunidad											3143477816	
(d)	CC 51959571	Gilma Razo													3223586697	
	CC 41779774	Nathalie Bazzano		Comunidad.											41779774	
	CC 3554433	Yasnia Mosquera		ALSC	Cypa										3123945170	
	PPT 5677407	Patricia Pérez		ALSC	Cypa										3001956227	

#SCT-2026-1838.

CONSENTIMIENTO: (para registro de 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 actualización y/o eliminación de sus datos personales, o cualquier otro uso de sus datos personales, a solicitarla 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 sus datos). En igual sentido declara que sus datos solo serán utilizados para fines estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales: Disponible en <https://gao.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sig>

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza atención médica veterinaria en el punto fijo de la Alcaldía local de San Cristóbal, siendo atendidos 4 animales para consulta médica, 1 para control y lectur. de exámenes y 1 para desparasitación, total 6.

Cabe resaltar que a 2 de los pacientes de consulta se les realizó desparasitación tanto interna como externa.

Por otra parte se realizó sensibilización acerca de la tenencia responsable de mascotas y cuidados de los mismos.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

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



ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código:

Versión:

BOGOTÁ GOBIERNO

Fecha:

18/08/26

Hora:

8:43 am

N° Consecutivo:

N° Petición / Incidente

Lugar de Asistencia:

ALSC

Tipo de intervención:

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

Datos del solicitante

Nombre:

Olga Madronero

C.C. 31614603

Teléfono:

3123442632

Datos del Animal

☒ Canino
☐ Felino☒ Macho
☐ Hembra

Nombre:

Killer

Microchip: ¿Tenía?

SI

☐

NO

☐

Edad:

15-16 años

Color:

Oro

Raza:

French Bulldog

Alimentación:

Filipo

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

Datos del lugar/evento

Dirección:

Cra 14 este #466-64502

Barrio:

Quindío

Localidad: SAN CRISTÓBAL

Correo electrónico:

Estrato:

URZ

Examen clínico general

F.C (L/min):

144

F.R (R/min):

48

T.C. 39,3°C

C.C:

1

☒

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

T.L.C:

+2 ss

Pulso:

Pulsado rosado

Mucosas:

8%

% Deshidratación:

Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Motivo =
Lleva 1 semana enfermo y flaca, se
queja demasiado y no está comien-
do, solo toma agua.

Hallazgos - Infección en ambos ojos,
pérdida del ojo derecho; paciente
débil G/C 2/5 en mal estado
general.

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.

 ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL HISTORIA CLÍNICA	BOGOTÁ GOBIERNO	
	Código	Versión

1	Vitaminización		Continuar con tratamiento sugerido
2	Antibioterapia		esterilización
3	Tto. Analgésico / antiinflamatorio		Exámenes de laboratorio
4	Tto. Heridas		Realizar otras ayudas diagnósticas
5	Vacunación Preventiva		¿Otra Cédula?
10	Otro ¿Cuál?		

¿Caso trasladado?:
☐ SI ☐ No

Trasladado a:
☐ Cierre de Caso
☐ Seguimiento

☐ CES

☐ Esterilizaciones
☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Traslado 123
☐ Maltrato

☐ Otro ¿Cuál?

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Paciente amerita hospitalización con urgencia, se envía remisión.

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 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 San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: *[Firma manuscrita]*

Datos del médico veterinario Casa CyPA - Alcaldía

Nombre	Firma	Nº de Matrícula Profesional
<i>Patricia Pérez</i>	<i>[Firma]</i>	M.V. 097 Conzcol.

Apoya y/o Asiste

Paciente en c/c 2/5, pérdida de masa muscular marcada, pelo seco, hirsuto; decaído, con lagañas en ambos ojos, dolor abdominal marcado, sin castración, inapetencia y un 8% de deshidratación. Amerita hospital urgente. Tutora reporte no tener los medios económicos.



ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

HISTORIA CLINICA

Código:

Versión:



SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 18/08/2026

N.º Petición / Incidente

Hora

10:10 am

N.º Consecutivo:

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva
☐ Operativo

☐ Visita de Atención Prioritaria

☐ Estrategia Habitabilidad calle

☐ Hogar de paso Proteccionista

Lugar de Asistencia:

ALSC

Nombre:

Marta Lucia Bayona

Datos del solicitante

CC:

91779974

Teléfono:

3104911673

☐ Canino

☒ Macho

Nombre:

Mike

Datos del Animal

☐ Felino

☐ Hembra

Edad:

15 años

Color:

Raza:

Siames

Microchip: ¿Tenía?

Sí

NO

☐ Entero

☒ Esterilizado

☐ Desconocido

☐ De calle

☐ Hogar de paso

☒ Con propietario

Dirección:

Cra 2 A # 17 A - 35 SUR

Datos del lugar/evento

Barrio:

Velódromo

Localidad: SAN CRISTOBAL

Correo electrónico:

Estrato:

UPZ

F.C (L/min):

176

F.R (R/min):

88

Examen clínico general

T.L.C:

+2 8

Pulso:

moderado

T.P:

38.6

C.C:

1

2

3

4

5

Mucosas:

rosas pálidas

% Deshidratación:

12

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

Consulta debido a pérdida de peso, no está comiendo bien, cuando respire se le escucha como un pito.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Tab. / Meloxicam gotas. Ito. anterior - Clavoxin 50 mg.

A la palpación dolor abdominal marcado, silbancie durante la auscultación.



ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL
HISTORIA CLÍNICA

BOGOTÁ GOBIERNO

Código:

Versión:

Fecha:

18/08/26.

N.º Petición / Incidente:

Hora:

9:01am

N.º Consecutivo:

Tipo de intervención:

☐ Jornada Masiva

☐ Visita de Atención Prioritaria

☐ Estrategia Habitabilidad calle

☐ Hogar de paso Proteccionista

Lugar de Asistencia:

ALSC

Nombre:

Ana Cecilia Avila

Datos del solicitante

CC:

36162305

Teléfono:

3138368949

☒ Canino

☐ Macho

☐ Felino

☒ Hembra

Nombre:

Dulu

Datos del Animal

Edad:

1/2 años

Color:

laron

Raza:

criollo

Microchip: Tenia?

Si

No

☐

☐

☐ Entero

☒ Esterilizado

☐ De calle

☐ Hogar de paso

☒ Con propietario

UH. vacuna
Canigen MHA2+L

Dirección:

Calle 361 SUR #1C-12

Datos del lugar/evento

Barrio:

Villa de los Alpes

Localidad: SAN CRISTOBAL

Estrato:

2

URZ

Correo electrónico:

F.C (L/min):

128

F.R (R/min):

48

Examen clínico general

T.º C:

38,6

E.C:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒

TLLC:

25g

Pulso:

fuerte

Mucosas:

rosadas

% Deshidratación:

N/R

Peso:

1 Piel y anexos

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

2 Sistema musculo esquelético

APN

AN

NE

7

Sistema reproductivo

3 Sistema digestivo

APN

AN

NE

8

Ganglios linfáticos

4 Sistema respiratorio

APN

AN

NE

9

Sistema urinario

5 Sistema nervioso

APN

AN

NE

10

Ojos

6 Sistema cardiovascular

APN

AN

NE

11

Otro ¿cuál?

SIGNOS CLINICOS

APN

AN

NE

12

Comportamiento

Ult. desparasitación hace más de 1 año.
Hoy, revisión médica y desparasitación.

Paciente alerta, activa, no presenta alteraciones y/o lesiones aparentes durante la revisión. Se realiza desparasitación interna y externa.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

BOGOTÁ SECRETARÍA DE
GOBIERNO

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 Cual?
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

2da dosis de desparasitante
interno en 15 días.

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 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 San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma:

Caro Cecilia Ovilo.

Datos del médico veterinario Casa CyPA - Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Patricia Pérez		MV RPO97

Apoya y/o Asiste



ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código:

Versión:

BOGOTÁ

GOBIERNO

Fecha:

18/08/26

Nº Petición / Incidente:

Hora:

16 am

Nº Consecutivo:

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva

☐ Visita de Atención Prioritaria

☐ Estrategia Habitabilidad calle

☐ Hogar de paso Protección

Lugar de atención:

ALCOG

Nombre:

Ana Cecilia

Datos del solicitante

36/62305

3138368949

☒ Canino

☒ Macho

Nombre:

Lucas

Datos del Animal

☐ Felino

☐ Hembra

Edad:

13

Color:

Harro

Raza:

Small

Microchip: ¿Tenia?

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

☒ Entero

☒ Esterilizado

☐ Desconocido

☐ De calle

☐ Hogar de paso

☒ Con propietario

alimentación -
arroz pan
asado, hígado,
mantequilla,
leche, etc.

Dirección:

Calle 36 SUR #1C-12

Datos del lugar/evento

Barrio:

Villa de

Localidad: SAN CRISTÓBAL

Correo electrónico:

Estrato:

URZ

F.C (L/min):

148

F.R (R/min):

Examen clínico general

69

38.3

TLLC:

289

Pulso:

fuerte

Mucosas:

rosadas

% Deshidratación: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐

N/R

Peso:

1 Piel y anexos

2 Sistema musculoesquelético

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Revisión médica - desparasitación
Paciente alerta, activo, no
presenta lesiones y/o alteraciones
durante la revisión.
Se realiza desparasitación
interna y externa.

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.



ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL
HISTORIA CLÍNICA



Código:

Versión:

5	Vitaminización	5	Continuar con tratamiento sugiendo
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

☐ Esterilizaciones

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

☐ Otro ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Ninguna, 2da dosis de desparasitante interno en 15 días.

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 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 San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: Ana Cecilia Orozco

Datos del médico veterinario Casa CyPA - Alcaldía

Nombre

Firma

N° de Matrícula Profesional

Patricia Pérez

097 MV.
Conuezco

Apoya y/o Asista