|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Registro:** | **No. de Registro de la Secretaría de Salud Municipal:** | | | |
| **Nombre del Perro:** | | | **Raza:** | |
| **Edad:** | |  | | --- | |  |   **Registro 1 vez Renovación**   |  | | --- | |  | | | | |
| **Nombre del Propietario:** | | | | **CC/Nit:** |
| **Dirección de domicilio del Propietario:** | | | | **Teléfono:** |
| **Nombre de la persona o entidad que lo cuida:** | | | | **Teléfono:** |
| **Dirección de domicilio del perro:** | | | | |
| **Características fenotípicas del perro:** | | | | |
| **Destinación:**    **Convivencia: Protección: Guardián: Búsqueda:**  **Otro: Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **Registro de vacunación:**  **Rabia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lote\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Entidad responsable: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Otras Cuales:**  **Parvovirosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Triple viral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Otro cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Antecedentes de comportamiento: si \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_ Especifique:**  **Incidentes de ataque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Multas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sanciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **Observaciones:** | | | | |

**Nota: DEBE SER MANEJADO CON TRAÍLLA Y BOZAL EN SITIOS PÚBLICOS / Ley 1801 de 2016**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Profesional de la Secretaría firma responsable del canino**

**De Salud Municipal. C.C**