Tame, 09 de diciembre de 2024

# INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

## CONTRATO DE SERVICIOS No. 325 DE 2024

Contratista
**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR NIT. 1070607704-9, PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AMIGOS DE CUATRO PATAS**

**YEISSON OMAR LOPEZ NEITE**
Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente
Supervisor

**TABLA DE CONTENIDO**


1. INTRODUCCIÓN
2. CUADRO BÁSICO DEL CONTRATO
3. ACTOS ADMINISTRATIVOS SUSCRITOS
4. PÓLIZAS DE CONTRATO
5. OBLIGACIONES CONTRACTUALES
6. DESARROLLO DE ACTIVIDADES
7. CUADRO FINANCIERO
8. CONCLUSIONES
9. ANEXOS

## 1. INTRODUCCIÓN

La esterilización en la especie canina y felina forma uno de los tratamientos que se realizan con mayor frecuencia por los veterinarios especialistas en animales de compañía, encontramos la justificación a esta frecuencia en los beneficios que estas técnicas quirúrgicas derivan tanto a mascotas como para sus propietarios. Estas ventajas no solo van encaminadas con la salud de los animales sino también con el control de tenencia responsable de animales de compañía contribuyendo al control de exceso de animales en abandono, por lo tanto, a la reducción de animales maltratados.

Estos tratamientos no tienen aspectos adversos sobre los animales, se recomienda realizar a partir de los 6 meses y no produce ningún cambio de comportamiento de la mascota en relación con las personas.

2.

| INFORME FINAL DE ACTIVIDADES | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 12 | 12 | 2024 |
| **DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | | | |
| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** | 325 DE 2024 | | |
| **VALOR INICIAL** | TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.00,00) | | |
| **VALOR TOTAL** | TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.00,00). | | |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE TAME | | |
| **CONTRATISTA** | JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR C.C 1070607704 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS NIT. 1070607704-9 | | |
| **No. DE IDENTIFICACION** | 1.070.607.704 | | |
| **PLAZO DE EJECUCION** | TREINTA (30) DÍAS | | |
| **SUPERVISOR** | **MVZ. YEISSON OMAR LOPEZ NEITE** SECRETARIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE | | |
| **FECHA DE INICIO** | 06 de noviembre del 2024 | | |
| **PERIODO DEL INFORME** | 06 de noviembre al 06 de diciembre del 2024 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA. | | |
| | | | |

## 3. ACTOS ADMINISTRATIVOS SUSCRITOS

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | 31 de octubre de 2024 |
| **ACTA DE INICIO** | 06 de noviembre de 2024 |
| **OTRO SI** | 22 de noviembre de 2024 |
| **ACTA DE RECIBIDO FINAL** | 05 de diciembre de 2024 |

## 4. PÓLIZAS DEL CONTRATO

VIGENCIAS DE PÓLIZA

A. PÓLIZAS DE LEGALIZACIÓN, expedida el cero uno (01) de noviembre de 2024 y aprobada el día 01 de noviembre de 2024 por el jefe de la oficina jurídica del municipio de Tame.

| COMPAÑÍA DE SEGUROS | RIESGO | PÓLIZA N° | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | INICIA | TERMINA | |
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del contrato | COQ-100004237 | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del servicio | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad y correcto funcionamiento | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |

B. PÓLIZAS SEGÚN ACTA DE INICIO expedida el cero uno (01) de noviembre de 2024 y aprobada por oficina jurídica el trece (13) de diciembre de 2024.

| COMPAÑÍA DE SEGUROS | RIESGO | PÓLIZA N° | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | INICIA | TERMINA | |
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del contrato | COQ-1000004257 | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del servicio | | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad y correcto funcionamiento | | 06/11/24 | 07/04/25 | $3.639.800.00 |

## 5. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El Contrato de Servicios N° 325 de 2024 fue ejecutado por el Doctor JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR NIT. 1070607704-9, PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AMIGOS DE CUATRO PATAS, ubicado en el casco urbano del Municipio de Tame, quien acreditó la capacidad y experiencia idónea para adelantar las actividades que estipulaba el contrato, las cuales se describen a continuación:

| ITEM | DESCRIPCION | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA. | | | | |
| 1.1 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A TODO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA POBLACIÓN CANINA EN EL MUNICIPIO DE TAME | NUMERO | 80 | 250.000 | 20.000.000 |
| 1.2 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A TODO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA POBLACIÓN FELINA EN EL MUNICIPIO DE TAME | NUMERO | 60 | 150.800 | 9.048.000 |
| 1.3 | Cuadro hematológico | NUMERO | 140 | 20.000 | 2.800.000 |
| 1.4 | Collar isabelino | NUMERO | 140 | 22.500 | 3.150.000 |
| 1.5 | Medicamentos post quirúrgicos analgésico por 3 días (KETOPROFENO 100 MG) 1.5 ml por animal (3 frascos 100 ML KENOGAN). | NUMERO | 3 | 233.333 | 700.000 |
| 1.6 | Medicamentos post quirúrgicos antibiótico por 10 días. (PENICILINA G. 6.000.000UI) 2 ml por animal (14 frascos 20 ML TRIPLEN L. A) | NUMERO | 14 | 50.000 | 700.000 |
| | | | | TOTAL | 36.398.000 |

**1.1 Hembras caninas**: En esta técnica quirúrgica la incisión debe realizarse directamente caudal al ombligo, el tamaño varía según el tamaño de la perra, la incisión atraviesa la piel y el tejido subcutáneo para exponer la línea alba; se debe realizar una elevación del cuerno uterino la cual puede realizarse con un gancho de ovariectomía o manualmente, se tira de cada uno de los ovarios hacia el polo caudal del riñón. posteriormente se colocan las ligaduras craneales a los ovarios. Separe el ligamento ancho de los cuernos uterinos en dirección caudal, hacia el cuerpo del útero y se realiza sutura. posteriormente ligar el cuerpo uterino cranealmente al cuello uterino, por último, se realiza cierre la pared abdominal en tres capas (línea alba, tejido subcutáneo y piel).

**1.1 Machos caninos**: En esta técnica quirúrgica se inicia con el rasurado del escroto y la zona que lo rodea, después se procede a su esterilización y desinfección. Asimismo, el campo quirúrgico se cubre con paños estériles a fin de evitar infecciones, se realiza una incisión en el escroto y de las túnicas que lo protegen, se ligan los vasos sanguíneos, el conducto deferente y se extirpan los testículos.

**1.2 Hembras felinas:** En esta técnica quirúrgica la incisión debe realizarse directamente caudal al ombligo, el tamaño varía según el tamaño de la gata, la incisión atraviesa la piel y el tejido subcutáneo para exponer la línea alba; se debe realizar una elevación del cuerno uterino la cual puede realizarse con un gancho de ovariectomía o manualmente, se tira de

cada uno de los ovarios hacia el polo caudal del riñón. posteriormente se colocan las ligaduras craneales a los ovarios. Separe el ligamento ancho de los cuernos uterinos en dirección caudal, hacia el cuerpo del útero y se realiza sutura. posteriormente ligar el cuerpo uterino cranealmente al cuello uterino, por último, se realiza cierre la pared abdominal en tres capas (línea alba, tejido subcutáneo y piel).

**1.2 Machos felinos:** En esta técnica quirúrgica se inicia con el rasurado del escroto y la zona que lo rodea del gato, después se procede a su esterilización y desinfección. Asimismo, el campo quirúrgico se cubre con paños estériles a fin de evitar infecciones, se realiza una incisión en el escroto y de las túnicas que lo protegen, se ligan los vasos sanguíneos, el conducto deferente y se extirpan los testículos.

**1.3 Cuadro hematológico:** Se realiza desinfección del área donde se va tomar la muestra, con un torniquete se hace presión en el miembro delantero para ayudar a exponer la vena, posteriormente con una aguja # 20GX1 y un tubo lila pediátrico se procede a tomar la muestra.

**1.4 Collar isabelino:** Es de uso obligatorio para todos los animales post operatorio, su material es 90% de plástico y el collar isabelino es un collar en forma de cono que se coloca alrededor de la cabeza del animal para evitar que acceda a zonas de su cuerpo, como patas, costado, cuello, etc. Y así evitar, como hemos mencionado, que lama sus heridas, cicatrices o puntos de sutura. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

**1.5 Medicamento post quirúrgico analgésico:** Los analgésicos son medicinas que reducen o alivian los dolores, musculares, artríticos o muchos otros dolores. Existen muchos tipos diferentes de analgésicos y cada uno tiene sus ventajas y riesgos. Algunos tipos de dolor responden mejor a determinadas medicinas que a otras. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

1.6 **Medicamentos post quirúrgico antibiótico:** Los antibióticos son medicamentos que combaten las infecciones bacterianas en animales. Funcionan matando las bacterias o dificultando su crecimiento y multiplicación. Los antibióticos se pueden tomar de diferentes maneras: Por vía oral (por la boca): Pueden ser pastillas, cápsulas o líquidos. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

## 6. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Durante la ejecución del contrato se evidenció que se realizaron tres jornadas en donde se intervino la totalidad de animales estipulados:

| | CANINOS | FELINOS |
|---|---|---|
| HEMBRAS | 53 | 40 |
| MACHOS | 27 | 20 |
| TOTAL | 80 | 60 |

Dichas jornadas se realizaron los días 25 de noviembre del 2024, en donde se esterilizaron 47 perras y 4 machos; el día 26 de noviembre se intervinieron los felinos 40 Hembras y 20 machos, el día 27 de noviembre se intervinieron 6 Perras y 23 Perros.

El procedimiento en las tres jornadas fue exactamente el mismo y se describe a continuación:

En días previos a las jornadas de esterilización, se citaron las mascotas beneficiarias para hacerles un examen físico y hematológico (de sangre) para verificar que estas estuvieran aptas para el procedimiento quirúrgico y así, evitar complicaciones o muertes. A aquellos que presentaron algún nivel de anemia se les pidió a los propietarios que les suministraran medicamentos para que estuvieran actas para la cirugía.

Seguido se citaron las mascotas para los días en que se realizarían los procedimientos quirúrgicos; es decir, 47 Hembras y 4 machos caninos el día 25 de noviembre, el día 26 de noviembre 40 hembras y 20 machos felinos y el día 27 de noviembre 6 Perras y 23 Perros. El contratista explicó a los propietarios las condiciones en las que debían traer a sus mascotas, es decir: en ayuno de 12 horas, limpias, con collar los perros y en guacal o canasta los gatos para evitar que se escaparan.

En la jornada del 25, 26 y 27 de noviembre el contratista recibió todos los animales a las 6:00 am, machos y hembras; sus propietarios suministraron los datos para llenar y firmar el consentimiento de anestesia. Se pesaron las mascotas y se dirigieron a la sala de prequirúrgicos para prepararlos para las cirugías. El procedimiento que se les realizó tanto a perros como a gatos se denomina Orquiectomía Ventral; y en las hembras Ovario histerectomía ventral, una vez salieron de la sala de cirugía se les aplicó antibiótico, analgésico y se les colocó el collar isabelino para asegurar una adecuada recuperación.

Antes de la cirugía, se canalizaron las mascotas, se rasuró el área a incidir, se suministró antibiótico y se prepararon para la anestesia. Es importante mencionar que todos los procedimientos se realizaron con anestesia inhalada con lo cual se garantizó la vida de los pacientes al disminuir riesgos y se evitaron traumatismo al despertar. Todos los pacientes asimilaron bien la anestesia y se reincorporaron de manera adecuada.

Una vez el contratista se aseguró de que las mascotas estaban en buenas condiciones de ánimo, sin riegos derivados de la cirugía, se avisó a los propietarios para que pasaran por la mascota.

El contratista explicó los cuidados a tener en casa para una adecuada recuperación de las mascotas y se citaron para quitar puntos los días 04, 05 y 06 de diciembre del 2024, una vez dada las indicaciones se les entrega su mascota.

## 7. CUADRO FINANCIERO

| DESCRIPCIÓN | CONTRACTUAL | ACTAS | GIROS |
|---|---|---|---|
| Valor Ejecutado del Contrato | $36.398.000,00 | | |
| Valor total | $36.398.000,00 | | |
| Valor del Anticipo | | | |
| Valor Neto a Pagar Acta de Recibo Final | | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 |
| Saldo a favor del Municipio de Tame | | $0 | |
| SUMAS IGUALES | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 |

## 8. Conclusiones

Concluimos que estos proyectos se deben realizar con mas frecuencia ya que esto nos ayuda a disminuir la población de animales abandonos, lo que significa menos proliferación de enfermedades (virales, parasitarias, bacterianas, micoticas). Entre otras.

Se realizaron las 140 esterilizaciones estipuladas lo que nos garantiza que cierto porcentaje de la población no va seguir reproduciéndose de forma discriminada, ya que se priorizo población vulnerable.

## 9. Anexos

### REGISTRO FOTOGRÁFICO

### 1. INICIO DE JORNADA DE ESTERILIZACIÓN (RECEPCIÓN DE ANIMALES)









2. EXAMEN FÍSICO Y HEMATOLÓGICO



3. PREPARACIÓN ANTES DE LA ENTRADA A CIRUGÍA





## 4. PACIENTES EN ESPERA PARA INGRESO A CIRUGÍA







5. QUIRÓFANO



6. EQUIPO DE ANESTESIA INHALADA



## 7. PACIENTES EN RECUPERACIÓN









8. MEDICAMENTOS Y COLLAR ISABELINO

entrada a almacén N° IVN-S2024112200005





9. ENTREGA DE PACIENTES









| | |
|---|---|
| **DECLARACIÓN:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. | |
| **OBSERVACIONES Y/O ANEXOS** | • Registro fotográfico, consentimientos de anestesia (Firmados por los propietarios de las mascotas).<br>• Planillas de enfoque diferencial<br>• Planilla de seguridad social correspondiente al periodo del informe, de mes de noviembre y diciembre de 2024 pagos realizados mediante planilla N° 7952541190 - 7952540860 |
| **FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>**Nombre: JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**<br>**Identificación del Contratista: C.C. No. 1.070.607.704** | |

| | |
|---|---|
| | |
| **SUPERVISION POR EL MUNICIPIO** | |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**<br><br>**NOMBRE:** MVZ. YEISSON OMAR LOPEZ NEITE<br>**CARGO:** SECRETARIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE |  |

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Edwin Rodriguez
de identificación 1.006.248.020
Dirección: cll 15 - 19-97 Teléfono: 3107784638
Mascota: Pantera Sexo: ○ Macho ● Hembra
Especie: canina Raza: criolla Color: cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda ovh
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

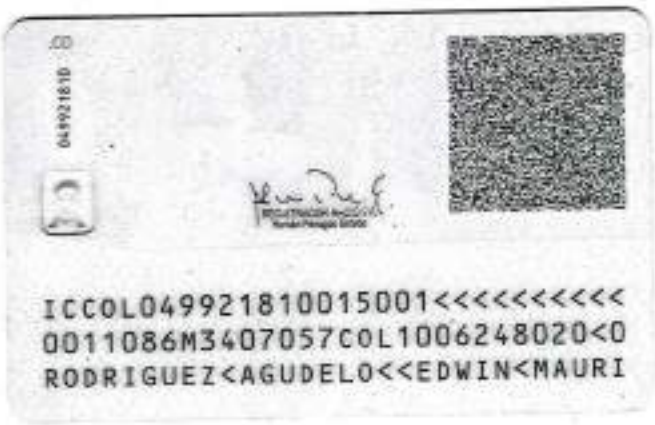
Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Mauricio Rodriguez Mauricio Rodriguez.
Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

200


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.006.248.020
Apellidos
RODRIGUEZ AGUDELO
Nombres
EDWIN MAURICIO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.80
Sexo
M
Fecha de nacimiento
08 NOV 2000
G.S.
O-
Lugar de nacimiento
EL DOVIO (VALLE)
Fecha y lugar de expedición
28 NOV 2018, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
05 JUL 2034


CO
0499218010
ICCOL0499218100150O1<<<<<<<<<<
0011086M3407057COL1006248020<0
RODRIGUEZ<AGUDELO<<EDWIN<MAURI

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente
PANTERA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.3 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 35.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 60.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 318 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 30.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 29.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 338 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.1 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Angel Eduardo
de identificación 5.435.718
Dirección: cl-16 # 37B 05 Teléfono: 3133156867 - 3103021267
Mascota: Piña Sexo: ○ Macho ✕ Hembra
Especie: canino Raza: criolla Color: Blanco - café claro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Angel eduardo — Nombre responsable



Firma

Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
5.435.118
NUMERO

CONDE MORENO
APELLIDOS

ANGEL EDUARDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1959
CHINACOTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-MAY-1977 CHINACOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4000500-59120122-M-0005435118-20050822 00508 05234A 02 134984194

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente PIÑA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 46.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 65 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 301 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.200 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 310 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8.2 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ingrid Karina Vargas

de identificación 1.083.474.303

Dirección: Cll 23 - 12 - 71 Teléfono: 3142697070

Mascota: Kiara Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canina Raza: criolla Color: Blanco - café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ingrid Karina — Ingrid Karina Vargas

Nombre responsable — Firma — Fecha 25-NOV-2024

206

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.003.474.303**

**VARGAS ROMERO**

APELLIDOS

**INGRID KARINA**

NOMBRES

Karyno Vargas Romero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-2000**

**ANOLAIMA**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-DIC-2018 TAME**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4000500-01058266-F-1003474303-20190125 **00643**43416A 1 48261164

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 33.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 317 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.900 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 409 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Besaida Roa

de identificación 1.104.698505

Dirección: calle 19 #41-05 Teléfono: 3203661253

Mascota: Centella Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Besaida Roa Besaida Roa M.

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.104.698.505
ROA MARTINEZ
APELLIDOS
BESAIDA
NOMBRES
Besaida Roa
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1987
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
07-JUL-2006 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente
CENTELLA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 7.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 26.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.6 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 299 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 11.600 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.400 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 82 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.4 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Neisis Sanchez

C.° de identificación 22.735.444

Dirección: Cll 18 #49-44 Teléfono: 314 212 1655

Mascota: Safira Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control productivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Neisis Neisis

Nombre responsable Firma Fecha 25-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
22735444
NUMERO
SANCHEZ VARGAS
APELLIDOS
NEISIS JUDITH
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1977
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ABR-2001 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2023

Paciente SAFIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 50.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 305 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 10.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 6.800 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 204 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 9.2 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Delia Velasquez

C.C de identificación 1.116.855.252

Dirección: Cll 19 # 43-42 Teléfono: 3135464636

Mascota: Niña Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canina Raza: Criolla Color: cafe Claro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Delia Vasquez Delia Velasquez

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.855.252

VELASQUEZ SOLOZA
APELLIDOS

DELIA LLINEY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1987

TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-AGO-2005 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 11-11-2024

Paciente NIÑA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.3 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 45.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.7 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 311 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 10.800 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 170 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Cipriana Perez

C.° de identificación 68.300.530

Dirección: cll-54 #25-30 Teléfono: 3213930702

Mascota: Natasha Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Canina Raza: criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda ovh con pronostico Reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Cipriana Perez Cipriana Pérez 25-NOV-2024

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **68.300.530**
**PEREZ**

APELLIDOS
**CIPRIANA**

NOMBRES

Cipriano Perez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1957**
**PAZ DE ARIPORO (MORENO)**
**PAZ DE ARIPORO (CASANARE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.49** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**12-DIC-1983 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4300593-0020710-F-0068300530-20091210 0018867743A 1 1770192789

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2023

Paciente
NATASHA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 46.6 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 303 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.900 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 15.300 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 238 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.2 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Emma Josefa Pilco

C.C de identificación 256837

Dirección: Cra. 80a # 77-78 Teléfono: 3223768418

Mascota: Chocolata Sexo: ○ Macho ☒ Hembra

Especie: Canina Raza: Criolla Color: cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda ovh con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Emma Josefa — Nombre responsable

Emma Pilco A. — Firma

Fecha 25 - NOV - 2024



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería

RESIDENTE No. 256837

APELLIDOS PILCO ARIAS

NOMBRES EMMA JOSEFA

NACIONALIDAD ECU

FECHA DE NACIMIENTO 1960/02/04

SEXO F RH O+

F EXPEDICION 2023/08/14

VENCE 2028/08/14

FIRMA

INDICE DERECHO



P587231

El titular de este documento debe notificar a MIGRACION COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria.
The holder of this document must notify MIGRACION COLOMBIA any change of information or immigration status

Director Migración Colombia
Fernando García Manosalva

www.migracioncolombia.gov.co

I<COL256837<<<7<<<<<<<<<<<<<<<
6002040F2808141ECU<<<<<<<<<<<4
PILCO<ARIAS<<EMMA<JOSEFA<<<<<<

CL322376 8418

Amigos de cuatro patas

Fecha 15-11-2024

Paciente
CHOCOLATA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 285 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.400 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 12.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 230 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 11.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 54988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Leidy Johana Diaz

C.C de identificación 1.116.862.187

Dirección: cll-5 # 8-10 Teléfono: 3102621915

Mascota: Dana Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Mestizo Raza: Canino Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Leidy Johana Diaz Leidy Diaz

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.862.187
DIAZ DOMINGUEZ

APELLIDOS
LEIDY JOHANNA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1991
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-ABR-2009 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-4000500-00000000-F-1116862187-20111228 0028847134A 1 1771546855

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2023

Paciente DONA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 45.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.5 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 296 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 18.400 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 16.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.800 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 139 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.4 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Nancy Johana Usuga

° de identificación 1.006.456.

Dirección: Cr. 31 # 15-172 Teléfono: 3219111186

Mascota: Kiara Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Canina Raza: Mestizo Color: Café-Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nancy Johana D — Nombre responsable

Nancy J U — Firma

Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.456.448
USUGA GAVIRIA
APELLIDOS
NANCY JOHANA
NOMBRES

Nancy J Usuga G
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1990
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
02-JUL-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-4300500-80141044-F-1006456448-20080702 0000576695A 1 70894155

Amigos de cuatro patas

Fecha 26-11-2023

Paciente KIARA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15.3 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 48.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.6 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 314 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 262 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.1 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Natally escamilla

de identificación 1.098.632.100

Dirección: Cra 22A # 18-56 Teléfono: 3123254395

Mascota: Nina Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anaya

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH.

con pronostico reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Natally escamilla Natally Escamilla. D. 25-NOV-2024

Nombre responsable Firma Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.098.632.100
ESCAMILLA SUAREZ

APELLIDOS
YURY NATALY

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1986
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-ABR-2006 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

A-4000800-01267040-F-1098632100-20211116 0076320088A 1 8505106788

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente NINA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 49.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 294 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 19.900 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4.400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 140 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 10.4 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Angi Lisseth Rico

° de identificación 1.116. 861. 221

Dirección: C11 11 # 15-21 Teléfono: 3103320054

Mascota: Milu Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco- Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge aniza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Angi Lisseth Rico Angi Lisseth Rico.

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.861.221

RICO MEDINA

APELLIDOS

ANYI LISSETT

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1990

TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

27-AGO-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 09-11-2024

Paciente MILU
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 34.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 324 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.700 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 500 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 395 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 6.9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: María Elena Castro

de identificación 37.537.690

Dirección: Cll 41a 707 N. Amanecer Teléfono: 3126779707

Mascota: Kira Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: canina Raza: criolla Color: café - blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

María elena Castro María Elena castro

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.531.690
CASTRO GONZALEZ

APELLIDOS
MARIA ELENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1971
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-SEP-1991 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 47 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 308 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.400 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.800 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 215 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Reina Rojas

N° de identificación 68.307.776

Dirección: cll 24 - 54 - 07 Teléfono: 3124907786

Mascota: Kira Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: canina Raza: criolla Color: café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda ovh

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Reina Rojas Reina Rojas

Nombre responsable Firma Fecha 25 - NOV - 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 69.307.776
ROJAS NIETO
APELLIDOS
REINA LUCERO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1985
LA SALINA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-OCT-2003 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-4000200-00687176-F-0069307776-20170304 0004060701A 1 1774209977

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 31.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 305 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 26.700 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 23.300 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.700 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 217 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 8.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ever Nobey Avila

Nº de identificación 11.232.740

Dirección: V. Malvinas Teléfono: 3146189675

Mascota: Noni Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestiza Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Ever Nobey | Ever Avila Jaimes | 25-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

11.232.740
ARCILA JAIMES

EVER NORBEY


10-MAY-1979
FORTUL
ARAUCA
1.77
O+
M
16-SEP-1997 LA CALERA

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente NANI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 32.1 | % | 39 - 56 |
| VCM | 58.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 305 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 18.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 15.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.700 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 186 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Nirsa Villareal Pinto
N° de identificación 1.007.940.139
Dirección: Puebla Nuevo Teléfono: 3223443011
Mascota: LUA Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Nirsa Villarreal Pinto | Nirsa Villarreal V. | 25-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.940.139
VILLARREAL PINTO
APELLIDOS
NIRSA
NOMBRES
Nirsa Villarreal
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-2002
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-FEB-2020 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PINEDA

P-4300500-01120705-F-1007940139-20200203 0070389165A 1 515696313

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2024

Paciente UVA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 43.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 309 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.800 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.700 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.800 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 317 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Fabian Alvarado

N° de identificación 1.006.559.213

Dirección: Cll 12 # 20-54 Teléfono: 3137746821

Mascota: Carla Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canina Raza: Mestizo Color: Negra-canela

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

FABIAN ALEJANDRO S. Fabian Sanchez 25-11-24

Nombre responsable Firma Fecha


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.006.559.213
SANTOS ALVARADO
FABIAN ALEJANDRO
COL
1.72
M
31 DIC 1997
A+
HATO COROZAL (CASANARE)
21 ENE 2016 HATO COROZAL
24 MAR 2024


I<COL044534127446320<<<<<<<<<<<
9712319M3403244COL1006559213<5
SANTOS<ALVARADO<<FABIAN<ALEJAN

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente CANELA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 46.1 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 301 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 15.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 307 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 6.9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maira Alexandra Alvarez
N° de identificación 1.007.207 038
Dirección: Batalón Teléfono: 3134231656
Mascota: Candy Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Canina Raza: Mestiza Color: Blanco - Gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda ODH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Maira Alvarez Gomez | Maira Alvarez Gomez | 27-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.007.207.038
ALVAREZ GOMEZ
MARIA ALEXANDRA
Maria Alvarez Gomez


14-ABR-1998
TAME
(ARAUCA)
1.63
O+
F
02-MAY-2016 SARAVENA

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2024

Paciente CANDY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 37 | % | 39 - 56 |
| VCM | 66 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 312 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.800 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 320 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.1 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yanitza Fajardo

N° de identificación 1007952793

Dirección: V cisneros carrera Teléfono: 3112351065 - 3077403704

Mascota: luna Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: negro-café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yanitza Fajardo — Nombre responsable

yanitza fajardo bonilla — Firma

Fecha 25-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.952.193
FAJARDO RAMIREZ

APELLIDOS
YARITZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-2000
ARAUQUITA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

06-NOV-2018 PADILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente LUNA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.8 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 50.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 65.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 291 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.700 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 181 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.7 | fl | 7-11 |

**MÈTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maria Fernanda Jimenez

de identificación 60 89570

Dirección: Cll 14 # 43-05 Teléfono: 314 243 6315

Mascota: Mancha Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maria Fernanda _____

Nombre responsable Firma Fecha 25-11-2024


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 6089570
COL
JIMENEZ GALVIS
MARIA FERNANDA
VEN F
21325469
07-07-1990
BOGOTA D.C.
30-05-2033


21313690
MIGRACIÓN

IPCOL6089570<<5<<<<<<<<<<<<<<<
9007079F3105308VENE1313690<<<7
JIMENEZ<GALVIS<<MARIA<FERNANDA

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente
MARUCHA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 23.1 | % | 39 - 55 |
| VCM | 59.7 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 303 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 9.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 12.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 50 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.2 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Neicer Mirucy Perez

° de identificación 1.116.860 275

Dirección: Barrio de Satena Teléfono: 3112641055

Mascota: Linda Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestiza Color: chocolate

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Ok

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Nombre responsable | Firma | Fecha |
|---|---|---|
| Neicer Perez | Neiser Pereé | 25-11-24 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.860.275**
**PEREZ**
APELLIDOS
**NEICER MIRVEY**
NOMBRES

Neicer Mirvey Pérez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1988**
**PUERTO RONDON**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.54** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-FEB-2008 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-4900500-00091783-F-1116860275-20080109 0004754402A 1

Amigos de cuatro patas

Fecha 16-11-2024

Paciente LINDA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 16 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 44 | % | 39 - 56 |
| VCM | 60 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 400 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maximo Velasquez

de identificación 3.292.590

Dirección: cll 15 # 95-30 Teléfono: 3209795708

Mascota: Molly Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maxima Velasquez Maximo Velasquez H.

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.292.590**
**VELASQUEZ HERRERA**
APELLIDOS
**MAXIMO**
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-1944**
**VILLAVICENCIO**
**(META)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**15-JUN-1967 VILLAVICENCIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 11-11-2023

Paciente MOLLY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 45 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 309 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 10.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 9.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 215 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.2 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 84988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yanguma Montilla Sebastian
Id identificación 17.548.211
Dirección: Batallon Teléfono: 3205825066
Mascota: Laika Sexo: ○ Macho ✕ Hembra
Especie: canino Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Sebastian Yanguma

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.548.211**
**YANGUMA MONTILLA**

APELLIDOS
**SEBASTIAN**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1957**
**RIOBLANCO**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

**23-SEP-1983 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-4000500-91271284-M-0017548211-20211204 0077191027A 6 9103102806

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente LAIKA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 39.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 323 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 16.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 5.200 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 328 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.5 | fl | 7-11 |

**MÈTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 84988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Della Yaritza Barón

C.C de identificación 68.297.210

Dirección: Cll 13 cra 32a #74- Teléfono: 3173291533

Mascota: Motas Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó contra Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Della Baron

Nombre responsable | Firma | Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **68.297.210**
**BARON RAMIREZ**

APELLIDOS
**DELIA YARITZA**

NOMBRES

DELIA BARON.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1982**
**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65** ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

**10-JUL-2009 ARAUCA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100500-00163849-F-0068297210-20090722 0013746188A 1 1770100615

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente MOTAS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 43.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 58.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 320 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.700 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 15.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 493 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.2 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Judith Rocio Parales Velandia

N.° de identificación 68.302.289

Dirección: _____ Teléfono: 3127793189

Mascota: Negra Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arizd

quien le diagnosticó Contol reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Rocio Parales V. _____

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

232

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 68.302.289
PARALES VELANDIA

APELLIDOS -
JUDITH ROCIO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1972
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-1991 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4000530-0150307-F-68302289-20220830 0079644310A 1 0604445840

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente NEGRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 52.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 301 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 11.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 168 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.1 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Karen Daniela Mesa

C.° de identificación 1.007.408.513

Dirección: Cll 15 # 28-53 Teléfono: 3127349027

Mascota: Manchas Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Karen Mesa _____

Nombre responsable Firma Fecha 25-11-2024


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.408.513
MESA SUESCUN

APELLIDOS

KAREN DANIELA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-2001
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

25-MAY-2018 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente
MANCHAS

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 18.3 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 59.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 68.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 306 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 14.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 12.700 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 316 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 7.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Lismey Yuliana Diaz

N.° de identificación 1.006 456 186

Dirección: La libertad Teléfono: 3112640955

Mascota: Misi Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yuliana Gomez — Yuliana Gomez — 25-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.456.186
GOMEZ DIAZ

APELLIDOS
LISMEY YULIANA

NOMBRES
Yuliana Gomez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-2003
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-MAY-2021 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente MISI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10.7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 33.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 59.6 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 321 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 100 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Alex Yoset Sanchez

de identificación 1.094 271 825

Dirección: Cll 10 Cra 4 #13-20 Teléfono: 3102508639

Mascota: Zeus Sexo: (•) Macho ( ) Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Alex Yoset Sanchez — Nombre responsable

Firma

25-11-24 — Fecha


1.094.271.825
SANCHEZ PARRA
ALEX YUSET


01-SEP-1993
CUCUTA
1.69
B+
M
24-NOV-2011 PAMPLONA

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2023

Paciente ZEUS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 37.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 313 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3.200 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 163 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Nadia Damaris

N.° de identificación 63.540.772

Dirección: B. Buga Teléfono: 3172702754

Mascota: Penita Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Canino Raza: Criolla Color: café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda ovh
con pronostico Reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nadia Torres — Nadia Damaris T.R.

Nombre responsable — Firma — Fecha 25-NOV-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63540712

TORRES RODRIGUEZ
APELLIDOS

NADIA DAMARIS
NOMBRES

Nadia Damaris T. R.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1983
CACHIRA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

23-JUL-2001 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 11-11-2024

Paciente LUNA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8.4 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 24.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 343 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 32.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 30.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 276 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Jenly Lozano Moreno

C.C de identificación 1.116.865.074

Dirección: V. San Antonio Teléfono: 3125790896

Mascota: Safira Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control canino reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Jenly Lozano Jenly Lozano M

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.865.074**
**LOZANO MORENO**

APELLIDOS
**JERLI**

NOMBRES

Jerli Lozano M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1993**
**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**13-SEP-2011 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4000500-00346369-M-1116865074-20111118 0028499927A 1 34593566

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2023

Paciente ZAFIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 294 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 14.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.800 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 112 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6 | fl | 7-11 |

**MÈTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Diego Armando Uribe

N° de identificación 1116861697

Dirección: Cll 14 # 316 Teléfono: 3228300798

Mascota: Peni Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Café-Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Diego Uribe Diego Uribes

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.861.697
URIBE SANTIESTEBAN
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES

Diego Uribe S
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1990
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

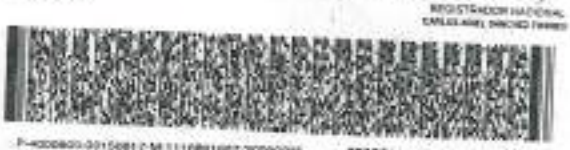
O+
G.S. RH

M
SEXO

09-DIC-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



0010019830A 1 20080918

Amigos de cuatro patas

Fecha 15-11-2024

Paciente PERNY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.2 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 41.6 | % | 39 - 56 |
| VCM | 60.7 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 318 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.700 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 13.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 395 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.3 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maria Balaguera

N° de identificación 24.240.694

Dirección: cra 47 #15-40 Teléfono: 3104927390

Mascota: Kira Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Canino Raza: mestizo Color: Negro y cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control reproductivo para lo que recomienda ovh con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maria Balaguera Maria Balaguera

Nombre responsable Firma Fecha 25-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.240.694**
**BALAGUERA RANGEL**
APELLIDOS
**MARIA**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1951**
CHARALA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

23-NOV-19[illegible] ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL [illegible] SOTO SOBRES



A-5200100-00[illegible]-292-F-00024[illegible] 0008721621A 1 [illegible] 022405

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11,5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 36,7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63,1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 313 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 23.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 21.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 136 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Miriam Castañeda
N° de identificación 60.333.124
Dirección: Cll 15 # 10-82 Teléfono: 3214620460
Mascota: Kira Sexo: ○ Macho ● Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

MIRIAN. CASTAÑEDA MIRIAN

Nombre responsable Firma Fecha 25 - NOV - 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 60.333.124
CASTAÑEDA REINA
APELLIDOS
MYRIAM
NOMBRES

Miriam. CR
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1968
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

07-OCT-1987 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000500-01286840-F-0060333124-20220323 0078530407A 1 8503759312

Amigos de cuatro patas

Fecha 11-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 47.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 58 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 293 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.200 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 166 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.2 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Sandra Ortiz

N° de identificación 68.302.910

Dirección: Calle 53-04 Teléfono: 3125795986

Mascota: Poly Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Sandra Ortiz — Sandra Ortiz

Nombre responsable — Firma — Fecha 25-NOV-2024


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.302.910
ORTIZ PINZON
APELLIDOS
SANDRA
NOMBRES

Sandra Ortiz Pinzón
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1974
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-MAR-1993 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4000003-00618985-F-0068302910-20140908 0039869051A 1 1773025530

Amigos
de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente POLI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 43.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 58.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 290 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 11.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 800 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 183 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Melendez Sean Carlos

N° de identificación 63.35791

Dirección: 1 mayo Teléfono: 3214592465

Mascota: canela Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda ovh con pronostico Reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Jean Carlos — Nombre responsable

Jean Carlo — Firma

Fecha 25-NOV-2024

302

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

COL

NO. 6235791

MELENDEZ RODRIGUEZ

JEAN CARLO

VEN M

17574449

06-07-1984

20-01-2022 BOGOTA D.C.

30-05-2031



E0793384

REVERSO IMPRIMIR

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6235791<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8407063M3105308VENE0793384<<<6
MELENDEZ<RODRIGUEZ<<JEAN<CARLO

Amigos de cuatro patas

Fecha 11-11-2024

Paciente CANELA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 36.6 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 317 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 13.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 202 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8.5 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: María Edilma calle

N° de identificación 69.302.830

Dirección: cll - 15 - 42 - 26 Teléfono: 3123091060

Mascota: Kira Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Productivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

María Edilma M

Nombre responsable Firma Fecha 25 - NOV - 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **68.302.830**

**CALLE CABEZAS**
APELLIDOS

**MARIA EDILMA**
NOMBRES

M. Edilma Calle
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1974**

**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**F**
SEXO

**18-ENE-1993 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000500-01178631-F-0068302830-20201112 0072435234A 1 8500968652

Amigos de cuatro patas

Fecha 09-11-2024

Paciente KIRA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 45.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 306 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.800 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plequetas | 204 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Claudia Rojas

C.C de identificación 52775897

Dirección: cll-24-54-17 Teléfono: 3132146014

Mascota: Mila Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: Blanca

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Claudia Rojas — Nombre responsable

Claudia Rojas — Firma

Fecha 25-Nov-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52715892

ROJAS NIETO
APELLIDOS

CLAUDIA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1980

LA SALINA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-NOV-1999 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 09-11-2024

Paciente MILA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 46.1 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 302 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 12.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 84 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 6.6 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.193.557.681
ROJAS PAZ
NELLY TATIANA
Tatiana Rojas


FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-2001
VILLA RICA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-JUN-2019 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente NICKI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10.2 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 32.2 | % | 39 - 56 |
| VCM | 58.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 317 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 21.600 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 20.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 363 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6695909

ALMEIDA LOPEZ
APELLIDOS

JESUS ANTONIO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

23627927
No. N°

24-12-1994
FECHA DE NACIMIENTO

09-06-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



COL

VIAJEROS

Titular

E1462456

Firma del funcionario

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6695909<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9412240M3105308VENE1462456<<<0
ALMEIDA<LOPEZ<<JESUS<ANTONIO<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente LUA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 7.8 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 25 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 312 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.200 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 92 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Brayan Salamanca

de identificación 1.116.862.7267

Dirección: cra - 6 # 9-36 Teléfono: 3107930743

Mascota: manchas Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: canino Raza: criolla Color: Blanco-negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Brayan Salamanca Brayan Salamanca

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.862.267
SALAMANCA VALDERRAMA
APELLIDOS
BRAYAN CAMILO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1990
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-MAY-2009 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 09-11-2024

Paciente MACHAS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.3 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 37.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 330 | g/dl | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 30.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 28.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 157 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Orfanelly Amu Piedraita.

° de identificación 1.116.493.800

Dirección: Cll 16-49-98 Teléfono: 3102530045

Mascota: Princesa Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco con negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yecid Calle

Nombre responsable Firma Fecha 25-NOV-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.116.493.800
AMU PIEDRAITA

APELLIDOS
ORFANELLY

NOMBRES

ORFA NELLY AMU P

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1986
ARAUQUITA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-MAY-2005 ARAUQUITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-0117000-0110048-F-1116493800-20220908 0004733561A 1 54000452

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente
PRINCESA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.4 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 39.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 65.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 316 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.600 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 16.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 97 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.2 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Leidy Arevalo Ortiz

° de identificación 1.104.698.497

Dirección: _____ Teléfono: 3143084651

Mascota: Fiona Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Canina Raza: Mestizo Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Leidy Arevalo | leidy Arevalo | 25-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.104.698.497
AREVALO URIBE

APELLIDOS
LEYDY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1988
SARAVENA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

08-JUL-2006 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4000000-0 1735497994

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente FRUNA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 42 | % | 39 - 56 |
| VCM | 70 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 420 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luz Yalile Almenares

de identificación 68.300.327

Dirección: Cll 14a # 19-44 Teléfono: 3124619437

Mascota: Skay Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: canina Raza: criolla Color: Blanca Pintas negras

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Aliza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luz Yalile Almenares Luz yalile Almenares

Nombre responsable Firma Fecha 25-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6830032

ALMENARES ALVARADO
APELLIDOS

LUZ YALILE
NOMBRES

luz yalile Almenares

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1961
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-JUL-1983 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4000500-00082003-F-06830032-20000606 20331 00218A 02 0807703

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente SKAY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 42.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 59.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 306 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 30.800 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 28.800 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.500 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 367 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Brsaida Roa

' de identificación J. 104. 698. 505

Dirección: calle 19 #41-05 Teléfono: 3203661253

Mascota: Princesa Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestiza Color: Negra

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Brsaida Roa Brsaida Roa M

Nombre responsable Firma Fecha 25- NOV - 2024


REPÚBLICA DE COLOMBIA

MIGRACIÓN

No. 6089570

JIMENEZ GALVIS

MARIA FERNANDA

VEN F

23225465

07-07-1990

30-11-2017 BOGOTA D.C.

30-05-2023


MIGRACIÓN

IPCOL6089570<<5<<<<<<<<<<<<<<<

9007079F3105308VENE1313690<<<7

JIMENEZ<GALVIS<<MARIA<FERNANDA

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente
PRINCESA

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10.7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 34.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 23.400 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 20.400 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 300 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8.3 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.869.020
JEJEN RODRIGUEZ
APELLIDOS
ASTRID CAROLINA
NOMBRES
Astrid carolina Jejen
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1996
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUL-2014 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

trab



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.021.164

GOMEZ RIVEROS
APELLIDOS

CRISANTA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1938
TAMARA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-FEB-1961 PUERTO RONDON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-4300630-59163217-F-0000021164-20070110 0262507010A 02 208784435

Amigos
de cuatro patas

Fecha 08-11-2024

Paciente COPITO
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 30.4 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 329 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 600 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 113 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 7.4 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luz Estela Perez

C.C de identificación 52.744.323

Dirección: cll 21 # 33-13 Teléfono: 3115160257

Mascota: Chimuela Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felina Raza: Criolla Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda Ovh con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luz Estela Perez — Luz Estela Perez

Nombre responsable — Firma — Fecha 26-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52744323

PEREZ MURCIA
APELLIDOS

LUZ ESTELA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1976
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

23-NOV-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente:
CHIMUELA

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 41 | % | 30-47 |
| VCM | 44 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 640 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Rios Nancy Zenaida

C.C de identificación 38.258.503

Dirección: Cll 18 #53 - 03 Teléfono: 3173094114 - 3163524766

Mascota: Donka Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarilla y Blanco.

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nancy Zenaida Rios Nancy Z Rios A 26-11-24

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.258.503

APELLIDOS RIOS ARTUNDUAGA

NOMBRES NANCY ZENAIDA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1963

CASABIANCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

14-DIC-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2900100-00072981-F-0038258503-20060918 0303449866A 1 5350011077

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: DONKA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 540 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maryori Jasiel Triana

N° de identificación 1.116.773.649

Dirección: V. Alto cravo Teléfono: 3142516338

Mascota: Zoe Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maryori Triana — Jasiel Triana — 26-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha


REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIANA VALDERRAMA
MARYORI JASBEL
COL
1.57
F
29 ABR 2004
O+
ARAUCA (ARAUCA)
17 MAYO 2022, TAME
Jasel Triana
22 FEB 2033

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente ZOE
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 42 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 4.600 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 560 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Dith Yolima Valderrama

C.C de identificación 68.296.808

Dirección: V. corrales Teléfono: 3114998762

Mascota: Chiquita Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felino Raza: Mestiza Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado. . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yolima Valderrama _____ 26-11-24

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.296.808
VALDERRAMA GOMEZ
APELLIDOS
DITH YOLIMA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1981
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
13-DIC-1999 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4000100-00125711-F-0068296808-20081119 0006374049A 1 8120000102

Amigos de cuatro patas

Fecha 15-11-2024

Paciente
CHIQUITA

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 30 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 200 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 10.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 300 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luzmila Olaya Ortiz.

de identificación 68.301.531

Dirección: Cr 29 # 14-25. Teléfono: 3206954460

Mascota: Rayas Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: _____

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luzmila Olaya _____ _____

Nombre responsable Firma Fecha 26-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.301.531
OLAYA ORTIZ

APELLIDOS
LUZMILA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1969
SAN JUAN DE ARAMA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

24-AGO-1988 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente RAYAS
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 42 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 380 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yurley Roa

de identificación 1.116 853 100

Dirección: cll 22 #14-16 Teléfono: 3223131549

Mascota: Kata Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: Blanca

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda ONH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yurley Roa — Nombre responsable

Yurley Roa — Firma

Fecha 26-11-2024


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.116.853.100
ROA CABALLERO
YURLEY
COL
1.57
F
20 MAYO 1988
O+
ARAUQUITA (ARAUCA)
13 AGO 2004. TAME
01 ABR 2033
Yurley Roa C.


ICCOL0198474762400O5<<<<<<<<<<<
8605205F3304019COL1116853100<1
ROA<CABALLERO<<YURLEY<<<<<<<<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 14-11-2024

Paciente: KATIA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 47 | % | 30-47 |
| VCM | 45 | fl | 39-52 |
| CHMC | 370 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 730 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Emma Pilco

° de identificación 256837

Dirección: Cra 80a # 17-28 Teléfono: 3223768418

Mascota: Sol Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Emma Pilco — Emma Pilco D.

Nombre responsable — Firma — Fecha 26-11-2024


COL
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería
RESIDENTE No. 256837
APELLIDOS: PILCO ARIAS
NOMBRES: EMMA JOSEFA
NACIONALIDAD: ECU
FECHA DE NACIMIENTO: 1960/02/04
SEXO: F
RH: O+
EXPEDICIÓN: 2023/08/14
VENCE: 2028/08/14


P507231
I<COL256837<<<7<<<<<<<<<<<<<<<
6002040F2808141ECU<<<<<<<<<<<4
PILCO<ARIAS<<EMMA<JOSEFA<<<<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 26-11-2024

Paciente SOL
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 37 | % | 30-47 |
| VCM | 52 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 560 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Guadalupe blanco

° de identificación 33.449.746

Dirección: V. angosturas Teléfono: 3107552430

Mascota: Sofi Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: felino Raza: Mestizo Color: Blanco-negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Productivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Guadalupe Blanco. _____ 26-11-2024

Nombre responsable Firma Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 33.449.746

BLANCO RAMIREZ

APELLIDOS

GUADALUPE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1956

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

05-OCT-1976 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4030500-01044555-F-0033449746-20181108 00631476450 1 9606056120

Amigos de cuatro patas

Fecha 14-11-2024

Paciente SOFI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

**HEMOGRAMA FELINO**

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 32 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 250 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.100 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 370 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Adriana Medina

° de identificación 1116863484

Dirección: cra 19 # 13-24 Teléfono: 3193655573

Mascota: chiquita Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: Blanco / Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Adriana medina — Nombre responsable

 — Firma

Fecha 26. NOV-2024

Amigos de cuatro patas

Fecha 15-11-2024

Paciente
CHIQUITA

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 30 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 200 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 10.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 300 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 6 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Vargeon Lopez Leonard

de identificación 96.194.804

Dirección: cll 16 #22-49 Teléfono: 3152189159 - 3228464410

Mascota: Macarena Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestiza Color: Negro / Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nombre responsable Firma Fecha 26-11-2024

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Jorge Fernando Perez

de identificación 1.007.397.078

Dirección: Cra 7 Dia 14-43 Teléfono: 3133389776

Mascota: Mishy Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Criolla Color: negro.

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Fernando Perez — Nombre responsable

Fernando Perez — Firma

Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.397.078**

**PEREZ SILVA**

APELLIDOS

**FERNANDO JOSE**

NOMBRES

Fernando Perez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1999**
**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**26-AGO-2017 PUERTO RONDON**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4002000-00945798-M-1007397078-20171011 0058071658A 1 34101648

Amigos de cuatro patas

Fecha 14-11-2024

Paciente: MISHY
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 43 | % | 30-47 |
| VCM | 45 | fl | 39-52 |
| CHMC | 370 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.100 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 630 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Clariza Niño

de identificación 23.798.050

Dirección: Cra 16 #26 Teléfono: 3132287296

Mascota: Daris Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Gris / pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ana clariza niño Ana clariza niño

Nombre responsable Firma Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.718.050
NIÑO RODRIGUEZ

APELLIDOS
ANA CLARISA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1936
SOCOTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-1958 HATO COROZAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-4008500-00183849-F-0023716653-20090723 0013744833A 2 9918141988

Amigos de cuatro patas

Fecha 14-11-2024

Paciente: DARIS
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 36 | % | 30-47 |
| VCM | 39 | fl | 39-52 |
| CHMC | 320 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 540 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Leonor Ortiz

de identificación 52.396.830

Dirección: cll 17A #54-64 Teléfono: 3219951172

Mascota: Emilia Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: felino Raza: mestizo Color: tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Leonor ortiz — Nombre responsable

Firma

Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.396.630

ORTIZ

APELLIDOS

LEONOR

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1976

SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

07-ENE-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4000500-00236031-F-0052396630-20100107 0019714553A 1 1778997337

Amigos de cuatro patas

Fecha 17-11-2024

Paciente: EMILIA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 35 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 530 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Consuelo Aranzazu

de identificación 68.300.938

Dirección: Cll 19 # 55-52 Teléfono: 3114998762

Mascota: Abby Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Ana Consuelo | Ana consuelo Aranzazu | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |


68 300 938
ANA CONSUELO


18-DIC-1965
TAME
(ARAUCA)
1.55
AB+
F
05-OCT-1983 TAME

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente: ABBY
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 38 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 10.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 470 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luz Dary Lenis
de identificación 1.116.856.773
Dirección: cll 4 # 8a 27 Teléfono: 3234174888
Mascota: Nena Sexo: ○ Macho ● Hembra
Especie: Felina Raza: criolla Color: Parda

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda ovh
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luz Dary Lenis — Nombre responsable

Luz Dary Lenis C. — Firma

Fecha 26-11-2024


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.116.856.773
LENIS CABALLERO
APELLIDOS
LUZ DARLY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1988
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-JUL-2006 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

Amigos
de cuatro patas

**Fecha 13-11-2024**

**Paciente: LUNA**
**Especie FELINO**
**Raza MESTIZO**
**Sexo HEMBRA**

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.400 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 430 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maira Alejandra Higuera
de identificación 66.768.428
Dirección: cll 17 #11-01 esq B.20J. Teléfono: 3118449774
Mascota: Perla Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Felina Raza: mestiza Color: gris / blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nombre responsable | Firma | Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 60.268.428
HIGUERA WILCHES
APELLIDOS
MAYRA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1986
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

23-FEB-2004 PAMPLONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-4000800-01236706-F-0060268428-20210520 0074###79A 1 8501970431

Amigos de cuatro patas

Fecha 17-11-2024

Paciente: PERLA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 43 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 1'.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 530 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Edilma Cecilia Gomez

C.C de identificación 30.187.504

Dirección: Calle 4 7-04 Teléfono: 3142368296

Mascota: Misi Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo - Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias

quien le diagnosticó Cambio Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Edilma Gomez Edilma Gomez 26-11-29

Nombre responsable Firma Fecha



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.187.504
GOMEZ CARDENAS

APELLIDOS
EDILMA CECILIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1971
FORTUL
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-ABR-1993 FORTUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500800-00135102-F-0030187504-20091211 0007325501A 1 2527434

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: MISI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 45 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 380 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 720 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Manosalva Nubia

de identificación 68.306.354

Dirección: cr 10 #17-127 Teléfono: 3142596433

Mascota: Michi Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda ONH con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nubia Manosalva — Nombre responsable

Firma

Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 68.306.354
MANOSALVA

APELLIDOS
NUBIA AMPARO

NOMBRES

Nubia Manosalva

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1981
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-DIC-2000 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4000500-01103580-F-0068306354-20191017 0068314434A 1 1775699590

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 32 | % | 30-47 |
| VCM | 34 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 340 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Andrea Santoval

de identificación 1.136.881.129

Dirección: Cll 23 # 33-53 Teléfono: 3112751574

Mascota: Niña Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Andrea Santoval — Nombre responsable

Firma

26-11-24 — Fecha


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.136.881.129
SANTOVAL GOMEZ
ANDREA


12-NOV-1987
TAME
(ARAUCA)
1.68
O+
F
29-MAR-2007 BOGOTA D.C.

Amigos de cuatro patas

Fecha 17-11-2024

Paciente: NIÑA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 45 | % | 30-47 |
| VCM | 43 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 14.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 790 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: María Isabel Avella

de identificación 1.053.664.748

Dirección: Cll 19 ^ 55-45 Teléfono: 3215564089

Mascota: Zac Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco - Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

ISABEL AVELLA — Nombre responsable

ISABEL AVELLA — Firma

Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.053.664.748
AVELLA PEREZ

MARIA ISABEL

ISABEL AVELLA





21-DEB-1000

BELEN

151 A+ F



Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente ZOE
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 42 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 4.600 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 560 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

414

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Emma Pilco

° de identificación 256337

Dirección: cra 80a #77-79 Teléfono: 3223768418

Mascota: Mona Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: felina Raza: criollo Color: amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arizo

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ema Pilco — Nombre responsable

Emma Pilco A. — Firma

Fecha 26-11-2024


COL
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería
RESIDENTE No. 256837
APELLIDOS: PILCO ARIAS
NOMBRES: EMMA JOSEFA
NACIONALIDAD: ECU
FECHA DE NACIMIENTO: 1980/02/04
SEXO: F
EXPEDICIÓN: 2013/08/14
VENCE: 2023/08/14
FIRMA


I<COL256837<<<7<<<<<<<<<<<<<<<
6002040F2808141ECU<<<<<<<<<<<4
PILCO<ARIAS<<EMMA<JOSEFA<<<<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente MONA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 43 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 400 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Excehomo Alvarez Perez

* de identificación 9.651.942

Dirección: Cll 19 # 54 - 44 Teléfono: 350 4093584

Mascota: Fiona Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco-Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Excehomo Perez | Excehomo alvarez perez | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.651.942
ALVAREZ PEREZ

APELLIDOS
EXCEHOMO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1949
PAIME
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-OCT-1975 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4000500-00165754-M-0009651942-20090801 0014328840A 1 30300457

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente FIONA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 30 | % | 30-47 |
| VCM | 35 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 19.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 320 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Jose Londoño

C.C de identificación 17.530.046

Dirección: cll 12 #60-60 Teléfono: 3118594641-3146672501

Mascota: Nati Sexo: ○ Macho ⊗ Hembra

Especie: Felino Raza: mestiza Color: Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Jose Londoño — Nombre responsable

Firma

Fecha 24-11-2024







Cll 5 # 8-18.
Tiempo 20 años
Barrio Buena Vista

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente: NATI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 38 | % | 30-47 |
| VCM | 37 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 530 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Jessica Diaz

N° de identificación 1.090.457.441

Dirección: Cra. 22 #18-15 Teléfono: 3209301286

Mascota: niña Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: gris/amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Jessica Diaz — Nombre responsable

Jessica Paola Díaz — Firma

Fecha 26-11-2024


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.090.457.441
DIAZ DIAZ
JESSICA PAOLA
Jessica Paola Diaz D.


FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1992
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
14-DIC-2010 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente: NIÑA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 30 | % | 30-47 |
| VCM | 37 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 430 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Diego Uribe

de identificación 1116861697

Dirección: cll 14 #31b Teléfono: 3125243062

Mascota: Milu Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felina Raza: criolla Color: Blanco Parda

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda ovh

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Diego Uribe — Nombre responsable

Diego Uribe S — Firma

Fecha 26-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.331.697
URIBE SANTIESTEBAN
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES
Diego Uribe S
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1990
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
08-DIC-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente: MILU
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 39 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 780 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Leidy Diaz
de identificación 1.116.862.187
Dirección: cll 5 # 8-10 Teléfono: 3102621943
Mascota: Fiona Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco/negro.

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda ONH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Leidy Johanna Diaz O. — Nombre responsable

Leidy Diaz — Firma

Fecha 26-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.862.187
DIAZ DOMINGUEZ

APELLIDOS
LEIDY JOHANNA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1991
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
20-ABR-2009 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4600500-00358209-F-1116862187-20111209 0058842154A 1 1771648556

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente: FIONA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 38 | % | 30-47 |
| VCM | 37 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 580 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Diego Uribe

de identificación 1116361691

Dirección: cll 14 # 316 Teléfono: 3125243062

Mascota: Lolo Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felina Raza: Criolla Color: Blanco-Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Diego Uribe — Nombre responsable

Diego Uribe S. — Firma

Fecha 26 - 11 - 2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.851.697
URIBE SANTIESTEBAN
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES
Diego Uribe S
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1990
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
08-DIC-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente: LULU
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 43 | % | 30-47 |
| VCM | 34 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 740 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Carmen Hernandez

° de identificación 36.021.818

Dirección: cll 43A #14-34 Teléfono: 3118584342-3126804666

Mascota: Michi Sexo: ○ Macho ☒ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo/blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Carmen Hernandez _____ 26-11-2024

Nombre responsable Firma Fecha



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 30.021.818
HERNANDEZ DE ROJAS
APELLIDOS
CARMEN ARACELY
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1955
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-OCT-1980 PUERTO RONDON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 380 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 6.300 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 700 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|
| Equipo automatizado RAYTO 7600 S |

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Leonel Ramirez

° de identificación 1.115.856.005

Dirección: V. Saporay Teléfono: 313 392 5844

Mascota: Mishi Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge ariza
quien le diagnosticó control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Leonel Ramirez — Nombre responsable

Leonel Ramirez — Firma

Fecha 26-11-24



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.115.856.055
RAMIREZ DELGADILLO
APELLIDOS
LEONEL ALEXANDER
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1991
PAZ DE ARIPORO (MORENO)
PAZ DE ARIPORO (CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ENE-2009 PAZ DE ARIPORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

AAD

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente MISHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 6.800 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 480 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Dileidy Mendoza

de identificación 1.007.207.439

Dirección: Cra 47 # 18-19 Teléfono: 3202717003

Mascota: Princesa Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: Felina Raza: Criolla Color: cafe-gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó control reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico reservado. . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Dileidy Mendoza Dileidy Mendoza 26-11-2024

Nombre responsable Firma Fecha

Amigos de cuatro patas

Fecha 16-11-2024

Paciente
PRINCESA

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 47 | fl | 39-52 |
| CHMC | 400 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 320 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Nancy marcela Rodriguez

N° de identificación 68.307.029

Dirección: cll-21-37-65 Teléfono: 3203624570

Mascota: Mishonne Sexo: ○ Macho ● Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda OVH con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nancy Rodriguez — Nombre responsable

Marcela Rodriguez — Firma

Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
68307029
NUMERO

RODRIGUEZ LOPEZ
APELLIDOS

NANCY MARCELA
NOMBRES

Marcela Rodriguez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1984
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-OCT-2002 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO



P-4000500-50114181-F-0068307029-20020522 96519031429A 02 12282053

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente
MISHONNE

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 43 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.800 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 460 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Elmer ostos Aranzazu
de identificación 96.194.780
Dirección: Cll 20 #55-48 Teléfono: 3203244474
Mascota: Cleo Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Elmer ostos | Elmer OSTOS | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
96134780
OSTOS ARANZAZU
ELMER
Cimen 85 405


FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1982
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
25-AGO-2000 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2024

Paciente KLOE
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 35 | fl | 39-52 |
| CHMC | 400 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 19.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 8.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 470 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Flor Fajardo

de identificación 69.307.733

Dirección: cll 17 # 12-20 Teléfono: 3124299946

Mascota: manchitas Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: felino Raza: criolla Color: Blanco - Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OvH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Flor Fajardo — Nombre responsable

FLOR E. FAJARDO A. — Firma

Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.301.133
FAJARDO ARIZA
APELLIDOS
FLOR ELBA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1968
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-FEB-1987 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente
MANCHITAS

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.900 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 700 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luz Deir Vasquez

.° de identificación 37.979.379

Dirección: Cll 15 # 2694 Teléfono: 3272190939

Mascota: Misha Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: felina Raza: criolla Color: Blanco - Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luz deir vasquez | Luz Deir Vasquez | 26-11-2024

Nombre responsable | Firma | Fecha



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.979.379
VASQUEZ CORREA
APELLIDOS
LUZ DEIR
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1966
TORO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
15-ENE-1987 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente MISHA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 47 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 380 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.900 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 600 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Nelcy Damaris Martinez
de identificación 1.116.857.828
Dirección: cra 54-25-10 Teléfono: 3203947543
Mascota: Nube Sexo: ○ Macho ✕ Hembra
Especie: Felina Raza: criolla Color: Blanco.

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda ovh
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nelcy D. Martinez — Damaris Martinez

Nombre responsable — Firma — Fecha 26-11-2024

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Liseth Johana contreras
de identificación 1.117.132.296
Dirección: V. Malvinas Teléfono: 3227194637
Mascota: Zoe Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien la diagnosticó control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Liseth Contreras | Liseth Contreras | 26-11-24

Nombre responsable | Firma | Fecha

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.117.132.296**



Apellidos
CONTRERAS PARRA

Nombres
LISETH JOHANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 ENE 2005

G.S
O+

Lugar de nacimiento
ARAUCA (ARAUCA)

Fecha y lugar de expedición
19 ENE 2023, TAME

Firma
Liseth Contreras

Fecha de expiración
23 ENE 2033

CO
01407681

REGISTRADOR NACIONAL
Alejandro Vega Rocha

ICCOL0140768124000 5<<<<<<<<<<
0501091F3301236COL1117132296<8
CONTRERAS<PARRA<<LISETH<JOHANA

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Sarahi Lizano Vera

de identificación 27.687.302

Dirección: cll 19 #48-35 Teléfono: 3176391622

Mascota: Sol Sexo: ○ Macho ✕ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestiza Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Sarahi Lizano Sarahi Lizano Vera 26-11-24

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.687.302
LIZCANO VERA
APELLIDOS
SORAIDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1967
CC CHUCARIMA
CHITAGA (NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-MAY-1987 CHITAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4000509-00799485-F-0027687302-20160305 0048830003A 1 177381769

Amigos de cuatro patas

Fecha 21-11-2024

Paciente SOL
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 4.900 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 600 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Livi Yinibeth Mora

de identificación 1.116.872.839

Dirección: Cra 7 #25 12-20 Teléfono: 3145629882

Mascota: Manchitas Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Tricolor

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Livi Mora | Livi Mora | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.116.872.839

MORA FANDIÑO
APELLIDOS

LIVI YINIBETH
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1999
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-ENE-2017 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4000600-00687135-F-1116872839-20170304 0064066120A 1 41458857

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente
MANCHITAS

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.900 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 700 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Frander Duvan Lozada

' de identificación 1.116.869.724

Dirección: Calle 20 - 44 - 45 Teléfono: 3232752711

Mascota: Michi Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Frander Lozada | Frander Duvan L | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.116.869.724**

**LOZADA PARADA**

APELLIDOS

**FRANDER DUVAN**

NOMBRES

Frander Duvan lozada

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1996**

**TAME**
**(ARAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-ENE-2015 TAME**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4000500-00913982-M-1116869724-20170621 **0055**882134A 1 9910033670

Amigos de cuatro patas

Fecha 16-11-2024

Paciente: MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 36 | % | 30-47 |
| VCM | 37 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 390 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo autometizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maira Alejandra Higuera

de identificación 60.268.428

Dirección: cll 17 #11-01 Teléfono: 3116449774

Mascota: Juancho Sexo: (●) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo/blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Nombre responsable | Firma | Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 60.268.428

HIGUERA WILCHES

APELLIDOS

MAYRA ALEJANDRA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1986

TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-FEB-2004 PAMPLONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1060268-01235799-F-0060268428-20210528 0074499078A 1 8501370431

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente:
JUANCHO

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 41 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 370 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 700 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 10 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Andrea Sandoval

de identificación 1.136.881.129

Dirección: Cll 23 #33-53 Teléfono: 3112751574

Mascota: Mono Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda Castración con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Andrea Sandoval Andrea 26-11-24

Nombre responsable Firma Fecha


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.136.881.129
SANTOVAL GOMEZ
ANDREA


12-NOV-1987
TAME
(ARAUCA)
1.68
O+
F
29-MAR-2007 BOGOTA D.C.

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: MONO
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 35 | % | 30-47 |
| VCM | 31 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 510 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Sandra Osmara

N.° de identificación 63.305.105

Dirección: V. Manzabe Teléfono: 3104773783

Mascota: mono Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: felino Raza: criollo Color: negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Sandra Osmara — Sandra O.

Nombre responsable — Firma — Fecha 26-11-2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **68.305.105**

**ORMAZA CUEVAS**
APELLIDOS

**SANDRA MILENA**
NOMBRES

Sandra Ormaza
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1979**
**TAME**
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.51** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

**16-FEB-1998 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4000800-68121053-F-0068305105-20041022 0543402955 02 134981523

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: MONO
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 33 | % | 30-47 |
| VCM | 31 | fl | 39-52 |
| CHMC | 320 | g/dL | 300-360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 7.600 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 410 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Clariza Niño

N° de identificación 23.718.050

Dirección: cra 16. #20-80 Teléfono: 3132287290

Mascota: Pipin Sexo: (x) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco/amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ana clarisa niño | Ana clariza niño | Fecha 26-11-2024

Nombre responsable | Firma



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.718.050
NIÑO RODRIGUEZ

APELLIDOS
ANA CLARISA

NOMBRES

Ana Clarisa Niño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1936
SOCOTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-1958 HATO COROZAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4000500-00163849-F-0023716050-20030722 0013744833A 2 9919141936

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: PIOLIN
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 34 | fl | 39-52 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 650 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Luz Herminda Cuevas

Nº de identificación 53.100.904

Dirección: Cra 7 Cll 10-02 Teléfono: 3124508194

Mascota: Pacho Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Perro Raza: Criollo Color: Canelo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias quien le diagnosticó Control Reproductivo para lo que recomienda castración con pronostico Reservado. *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Luz Herminda C. Luz Cuevas

Nombre responsable Firma Fecha 26-11-2024



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 53.100.904
CUEVAS CUEVAS
APELLIDOS
LUZ HERMINDA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1981
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-MAY-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: PACHO
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 38 | % | 30-47 |
| VCM | 50 | fl | 39-52 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 12.200 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 600 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Carlos Julio Mesa
de identificación 9 513 571
Dirección: Cll 15 # 26 - 53 Teléfono: 3127349023
Mascota: Manchas Sexo: (X) Macho ( ) Hembra
Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Carlos Julio | Carlos Julio Mesa | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |


IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
9.513.571
MESA
CARLOS JULIO


FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1948
PAJARITO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-JUL-1970 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente:
MANCHAS

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 37 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 19.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.500 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 470 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

A-10

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ingrid Mayerli Niño

* de identificación 1.007.940218

Dirección: cll 15 #7b - 94 Teléfono: 3135666057

Mascota: Michu Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Amarilla

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda castración con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ingrid Mayerli Niño — Nombre responsable

Ingrid Niño — Firma

Fecha 26-11-2024



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.940.218

NIÑO VASQUEZ
APELLIDOS

INGRID MAYERLI
NOMBRES

Ingrid Niño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-2001

TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-DIC-2019 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4000500-01135528-F-1007940218-20200205 0070363011G 3 51557966

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: MICHU
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 41 | % | 30-47 |
| VCM | 52 | fl | 39-52 |
| CHMC | 320 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 12.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.200 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 670 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988


REPUBLICA DE COLOMBIA
1.007.441.551
DANIEL ALEJANDRO


02-MAR-2000
TAME
(ARAUCA)
1.69
B+
M

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente: MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 33 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 13.500 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 6.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 400 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yudis Castillo

° de identificación 50937158

Dirección: Cll 13-61-53 Teléfono: 3223815704

Mascota: TOM Sexo: X Macho ○ Hembra

Especie: felino Raza: Criollo Color: gris-blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arza

quien le diagnosticó control reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yudis Castillo — Nombre responsable

Firma

Fecha 26-nov-2024

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: TOM
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 45 | % | 30-47 |
| VCM | 49 | fl | 39-52 |
| CHMC | 290 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.700 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 730 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yelmy Triana

C.C de identificación 1.052.378.778

Dirección: cra 30a # 12-03 Teléfono: 3124517214

Mascota: Hector Sexo: (x) Macho ( ) Hembra

Especie: felino Raza: criollo Color: Amarillo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza quien le diagnosticó control reproductivo para lo que recomienda Castración con pronostico reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yelmy Triana

Nombre responsable

Firma

Fecha 26-nov-2024



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.052.378.778

Apellidos
TRIANA OSORIO

Nombres
YEIMY MARILY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.49

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 MAR 1986

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
OTANCHE (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
17 MAYO 2004, DUITAMA

Fecha de expiración
27 FEB 2033



.00

0180517O6

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0180517062070 79<<<<<<<<<<
8603289F3302277COL10523787 78<7
TRIANA<OSORIO<<YEIMY<MARILY<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: HECTOR
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 41 | % | 30-47 |
| VCM | 49 | fl | 39-52 |
| CHMC | 290 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.700 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 410 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yanitza Fajardo Ramirez

° de identificación 1.007.952.193

Dirección: Vereda Cravo Corosa Teléfono: _____

Mascota: Heros Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Ceniza

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Avila

quien le diagnosticó Control reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yanitza Fajardo Ramirez _____

Nombre responsable Firma Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.952.193
FAJARDO RAMIREZ
APELLIDOS
YARITZA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-2000
ARAUQUITA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-NOV-2018 PADILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1100300-01051931-F-1007952193-20181219 9063753018A 1 45946065

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: HEROS
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 10 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 49 | fl | 39-52 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 500 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Gertrudis Gomez

N° de identificación 68 300 517

Dirección: Cra 5A N° 20-24 Teléfono: 314 2516358

Mascota: mufungo Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: mestizo Color: Gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control reproductivo para lo que recomienda castración con pronostico reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Ana Gomez | | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 68.300.517



Apellidos
GOMEZ

Nombres
ANA GERTRUDIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.53

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 OCT 1964

G.S
O+

Lugar de nacimiento
ARAUCA (ARAUCA)

Fecha y lugar de expedición
12 DIC 1983, TAME

Firma

Fecha de expiración
02 AGO 2033

029863921

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0298639212400O5<<<<<<<<<<
6410175F3308028COL68300517<<<5
GOMEZ<<ANA<GERTRUDIS<<<<<<<<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente
MUSUNGO

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 36 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 8.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 580 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: María Antonia Beltran

N.° de identificación 6009284

Dirección: Cll 8B # 5-29 Teléfono: 3112465219

Mascota: Ernesto Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Gris

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Maria Beltran | Maria Beltran | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

509

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6007284

COL

BELTRAN GAMEZ
APELLIDOS
MARIA ANTONIA
NOMBRES
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
30297417
DNI Nro.
22-10-1999
FECHA DE NACIMIENTO
30-01-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Maria B
FIRMA

E0237550

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6007284<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9910229F3105308VENE0237550<<<6
BELTRAN<GAMEZ<<MARIA<ANTONIA<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2024

Paciente
HERNESTO

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 6 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 37 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 300 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.600 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 1.400 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 310 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Consuelo Arenzana

.° de identificación 68.300 938

Dirección: Cll 19 # 55-52 Teléfono: 3114998762

Mascota: Michi Sexo: (X) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Ana Consuelo | Ana Consuelo Arenzana Herao | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
DE CIUDADANIA

68 300 938
ARAUCA
ARAUCA

ANA CONSUELO



FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1965
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-OCT-1985 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente: MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 42 | % | 30-47 |
| VCM | 40 | fl | 39-52 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 3.500 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 530 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Adriana del Pilar

N° de identificación 33369328

Dirección: Cll 12 #61-52. Teléfono: 3123653737

Mascota: Lukas Sexo: (•) Macho ( ) Hembra

Especie: Felina Raza: Mestizo Color: Gris- Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control reproductivo
para lo que recomienda castración
con pronostico reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Adriana del pilar — Nombre responsable

Firma

Fecha 26-11-2024

515

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33369328

FORERO ARDILA
APELLIDOS

ADRIANA DEL PILAR
NOMBRES

FIRMA



NOTARIA UNICA DEL CIRCUITO DE TAME ARAUCA
19 ABR 2013

No Sirve Como Documento de Identificacion

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-OCT-2001 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0700100-33099151-F-0033369328-20020111 05878 02011A 01 105437404

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente: LUKAS
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 44 | % | 30-47 |
| VCM | 45 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.300 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 750 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maria Antonia Beltran

.° de identificación 6007284

Dirección: Cll 86 #5-29 Teléfono: 3112465219

Mascota: Panda Sexo: (x) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anzo

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda castración

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maria Beltrán — Nombre responsable

Maria Beltran — Firma

Fecha 26-11-2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6007284

COL

BELTRAN GAMEZ
APELLIDOS
MARIA ANTONIA
NOMBRES
VEN F
NACIONALIDAD SEXO
30297417
DNI 1MG
22-10-1999
FECHA DE NACIMIENTO
30-01-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISADO

MariaB
FIRMA

E0237550

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Villaches
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6007284<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9910229F3105308VENE0237550<<<6
BELTRAN<GAMEZ<<MARIA<ANTONIA<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 22-11-2024

Paciente PANDA
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 45 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 9.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 360 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Anibal Leonardo cuchana

N.° de identificación 1 007 . 362. 407

Dirección: V Alto cruce Teléfono: 311 769 0955

Mascota: Negro Sexo: (•) Macho ( ) Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Anibal cuchana | Anibal cuchana | 26-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Cruz Bautista

.° de identificación Dairo 17.547.440

Dirección: cll 14 #16-53 Teléfono: 3102688963

Mascota: Michi Sexo: ◉ Macho ○ Hembra

Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Gris Pardo

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Jairo Cruz · 17547440 26-11-2024

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.547.440**
**CRUZ BAUTISTA**

APELLIDOS
**JAIRO**

NOMBRES

Jairo Cruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1960**
**TAME**
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**17-MAR-1981 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-4080306-0820831-M-0017547440-20100107 0019712584A 1 1770994497

Amigos de cuatro patas

Fecha 20-11-2024

Paciente: MICHI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 41 | % | 30-47 |
| VCM | 49 | fl | 39-52 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.400 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 560 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **96.190.671**

**RINCON VILLABONA**

APELLIDOS

**LUIS FERNANDO**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1972**

**TAME**
**(ARAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.65** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-FEB-1991 TAME**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00155090-M-0096190671-20090429 0011132628A 1 1250039598

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente:
MASEDONIO

Especie FELINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 40 | % | 30-47 |
| VCM | 45 | fl | 39-52 |
| CHMC | 350 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 8.500 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 670 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugia descritos a continuación.

Nombre del responsable: Soraida Lizcano Vera
° de identificación 27.687.302
Dirección: cll 19 # 48 - 35 Teléfono: 3176391622
Mascota: Sasi Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra
Especie: Felino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias
quien le diagnosticó Condral Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Soraida Lizcano Soraida Lizcano Vera 26-11-24

Nombre responsable Firma Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.687.302
LIZCANO VERA
APELLIDOS
SORAIDA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1987
CC CHUCARIMA
CHITAGA (NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

29-MAY-1987 CHITAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-4000509-00796489-F-0027687302-20160306 0048680030A 1 1773617559

Amigos de cuatro patas

Fecha 21 -11-2024

Paciente: SONI
Especie FELINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA FELINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11 | g/dL | 9 - 15 |
| Hematocrito | 39 | % | 30-47 |
| VCM | 43 | fl | 39-52 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300-380 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 5.500 - 19.500 |
| Granulocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 2.500 -12.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.500-7.000 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 410 | Cel/Microlitro | 300-800 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yubelin elizabeth Eregua

° de identificación 1.116.862.490

Dirección: C11 12 #61 - 24 Teléfono: 3008878005

Mascota: Canela Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Canela

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Nombre responsable | Firma | Fecha |
|---|---|---|
| YUBELIN EREGUA SANCHEZ | YUBELIN EREGUA. | 27-11-24 |



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1991
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
10-JUL-2009 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.862.440
EREGUA SANCHEZ

APELLIDOS
YUBELIN ELIZABETH

NOMBRES
Yubelin eregua S

FIRMA

Amigos de nuestras patas

Fecha 18-11-2024

Paciente CANELA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.2 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 47.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 299 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 19.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 17.300 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 337 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.5 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Sarmiento
de identificación 68.300.721
Dirección: V. Garrob. Teléfono: 3132123511
Mascota: Laika. Sexo: ○ Macho ● Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado. . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clinica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

| Ana Sarmiento | Ana Dorelis Sarmiento S. | 27-12-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **68.300.721**
**SARMIENTO SARMIENTO**

APELLIDOS
**ANA DORELIA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1966**
**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.62 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**14-ENE-1985 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00139639-F-0068300721-20081110 0006393600A 2 6170002293

Amigos de cuatro patas

Fecha 12-11-2024

Paciente LAIKA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 9.6 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 30.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.6 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 313 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.200 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 174 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Naicer Mirey Perez

de identificación 1.116.860.275

Dirección: Brisas de Sabana Teléfono: 3112643055

Mascota: Pecas Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza quien le diagnosticó control Reproductivo para lo que recomienda Castración con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizsda).

| Naicer Perez | Naiser Mirey Perez | 27-11-24 |
|---|---|---|
| Nombre responsable | Firma | Fecha |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.860.275**

**PEREZ**

APELLIDOS

**NEICER MIRVEY**

NOMBRES

Neicer Mirvey Pérez





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1988**
**PUERTO RONDON**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.54** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-FEB-2008 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4000500-00091765-F-1116860275-20080310 0004154423A 1 35288820

Amigos de cuatro patas

Fecha 16-11-2024

Paciente PECAS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 19 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 51 | % | 39 - 56 |
| VCM | 70 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 360 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 7.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 3.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 450 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 11 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ana Franelina

de identificación 1.116.876.068

Dirección: Cll 20 # 20-53 Teléfono: 3133200643

Mascota: Kiara Sexo: ○ Macho ◉ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Cafe

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda OVH

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ana Franelina — Nombre responsable

 — Firma

27-11-24 — Fecha


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.116.876.068
RANGEL SIERRA
ANA FRANCELINA


FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1983
BARINAS PEDRAZA CIUDAD BOLIVIA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
22-JUL-2019 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 13-11-2024

Paciente KIARA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 41.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 60.7 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 299 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 14.600 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.700 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3.500 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 118 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.2 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Ignacio Beltran Gonzales.
° de identificación 6.809 572.
Dirección: c 11 12 #8-31 Teléfono: 3224698020.
Mascota: Pintas. Sexo: ○ Macho ◉ Hembra
Especie: canina Raza: mestizo. Color: Blanco-negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó control Reproductivo.
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado. . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Ignacio Beltran — Firma — 28-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

SAS


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 6.809.572
BELTRAN GONZALEZ
IGNACIO
COL
1.64
M
18 OCT 1948
O+
SIMACOTA (SANTANDER)
06 AGO 1968, SINCELEJO
09 NOV 2033


0343436698
ICCOL0343436986280001<<<<<<<<<<<
4610188M3311097COL6809572<<<<6
BELTRAN<GONZALEZ<<IGNACIO<<<<<

Amigos de cuatro patas

Fecha 27-11-2023

Paciente PINTAS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 42.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 307 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 22.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 19.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 2.400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 345 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8.5 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria Amigos de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Wilmer Cardenas Tilano

° de identificación 1116.869.428

Dirección: V. la Soledad Teléfono: 3104898617

Mascota: Coquito Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza

quien le diagnosticó control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Wilmer Cardenas — Nombre responsable

Firma

27-11-24 — Fecha



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.116.869.428
CARDENAS TILANO

APELLIDOS
WILMER YESID

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1996
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-NOV-2014 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Amigos de cuatro patas

Fecha 18-11-2024

Paciente COQUITO
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40 | % | 39 - 56 |
| VCM | 60 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 330 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 8.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 410 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maria Alexandra Trujillo
de identificación 1.115.728.197
Dirección: Cll 21A 10-27 Teléfono: 3214355459
Mascota: Doky Sexo: ✕ Macho ○ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda
con pronostico . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:**

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maria Alexandra — Nombre responsable
Alexandra Trujillo — Firma
27-11-24 — Fecha


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRUJILLO LENIS
NUIP 1.115.728.197
MAIRA ALEXANDRA
COL
1.61
F
17 OCT 2006
A+
SARAVENA (ARAUCA)
18 OCT 2024. TAME
21 OCT 2034


CO
05726853
ICCOL05726853640005<<<<<<<<<<
0610179F3410211COL1115728197<3
TRUJILLO<LENIS<<MAIRA<ALEXANDR

Amigos de cuatro patas

Fecha 19-11-2024

Paciente DOKY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.4 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 49.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 66.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 291 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.800 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 64 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 5.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yaritza Contreras
C.C de identificación 68.299.347
Dirección: Vereda Triunfo Teléfono: 3124551392
Mascota: Camo Sexo: ○ Macho ✕ Hembra
Especie: Kaiser Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda OVH
con pronostico Reservado . *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yaritza Contreras Yaritza Contreras.

Nombre responsable Firma Fecha 25-Nov-2024

554



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
68.299.347
NUMERO
CONTRERAS LAMUS
APELLIDOS
YARITZA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1982
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-SEP-2003 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Amigos de cuatro patas

Fecha 15-11-2024

Paciente KAISER
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 26.6 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 299 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 10.200 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 9.600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 66 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 5.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación:

Nombre de responsable: Nicolas cardenas
Identificación 1.006.196.874
Dirección: Calle 5A # 6-05 Teléfono: 3226463506
Mascota: Kiara Sexo ( ) Macho (X) Hembra
Especie: Canino Raza Mestizo Color Dorado

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias
quien le diagnosticó Sospechoso / Reproductivo
para lo que recomienda Cirugia
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Nicolas cardenas — Nicolas Cardenas — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.476.894
CARDENAS CAICEDO

APELLIDOS
NIKOLAS MAURICIO

NOMBRES

Nikolas Cardenas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2003
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-SEP-2021 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-0300133-01285308-M-1006476894-20211112 0076835091A 1 9603986723

Fecha 08-11-2024

Paciente KIARA
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo HEMBRA

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 16.7 | g/dl | 11 - 19 |
| Hematocrito | 51.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 323 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.600 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 15.300 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 295 | Cel/Microlitro | 160-450 |
| VPM | 7.7 | fl | 7 11 |

**METODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Jairo José Zuñiga Linero

N° de identificación: 1.116.865.772

Dirección: K Rion Arenas Teléfono: 3217783745

Mascota: Tobby Sexo: X Macho ☐ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el/la el médico veterinario Jorge Arroyo

quien le diagnosticó Cuerpo Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

**Pago:**

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Jairo Zuñiga — Jairo Zuñiga — 25-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.[illegible].772
ZUÑIGA LIZARAZO
APELLIDOS

JAIRO JOSE
NOMBRES

Jairo J. Zuñiga
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1994
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-ABR-2012 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



[illegible] 0000014[illegible]A 1 [illegible]



Fecha 16-11-2024

**Paciente** TOBBY
**Especie** CANINO
**Raza** MESTIZO
**Sexo** MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 38 | % | 39 - 58 |
| VCM | 69 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 5.000 | Cel/Microlitro | 3.000-17.000 |
| Granulocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.800 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 300 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
y de nuestros hijos

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Yeimy Sofia Melendez
C.C. de identificación: 1.006.459.787
Dirección: Cr. 22 # 18-15 Teléfono: 3213236956
Mascota: Nina Sexo: X Macho ○ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el (la) el médico veterinario Jorge Arias
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidarla respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Yeimy Sofia — Nombre responsable
Firma
27-11-24 — Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA

I.U.F. 1.009.457.787

MALAVER VALERO

YEIMY SOFIA

COL 1.51 F

10 OCT 2002 O-

ARAUCA (ARAUCA)

10 OCT 2020 TAME

10 NOV 2028



1CCOL0348759824400O5<<<<<<<<<<<
0210100F3311101COL1006457787<8
MALAVER<VALERO<<YEIMY<SOFIA<<<

Fecha 13-11-2024

Paciente NIÑO
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MASCULINO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 15.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 52.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 294 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 11.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 700 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.800 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 260 | Cel/Microlitro | 180-430 |
| VPM | 7.9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO RT600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34983**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Jus Diney Quintero Gutierrez
C.C. de identificación 68.283.900
Dirección: Cra 31A N°15-04 Teléfono: 3114828302
Mascota: Oreo Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra
Especie: Canino Raza: Criollo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Condición Epiconductiva
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de radicar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte de paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Jus Diney Quintero — Nombre responsable

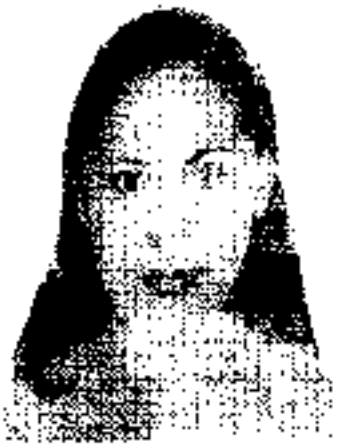
Firma

27-11-24
Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 68.303.900
QUINTERO GUTIERREZ

LUZ DINEY





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1977
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-1995 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

Fecha 20-11-2024

Paciente OREO
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.9 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 49.6 | % | 39 - 56 |
| VCM | 64.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 301 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12 900 | Cel/Microlitro | 6,000-17 000 |
| Granulocitos | 12.300 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11,500 |
| Linfocitos | 1.300 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4 700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 210 | Cel/Microlitro | 180-480 |
| VPM | 7.8 | fl | 7-11 |

MÉTODO

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P. 24333

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalizacion, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Pedro Jose Murillo
C.C de identificacion: 1.006.405.197
Dirección: Roble Nuevo Teléfono: No Tiene
Mascota: Canelo Sexo: ♀ Macho ♂ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el medico veterinario Jorge Anza
quien le diagnostico Cuerpo Extraño
para lo que recomienda Castracion
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las indicaciones que trae.

Pago:

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representacion debidamente autorizada).

Pedro Murillo — Nombre responsable



Firma

23-11-24
Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.409.147
MUÑOZ AGUILAR

NOMBRES
PEDRO JOSE

FIRMA





FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 25-MAR-2003
SARAVENA
(ARAUCA)

1.75 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

Fecha 22-11-2024

Paciente
CANDADO

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.5 | g/dl. | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40.8 | % | 39 - 56 |
| VCM | 69.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 309 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.000 | Cel/Microlitro | 6 000-17 000 |
| Granulocitos | 11.700 | Cel/Microlitro | 2 000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3 800 | Cel/Microlitro | 1 000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 340 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P. 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Manuela Sarmiento Rico
C.C. de identificación: 68.304.251
Dirección: Cll 17A # 50-80 Teléfono: 3204866103
Mascota: Max Sexo: X Macho ___ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Arias
quien le diagnostico: Control Reproductivo
para lo que recomienda: Castración
con pronostico: Reservado Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Manuela Sarmiento — Manuela Sarmiento — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **68.304.251**
**SARMIENTO RICO**

APELLIDOS
**MARINELA**

NOMBRES

Marinela Sarmiento

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1978**
**TAME**
**(ARAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**15-MAY-1996 TAME**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1000500 90191161-F-0068304251-20091025 0017520217A 1 1770102707

Fecha 22-11-2024

Paciente MAX
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.7 | g/dL | 1[illegible] - 19 |
| Hematocrito | 43.2 | % | 39 - 56 |
| VCM | 55.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 294 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 13.800 | Cel/Microlitro | 8.000-17.000 |
| Granulocitos | 13.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.100 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 132 | Cel/Microlitro | 180 460 |
| VPM | 7.5 | fl | 7-11 |

MÉTODO

Equipo autoanalizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 84988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Claudia Viviana Fernandez
C.C. identificación 1.116.830.391
Dirección: C 11 B # 15 - 90 Teléfono: 3144253944
Mascota: Kaiser Sexo: X Macho ☐ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

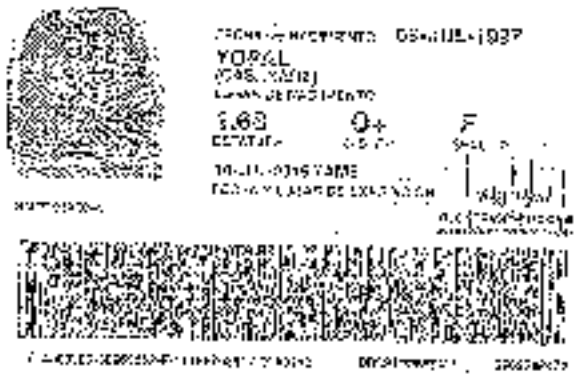
Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte de paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Claudia Fernandez — Claudia Fernandez — 27-12-24

Nombre responsable — Firma — Fecha



Amigos

Fecha 26-11-2023

Paciente KAISER
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 14.1 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 46.2 | % | 39 - 58 |
| VCM | 63.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 305 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 17.900 | Cel/Microlitro | 6 000-17 000 |
| Granulocitos | 16.600 | Cel/Microlitro | 3 000 - 11.500 |
| Linfocitos | 5 700 | Cel/Microlitro | 1 000 - 4 700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 203 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.1 | fl | 7-11 |

| MÉTODO |
|---|

Equipo automatizado RAYTO /600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Daisy Magaly Nanes
No. de identificación 63.306.622
Dirección: Barrio La Esperanza CASA 51 Teléfono: 3144132358
Mascota: Bluey Sexo: ✓ Macho Hembra
Especie: Canino Raza: Mestiza Color: Marrón

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el medico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnostico: Control Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Daisy Nanes — Daisy Nanes — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68306822

LLANES CALDERON
APELLIDOS

DEISY NAGALY
NOMBRES

Deisy Llanes
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1983
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

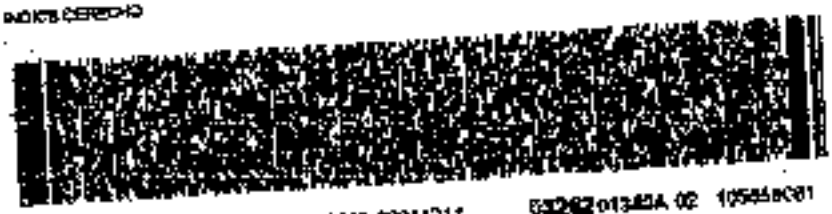
A+
G.S. RH

F
SEXO

15-AGO-2001 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-4000500-59089514-F-00683068822-20011215 0326201345A 02 105656081



Fecha 13-11-2024

Paciente BLUEY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.4 | g/dL | 11 - 18 |
| Hematocrito | 44 | % | 39 - 56 |
| VCM | 56.3 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 305 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 14.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 12.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 268 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 8.5 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 84988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO. HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización tratamiento sedación anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Brayan Stiven Tolosa
C.C de identificación 1.026.457.628
Dirección: C 8 de la esperanza Teléfono: 3112690955
Mascota: Tomy Sexo: X Macho ___ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestiza Color: Café claro

Reconozco que a mascota fue examinada por el(la) el medico veterinario Jorge Arias
quien le diagnostico Cuerpo Extraño
para lo que recomienda Cirugía
con pronostico Reservado Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae

**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de acudiente y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Brayan Tolosa | Brayan Tolosa | 27-11-24

Nombre responsable | Firma | Fecha





29-ENE-2003

**TAME**
(ARAUCA)

**1,69** **O+** **M**

03-MAR-2021 TAME

Fecha 14-11-2024

Paciente TOMMY
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 17 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 45 | % | 39 - 56 |
| VCM | 51 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 340 | g/dL | 300- 350 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 8.000 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 3.000 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4.000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 400 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 84988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de Cuatro Patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO. HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA. SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento sedación anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Oliver Rodriguez
No identificación 91.540.029
Dirección: Barrio de la esperanza Teléfono: 3144132358
Mascota: Bruno Sexo X Macho ☐ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: chocolate

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anzo
quien le diagnosticó Cambio Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Oliver Rodriguez | Oliver Rodriguez | 27-11-24

Nombre responsable | Firma | Fecha

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
21.340.029

NUMERO

RODRIGUEZ FIGUEROA

APELLIDOS

RAN OLIVER

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1985
SAN PABLO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-JUN-2006 PUCARA-BARINAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER MELLO LOPEZ



P-2700108-50T75F3-44-0081540026-2005050 0544503240A 01 14302533

Fecha 13-11-2024

Paciente BRUNO
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 16.1 | g/dL | 11 - 16 |
| Hematocrito | 51.9 | % | 39 - 56 |
| VCM | 68.6 | f | 62 - 72 |
| CHMC | 31.0 | g/dL | 300- 350 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 16.300 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 270 | Cel/Microlitro | 180 460 |
| VPM | 8.2 | f | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7500 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación:

Nombre del responsable: Yeimy Triana

C.C de identificación: 1.052 378.738

Dirección: Cra 30 A # 12-03 Teléfono: 3124511214

Mascota: Betsy Sexo: * Macho ° Hembra

Especie: Canino Raza: Mestiza Color: Blanco - Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) médico veterinario: Jorge Anza

quien le diagnosticó: Cardiopatia Preoperatorio

para lo que recomienda: Castración

con pronóstico: Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización firmo en calidad de acreedor y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yeimy Maria Triana Osorio — Yeimy Triana — 27-12-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA



COL

018051706

Fecha 14-11-2024

Paciente BOTAS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.9 | g/dL | 11 - 15 |
| Hematocrito | 36.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 63.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 325 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 30 900 | Cel/Microlitro | 6.000- 17 000 |
| Granulocitos | 27.900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11 500 |
| Linfocitos | 2.200 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4 700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 322 | Cel/Microlitro | 180-400 |
| VPM | 8.2 | fl | 7-11 |

MÉTODO

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Maria Balaguera
C.C. de identificación: 24 240.694
Dirección: Cr. 43 # 15-40 Teléfono: 3104923390
Mascota: Guardian Sexo: * Macho ° Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnostico Cardiopatia Reproductiva
para lo que recomienda Castracion
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de acreedante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Maria Balaguera — Maria Balaguera — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.240.694**
**BALAGUERA RANGEL**

APELLIDOS
**MARIA**

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-19[illegible]**
**CHARA[illegible]**
(SANTAND[illegible])
LUGAR DE NACIMIENTO

**[illegible]55**
ESTATURA

**B+**
G.S. RH

**F**
SEXO

**23-NOV-19[illegible] ARAUCA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS [illegible]



A-3200100 0[illegible] 00[illegible] 00[illegible] 1

0008[illegible] 1 [illegible]



Fecha: 23-11-2023

Paciente
GUARDIAN

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.4 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 42.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.9 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 290 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 20 700 | Cel/Microlitro | 6 000-17.000 |
| Granulocitos | 17 200 | Cel/Microlitro | 3 000 - 11.500 |
| Linfocitos | 3 000 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 131 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 6.3 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 34989

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Raul Nevas

Identificación 96 190.038

Dirección: Cll 15 # 10-33 Teléfono: 3124187251

Mascota: Zeus Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco-Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jairo Ariza

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria **Amigos de Cuatro Patas**

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de saldar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Raul Nevas — Nombre responsable

Firma

27-11-24 — Fecha



03-NOV-1970

TAMF

1.62 AA- 00



Fecha 12-11-2024

Paciente ZEUS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 11.2 | g/dL | 11 - 18 |
| Hematocrito | 35.5 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.1 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 315 | g/dL | 300- 350 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 22.700 | Cel/Microlitro | 6.000 17.000 |
| Granulocitos | 17.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4.400 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 278 | Cel/Microlitro | 180-480 |
| VPM | 7.7 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizaco RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P. 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Carlos Julio Mesa
N° de identificación 9.518.571
Dirección Cll 15 # 28-53 Teléfono: 3123345025
Mascota Leo
Sexo: * Macho ○ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Amarillo

Reconoce que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jaime Ayala
quien le diagnosticó Cardiopatia Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado . Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

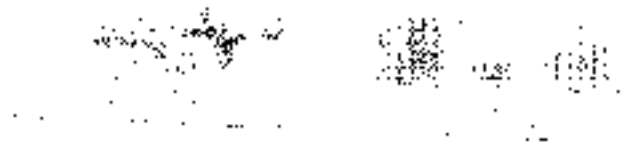
Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

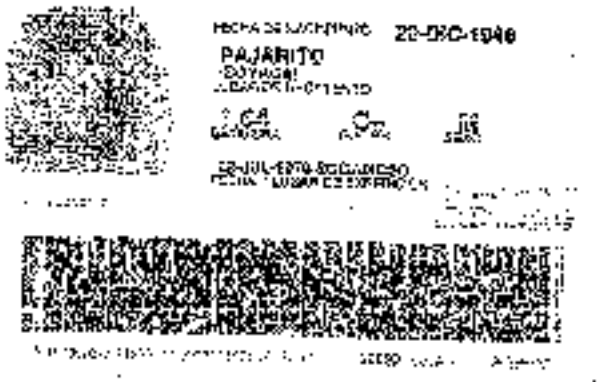
Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Carlos Julio Mesa — Carlos Julio Mesa — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha




20-DIC-1948
PAJARITO

Fecha 12-11-2024

**Paciente LEO**
**Especie CANINO**
**Raza MESTIZO**
**Sexo MACHO**

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.6 | g/dL | 14 - 19 |
| Hematocrito | 45.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.2 | fl | 62 - 72 |
| CHMO | 30.0 | g/dL | 330- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 23.800 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 14.400 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 8.700 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 236 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.6 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO /600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización tratamiento sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre del responsable: Daniel Herrera Benitez
de identificación 1.007.441.651
Dirección: Vereda Rincon hondo Teléfono
Mascota: Consentida Sexo X Macho ○ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco-café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Canino Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

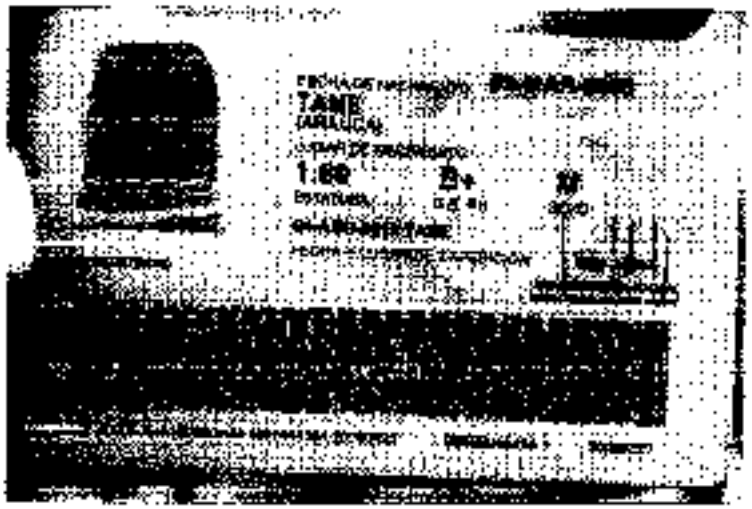
Acepto los riesgos que este conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte de paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de acepiante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Daniel Herrera — Nombre responsable
Firma
27-11-24 — Fecha


DE COLOMBIA


TAME
1.60
O+



Fecha 12-11-2024

Paciente
CANSERVERO

Especie CANINO

Raza MESTIZO

Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.4 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40.7 | % | 39 - 56 |
| VCM | 62.4 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 30.5 | g/dL | 300 - 350 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 12.100 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 10.100 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 210 | Cel/Microlitro | 190-460 |
| VPM | 7 | fl | 7.1* |

MÉTODO

Equipo automatizado RAYTO 7300 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P. 34988

Clínica Veterinaria
Amigos
de Cuatro Patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación:

Nombre del responsable: Walter Soto
de identificación 1098744526
Dirección: Anyatuya Teléfono: 3107552430
Mascota: Ramon Sexo: ◉ Macho ○ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Negro

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Cambal Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado *Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.*

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Walter Soto — Nombre responsable

Firma

27-11-24 — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.744.525
SOTO CARVAJAL

APELLIDOS
WALTER JEFFERSON

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1993
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-OCT-2011 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL





Fecha 12-11-2024

Paciente RAMON
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

**HEMOGRAMA CANINO**

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 12.8 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 42.4 | % | 39 - 59 |
| VCM | 57.8 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 302 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 22 800 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 21 200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.200 | Cel/Microlitro | 1 000 - 4 700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento paquetas | 397 | Cel/Micro litro | 160-488 |
| VPM | 6 9 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P 84389

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN. CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Cesar David Antolinez
C.C. de identificación: 68.309.318
Dirección: Cll 13 # 41-16 Teléfono: 322 2734459
Mascota: Dogui
Sexo: X Macho ☐ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el medico veterinario Jenyf Ariza
quien le diagnosticó Cuadro Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

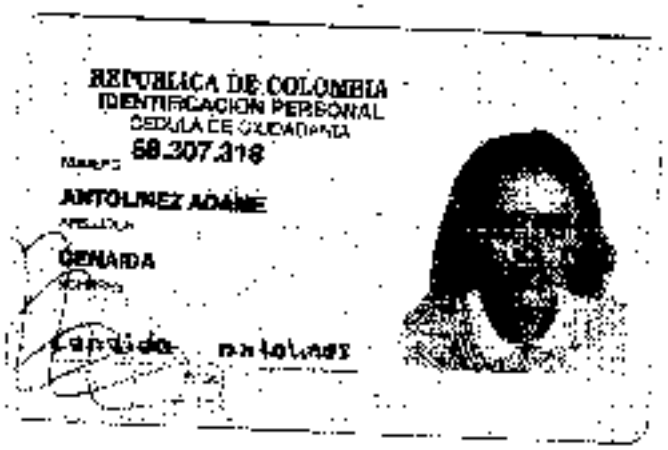
**Pago:** _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas**

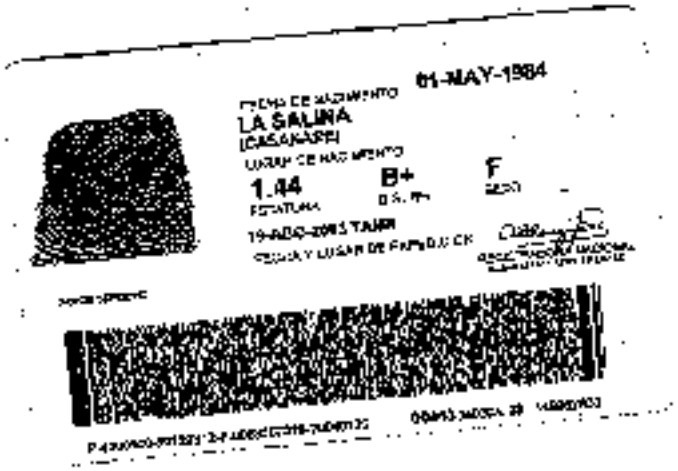
Con la presente autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad de saldo que quedase en el momento de fenecer la respectiva factura comparia de compraventa, incluso en caso de muerte de paciente

De conformidad con todo lo anteformente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada)

Jessica Valderrama — Nombre responsable
Firma
27-11-24 — Fecha



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
58.307.318
ANTOLINEZ ADAME
GENARDA



01-MAY-1964
LA SALINA
(CASANARE)
1.44
B+
F
19-AGO-2003 TAME

Fecha 12-11-2024

Paciente DOGUI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.2 | g/dl | 11 - 19 |
| Hematocrito | 40.3 | % | 39 - 56 |
| VCM | 65.6 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 292 | g/cL | 300- 350 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 20.900 | Cel/Microlitro | 6 000-17 000 |
| Granulocitos | 19,600 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11 500 |
| Linfocitos | 900 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 160 | Cel/Microlitro | 180-460 |
| VPM | 7.8 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Lisett Johana contreras
de identificación 1.117.132.796
Dirección V. Molinos Teléfono: 322 719 4639
Mascota: Zeus Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra
Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el médico veterinario Jorge Anaya
quien le diagnosticó Estado Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago. _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Lisett contreras | Cisett Contreras | 27-11-21

Nombre responsable | Firma | Fecha

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN. ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la **Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas** a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable Rudy Conche Niño
de identificación 68.301 688
Dirección Cll 19 #16-43 Teléfono 3102688763
Mascota: Loky Sexo: X Macho ___ Hembra
Especie: Canino Raza: Criollo Color: Blanco

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) médico veterinario Jorge Ariza
quien le diagnosticó Control Reproductivo
para lo que recomienda Castración
con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las indicaciones que trae.

Pago: _____

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Rudy Conche — Rudy Conche Niño — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.301.688
GUACHE NINO
APELLIDOS
RUDI
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1957
TAME
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-FEB-1988 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Fecha 16-11-2024

Paciente LUKI
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 13.7 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 44.2 | % | 39 - 56 |
| VCM | 65.7 | fl | 62 - 72 |
| CHMC | 310 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 18.500 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 13.200 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 1.200 | Cel/Microlitro | 1.000 - 4.700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento plaquetas | 222 | Cel/Microlitro | 180-450 |
| VPM | 7.8 | fl | 7-11 |

MÉTODO

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
T.P. 34986

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO**

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación

Nombre de responsable: Yurley Mireya

de identificación 68.298.900

Dirección: Cll 18 #49-45 Teléfono: 3142818487

Mascota: Zeus Sexo. X Macho ___ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color Café

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) a medico veterinario Jorge Arias

quien le diagnosticó Control preoperatorio

para lo que recomienda Cirugía

con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae

Pago.

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de cuidar la respectiva factura cambiaria de compraventa incluso en caso de muerte de paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representación debidamente autorizada).

Yurley Mireya
Nombre responsable

Firma

27-11-24
Fecha

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.286.900
SAMPAYO LOPEZ
APELLIDOS
YURLEY MIREYA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1984
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-FEB-2003 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



Fecha 13-11-2024

Paciente ZEUS
Especie CANINO
Raza MESTIZO
Sexo MACHO

## HEMOGRAMA CANINO

| ERITROGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Hemoglobina | 8.5 | g/dL | 11 - 19 |
| Hematocrito | 27 | % | 39 - 56 |
| VCM | 61.3 | fl | 52 - 72 |
| CHMC | 315 | g/dL | 300- 360 |

| LEUCOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Leucocitos | 15.700 | Cel/Microlitro | 6.000-17.000 |
| Granulocitos | 9 900 | Cel/Microlitro | 3.000 - 11.500 |
| Linfocitos | 4 500 | Cel/Microlitro | 1 000 - 4 700 |

| TROMBOGRAMA | RESULTADO | UNIDADES | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento p aquetas | 174 | Cel/Microlitro | 160-460 |
| VPM | 9.1 | fl | 7-11 |

**MÉTODO**

Equipo automatizado RAYTO 7600 S

**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**
**T.P 34988**

Clínica Veterinaria
Amigos
de cuatro patas

## AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA, SEDACIÓN, ANESTESIA Y/O TRATAMIENTO

Por medio de la presente autorizo a la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas a realizar los procedimientos de hospitalización, tratamiento, sedación, anestesia y/o cirugía descritos a continuación.

Nombre del responsable: Anibal Leonardo Cuabera

N° de identificación: 1.069.362.407

Dirección: V. Alta cruz Teléfono: 3118640755

Mascota: Lukas Sexo: ☒ Macho ☐ Hembra

Especie: Canino Raza: Mestizo Color: Cafe.

Reconozco que la mascota fue examinada por el(la) el medico veterinario Jorge Anzo

quien le diagnosticó Control Reproductivo

para lo que recomienda Castración

con pronostico Reservado. Procedimiento que se me ha explicado con las implicaciones que trae.

Pago:

Acepto los riesgos que esto conlleva y me abstengo de formular acción judicial en contra de la Clínica Veterinaria Amigos de Cuatro Patas

Con la presente, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que cuedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa incluso en caso de muerte del paciente.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente autorización, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su representacion debidamente autorizada).

Anibal cuabera — Anibal Cuabera — 27-11-24

Nombre responsable — Firma — Fecha

# ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 25-11-24 DEPENDENCIA: [illegible] DIRECCION: Calle 16 # 14-20 Responsable: [illegible]

OBJETO:

| No | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo de identificación | NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | N° TELEFONICO | Grupo Familiar | E/A | GENERO | BARRIO | VEREDA | MUJER / HOMBRE CABEZA DE HOGAR | LGTBI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho Victimizante | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.E | [illegible] | Rodriguez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 5 | | M | | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 2 | C.C | [illegible] | Cruz | Pinzon | Sandra | | [illegible] | 4 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 3 | C.C | [illegible] | [illegible] | Ramirez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | | [illegible] | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 4 | C.C | [illegible] | Lozano | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 6 | | H | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 5 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 2 | | M | 21 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 6 | C.C | [illegible] | [illegible] | Romero | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 6 | | M | 41 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 7 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 3 | | H | 21 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 8 | C.C | [illegible] | Velasquez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 21 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 9 | C.C | [illegible] | Diaz | [illegible] | Leyda | [illegible] | [illegible] | 4 | | F | 48 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 10 | C.C | [illegible] | Castro | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | F | 59 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 11 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Carlos | [illegible] | 5 | | H | 41 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 12 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 24 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 13 | C.C | [illegible] | Rico | Medina | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 5 | | F | 46 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 14 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 6 | | M | 41 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 15 | C.C | [illegible] | Conde | Moreno | Angel | Eduardo | [illegible] | 5 | | M | 66 | | M | 2 | 2 | 2 | [illegible] | 7 |
| 16 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 2 | | M | 48 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 17 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Rocio | [illegible] | 4 | | M | 44 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 18 | C.E | [illegible] | [illegible] | Lopez | Jesus | Antonio | [illegible] | 4 | | H | 36 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 19 | C.C | [illegible] | Luz | [illegible] | Luz | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 40 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 20 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Camilo | [illegible] | 5 | | H | 48 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 21 | C.C | [illegible] | Gomez | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 6 | | M | 24 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |

9. Tipo Identificación | 10. Genero | 12. Barrio | 17. Mujer / Hombre cabeza | 16. LGBI | 15. Gestante | 14. Lactante | 17. Hecho Victimizante en el Marco del Conflicto Armado

H: Hombre; M: Mujer

[illegible]

## ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 25-11-24 | DEPENDENCIA: Sec. de Des. Medio Ambiente | DIRECCION: Calle 15 # 14-20 | Responsable: Sec. Amb.

OBJETO

| No. | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: Tipo de Identificación | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | N° TELEFONICO | Grupo Familiar | PIN | GÉNERO | BARRIO | VEREDA | AUTOIDENTIFICACION COMUNIDAD INDIGENA | LGBTI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho victimizante | Discapacidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC | 68 | Perez | | Ciprian | | 32 | 2 | | M | 60 | | N | 2 | 2 | 2 | 14 | 3 | |
| 2 | CC | 11 | Bda | Rodrigue | Gerardo | | 30 | 4 | | M | 80 | | N | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 3 | CE | 25 | Pilco | Rojas | Edwin | Josefa | 31 | 2 | | M | 20 | | N | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 4 | CC | 11 | Ochoa | Santisteb | Ernesto | Fernando | 32 | | | M | | Zaragoza | | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 5 | CC | 15 | Rojas | Melo | Reina | Lucero | 31 | 3 | | M | | | | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 6 | CC | 68 | Sanchez | Jaimes | Yenifer | | 31 | 3 | | M | | Triunfo | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 7 | CC | 57 | Rojas | Ducho | Claudia | Esperanza | 36 | 4 | | M | 60 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 8 | CC | 68 | Torres | Cabrejas | Nadia | Damaris | 31 | 4 | | F | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 9 | CC | 22 | Sanchez | Vargas | Nelson | Judith | 31 | 3 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 10 | CC | 13 | Pinzon | Morillo | Eduardo | | 30 | 1 | | M | 60 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 11 | CC | 74 | Romero | Rojas | Nestor | | 31 | 1 | | M | 44 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 12 | CC | 10 | Gamboa | Suarez | Nelly | | 31 | | | F | 37 | | M | 2 | 2 | 2 | 2 | 7 | |
| 13 | CC | 10 | Zapata | Rivera | Yuridia | | 31 | 4 | | M | | Cruce Cerdo | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 14 | CC | 12 | Rojas | Pol | Nelly | Tatiana | 32 | 4 | | M | 52 | | M | 2 | 2 | 1 | 5 | 7 | |
| 15 | CC | 24 | Palomino | Rangel | Maria | | 30 | 1 | | M | 21 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 16 | CC | 1 | Sosa | Rodriguez | Astrid | Sandra | 31 | 4 | | F | 37 | | | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 17 | CC | 68 | Jaimes | Galvis | Maria | Fernanda | 31 | 4 | | M | 21 | | N | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | |
| 18 | CC | 10 | Vasq | Cuervo | Nuvia | Yaritza | 32 | 5 | | M | 55 | | | | | | 5 | 7 | |
| 19 | CC | 05 | Cuervo | Jimen | Sandra | | 31 | 6 | | F | 20 | | F | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 20 | CC | 22 | Sanchez | Narvaez | Nancy | Judith | 31 | 4 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | |
| 21 | CC | 10 | Vasquez | Gomez | Nuvia | | 30 | 6 | | M | 24 | | M | 2 | 1 | 2 | 5 | 7 | |

1. Tipo de Identificación | 10. Genero | 11. Barrio | 12. Edad | 13. Grupo Familiar | 14. Vereda | 15. Autoidentificación | 16. Discapacidad | 17. Hecho Victimizante en el Marco del Conflicto Armado

# ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 25 - 11 - 24 | DEPENDENCIA: Sec. de Des. Medio Ambiente | DIRECCION: Calle 15 # 14-20 | Responsable: Jorge Antes

OBJETO:

| Nº | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo de Identificación | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | Nº TELEFONICO | Grupo Familiar | FIN | GENERO | BARRIO | VEREDA | MUJER / HOMBRE CABEZA DE HOGAR | LGTBI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho Victimizante | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.C | [illegible] | Sanchez | Romero | Alex | Yusef | [illegible] | 4 | | H | 48 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 3 |
| 2 | C.C | [illegible] | [illegible] | Ortiz | Leydy | | | | | M | 49 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 |
| 3 | C.C | [illegible] | [illegible] | Pinto | Laura | | [illegible] | 6 | | M | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 4 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Fabian | [illegible] | [illegible] | 4 | | H | 44 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 5 | C.C | [illegible] | [illegible] | Cruz | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 5 | | M | 63 | | H | 2 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| 6 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| 7 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | 3 | | H | | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 3 |
| 8 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 5 | | H | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 3 |
| 9 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 4 | | H | 63 | | H | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 10 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 3 |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Tipo de Identificación | 10. Genero | 11. Barrio | 13. Mujer / hombre cabeza | 14. LGTBI | 15. Gestante | 16. Lactancia | 17. Hecho Victimizante en el Marco del Conflicto Armado

H. Hombre, M. Mujer | 1. Si, 2. No | 1. Si, 2. No | 1. Si, 2. No

# ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 26-11-24 DEPENDENCIA: [illegible] DIRECCION: Calle 15 # 14-20 Responsable:

OBJETO:

| No | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo de identificacion | NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | Nº TELEFONICO | Grupo Familiar | EIN | GENERO | BARRIO | VEREDA | MUJER / HOMBRE CABEZA DE HOGAR | LGTBI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho Victimizante | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.C | [illegible] | Londoño | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 2 | | H | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 2 | C.C | [illegible] | Leon | Caballero | Luz | [illegible] | [illegible] | 2 | | M | 59 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 3 | C.C | [illegible] | Nieto | Caballero | Ana | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 37 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 4 | C.C | [illegible] | Cuevas | Cuevas | Luz | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 50 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 5 | C.C | [illegible] | Perez | Silva | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 3 | | H | 32 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 6 | C.C | [illegible] | Roa | Caballero | [illegible] | | [illegible] | 6 | | M | 41 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 7 | C.C | [illegible] | Niño | [illegible] | Ana | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 40 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 8 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 9 | C.C | [illegible] | Martinez | Ramos | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 60 | | H | 2 | 2 | 2 | 2 | 7 |
| 10 | C.C | [illegible] | Ortiz | | Leonar | | [illegible] | 2 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 11 | C.C | [illegible] | [illegible] | | Andrea | | [illegible] | 4 | | H | 20 | | H | 2 | 2 | 1 | 14 | 7 |
| 12 | C.C | [illegible] | Rios | Arteaga? | Nancy | Zenaida | [illegible] | 2 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 13 | C.C | [illegible] | Gomez | | Ana | Gertrudis | [illegible] | 4 | | F | 60 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 14 |
| 14 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Ana | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 |
| 15 | C.C | [illegible] | Castillo | Rodriguez | Yudys | Enith | [illegible] | 4 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 16 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Mayra | Alejandra | [illegible] | 2 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 17 | C.C | [illegible] | [illegible] | Ramirez | [illegible] | | [illegible] | 4 | | M | | C. Cauta? | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 18 | C.C | [illegible] | Ortiz? | Arango? | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 57 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 19 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 41 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 20 | C.C | [illegible] | [illegible] | Garcia | Yeimy | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 33 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |
| 21 | C.C | [illegible] | Arevalo | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | 4 | | H | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 |

1. Tipo de Identificacion — 10. Genero — 11. Barrio — 13. Mujer / Hombre cabeza — 14. LGTBI — 15. Gestante — 16. Lactante — 17. Hecho Victimizante en el Marco del Conflicto Armado

[illegible]

# ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 26-11-24 | DEPENDENCIA: Sec. De A.S. Medio Ambiente | DIRECCION: Calle 15 # 14-20 | Responsable:

OBJETO:

| No | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo de Identificacion | NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | N° TELEFONICO | Grupo Familiar | F / H | GENERO | BARRIO | VEREDA | MUJER, HOMBRE CABEZA DE HOGAR | LGTBI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho Victimizante | Discapacidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 5 | | H | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 2 | C.C | [illegible] | [illegible] | Lopez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 1 | | H | 36 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 3 | C.C | [illegible] | [illegible] | Perez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 4 | C.C | [illegible] | Garcia | Medina | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 44 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 5 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 4 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 6 | C.C | [illegible] | Diaz | Diaz | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 37 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 7 | C.C | [illegible] | [illegible] | Ortiz | [illegible] | | [illegible] | 3 | | M | 35 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 8 | C.C | [illegible] | Rincon | [illegible] | Luis | [illegible] | [illegible] | 4 | | H | 35 | | H | 1 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 9 | C.E | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 49 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 10 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Del [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 11 | C.C | [illegible] | Cruz | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | 2 | | H | 45 | | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | [illegible] |
| 12 | C.C | [illegible] | Gomez | | Ana | [illegible] | [illegible] | 6 | | M | 24 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 13 | C.C | [illegible] | Ramirez | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | H | [illegible] | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 14 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 5 | | M | 20 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 15 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Carmen | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 22 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 16 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Luz | [illegible] | [illegible] | 2 | | M | 52 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 17 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 3 | | H | 41 | | M | 2 | 2 | 2 | 5 | 7 | [illegible] |
| 18 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 2 | | M | 52 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 19 | C.C | [illegible] | Perez | [illegible] | Luz | Estela | [illegible] | 6 | | M | 20 | | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 20 | C.C | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Diego | Armando | [illegible] | 5 | | H | | [illegible] | H | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |
| 21 | C.C | [illegible] | Diaz | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 48 | | M | 2 | 2 | 2 | 14 | 7 | [illegible] |

| 1. Tipo de Identificacion | 16. Genero | 31. Barrio | 33. Mujer / hombre cabeza | 14. LGTBI | 15. Gestante | 16. Lactante | 17. Hecho victimizante en el Marco del Conflicto Armado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | H. Hombre / M. Mujer | 1. Si / 2. No | 1. Si / 2. No | 1. Si / 2. No | [illegible] |

[illegible]

## ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA 27-11-24 | DEPENDENCIA: Sec. de Des. Medio Ambiente | DIRECCION: Calle 99 # 11-20 | Responsable: Jorge Arce

OBJETO:

| No | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo de identificación | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | N° TELEFONICO | Grupo Familiar | F/A | GENERO | BARRIO | VEREDA | PERTENENCIA ETNICA (CUAL?) | IGTRI | GESTANTE | LACTANTE | Fecha de Nacimiento | Discapacidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC | [illegible] | Molano | Beltran | Maicol | Gaston | [illegible] | 4 | | M | 37 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 2 | CC | [illegible] | Beltran | Cortes | Dayana | | [illegible] | 2 | | H | 50 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 3 | CC | [illegible] | Saavedra | Saavedra | Pedro | Daniel | [illegible] | 5 | | M | | Aguadulce | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 4 | CC | [illegible] | Burgos | Duran | Ana | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 72 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 5 | CC | [illegible] | Soto | Quiroga | Wilder | Jefferson | [illegible] | 3 | | H | | V. Pueblo | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 6 | CC | [illegible] | Nunez | Calderon | Deisy | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 20 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 7 | CC | [illegible] | Rodriguez | Reyes | Dora | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 63 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 8 | CC | [illegible] | Saavedra | Rico | Marcela | | [illegible] | 3 | | M | 63 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 9 | CC | [illegible] | Fonseca | Nunez | Charlie | Daniel | [illegible] | 3 | | M | 40 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 10 | CC | [illegible] | Fonseca | Lopez | Yenley | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 18 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 11 | CC | [illegible] | Archbold | Nunez | Cesar | | [illegible] | 4 | | M | 20 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 12 | CC | [illegible] | Angulo | Lopez | Nunez | [illegible] | [illegible] | 3 | | M | 36 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 13 | CC | [illegible] | Romero | Duran | Raul | | [illegible] | 4 | | M | 46 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 14 | CC | [illegible] | Vargas | Sandoval | Yuberlis | [illegible] | [illegible] | 4 | | M | 20 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 15 | CC | [illegible] | Soto | Mejia | Carlos | | [illegible] | 2 | | H | 52 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 16 | CC | [illegible] | Saavedra | Nino | Rudy | | [illegible] | 2 | | M | 37 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 17 | CC | [illegible] | Romero | Benitez | Daniel | Alejandro | [illegible] | 4 | | H | | R. Nuevo | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 18 | CC | [illegible] | Murillo | Aguilar | Pedro | Jose | | 6 | | M | | Primavera | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 19 | CC | [illegible] | Alvarez | Gomez | Nelson | Alexander | | | | M | | Bolivar | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 20 | CC | [illegible] | Bautista | Galvis | Luz | Dary | [illegible] | 4 | | M | 24 | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |
| 21 | CC | [illegible] | Tolosa | Cortes | Brayan | Steven | | 3 | | H | | | | 2 | 2 | 2 | [illegible] | | |

| 1. Tipo de Identificación | 10. Genero | 11. Parco | 25. Nivel Sisben | 26. IGTRI | 13. Ocupación | 14. Vereda | 27. Grupo Poblacional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A) Registro Civil | M. Masculino | Cesar 20. Distrito de Bogotá 21. Guainía 22. Guaviare 23. Huila 24. La Guajira 25. Magdalena 26. Meta 27. Nariño 28. Norte de Santander 29. Putumayo 30. Quindío 31. Risaralda 32. San Andrés 33. Santander 34. Sucre 35. Tolima 36. Valle del Cauca 37. Vaupés 38. Vichada | Pertenece | 1. Si | 1. Si | 1. Si | |
| B) Tarjeta de Identidad | F. Femenino | 39. Extranjero 40. Otro | 99. Ninguno | 2. No | 2. No | 2. No | |
| C) Cédula de Ciudadanía | | | | | | | |
| D) Tarjeta de Extranjería | | | | | | | |
| E) Cédula de Extranjería | | | | | | | |
| F) Pasaporte | | | | | | | |
| G) Salvoconducto | | | | | | | |
| H) Permiso Especial de Permanencia | | | | | | | |
| I) Documento Nacido Vivo | | | | | | | |
| J) Permiso por Protección Temporal | | | | | | | |

La información recolectada será tratada de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Alcaldía Municipal de Tame, la cual puede ser consultada en [illegible] y la Ley 1581 de 2012 [illegible]

# ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA
## FORMATO/PLANTILLA DE ENFOQUE DIFERENCIAL

FECHA: 26-11-24 | DEPENDENCIA: Secretaría de Desarrollo Social | DIRECCION: Calle 15 # 14-20 | Responsable: Jorge Ariza

OBJETO:

| No | DOCUMENTO de IDENTIFICACION: Tipo de identificación | NUMERO | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | N° TELEFONICO | Grupo Familiar | F/N | GENERO | RAZA/ETNIA | VEREDA | VICTIMA CONFLICTO ARMADO | LGTBI | GESTANTE | LACTANTE | Hecho victimizante | Discapacidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | C.C | 1[illegible]A 760 | Patiño | Avendaño | Eliana | | [illegible] | 4 | | M | 62 | | R | 2 | 2 | 2 | 5 | N | El[illegible] |
| 2 | C.C | 1.65[illegible]82 | Blanco | Perez | Gustavo | | [illegible]958 | 2 | | M | 62 | | N | 2 | 2 | 2 | 5 | N | [illegible] |
| 3 | C.C | 30.181.[illegible] | Gomez | [illegible] | [illegible] | Cecilia | 3142[illegible]6 | 2 | | M | 49 | | N | 2 | 2 | 2 | 5 | N | [illegible] |
| 4 | C.C | 1[illegible]3[illegible]4 | [illegible] | [illegible] | Andrea | [illegible] | 31 2[illegible]55 | 2 | | M | | [illegible] | N | 2 | 2 | 2 | 5 | N | [illegible] |
| 5 | C.C | 68.2[illegible]30 | Suarez | Villamizar | Orith | Yuliana | | 4 | | M | 24 | | N | 2 | 2 | 2 | 5 | N | [illegible] |
| 6 | C.C | 116 [illegible]27 | Flores | Escalante | Luis | Hernando | | 5 | | M | | | N | 2 | 2 | 1 | 5 | N | [illegible] |
| 7 | C.C. | 2[illegible]3 | Nova | Ibarra | Samuel | | 3176[illegible]22 | 5 | | M | 60 | | N | 2 | 2 | 2 | 14 | N | [illegible] |
| 8 | C.C | 1[illegible]132[illegible]6 | [illegible] | Rojas | Lizeth | Johana | 32[illegible]946 | 2 | | M | | [illegible] | N | 2 | 1 | 2 | 14 | N | [illegible] |
| 9 | C.C | 1[illegible]315[illegible] | Tarazona | Valderrama | Miguel | Angel | 31[illegible]534 | 2 | | M | | [illegible] | N | 2 | 2 | 2 | 5 | N | [illegible] |
| 10 | C.C | 1[illegible]450[illegible] | Valderrama | Gamboa | Brayan | Steven | 3126[illegible]012 | 4 | | M | 63 | | N | 2 | 2 | 2 | 14 | N | [illegible] |
| 11 | C.C | 1006[illegible]971 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 32[illegible]394 | 5 | | M | 48 | | N | 2 | 2 | 2 | 14 | N | [illegible] |
| 12 | C.C | 1[illegible]089[illegible] | Quintero | Suarez | Jhonnier | Yesid | 3[illegible]641 | 1 | | M | | [illegible] | N | 2 | 2 | 2 | 14 | N | [illegible] |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9. Tipo de Identificación
10. Genero
11. Apellido 1
12. Apellido 2
13. Nombre 1
14. Nombre 2
15. Telefono
16. Grupo Familiar
17. F/N
18. Genero
19. Raza/Etnia
20. LGTBI
21. Gestante
22. Lactante
23. Victima Conflicto Armado
24. Hecho Victimizante en el Marco del Conflicto Armado
25. Discapacidad

La siguiente autorización deberá ser diligenciada por cada uno de los beneficiarios de la entrega de [illegible] al momento de [illegible] para que sea [illegible] de la Ley [illegible] de 2012 [illegible] la protección [illegible] tratamiento [illegible] datos personales [illegible] de datos sensibles, como los [illegible] relacionados [illegible] y demás [illegible] que [illegible] a los consagrados como derechos [illegible] en la [illegible].

**MUNICIPIO DE TAME**
**NIT. 800.102,. -3**

**COMPROBANTE DE SALIDA**
**No. INV-S2024112200005**

**ORIGEN:** ALMACEN GENERAL | **DESTINO:** SECRETARIA DE AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

**FACTURA No.:** | **FECHA FACTURA:** | **FECHA MOVIMIENTO:** 2024/11/22

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN | OBSERVACIÓN | UNIDAD | CANT. | VALOR | IVA | SUBTOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.4. COLLAR ISABELINO | UNIDAD | 140,00 | 22.500,00 | 0,00 | 3.150.000,00 |
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.0. MEDICAMENTOS POST QUIRURGICOS<br>FRASCO DE KETOPROFENO 100 MG EN UNA PRESENTACION DE 100ML<br>SE GARANTIZARA LA APLICACIÓN DEL ANALGESICO POR 3 DIAS. SE APLICARA UN TOTAL DE 1.5 ML POR ANIMAL. | UNIDAD | 8,00 | 200.000,00 | 0,00 | 700.000,00 |
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.5. MEDICAMENTOS POST QUIRURGICOS<br>FRASCO DE PENICILINA G. 5.000.000 EN UNA PRESENTACIÓN DE 20ML<br>SE GARANTIZARA LA APLICACIÓN DEL ANTIBIOTICO POR 10 DIAS. SE APLICARA UN TOTAL DE 2 ML POR ANIMAL. | UNIDAD | 14,00 | 50.000,00 | 0,00 | 700.000,00 |

**SON:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS CON CIEN CENTAVOS

| | | |
|---|---|---|
| **SUBTOTAL** | **$** | **4.550.000,00** |
| **IVA** | **$** | **0,00** |
| **TOTAL** | **$** | **4.550.000,00** |

**OBSERVACIONES:**
SALIDA DE INVENTARIO A ALMACEN SEGÚN OTROSI MODIFICATORIO N°001 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 325 DE 2024, REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ELABORADO: | ALMACENISTA | Almacén General | Yolsayn Omar Lopez Valle |
| REVISADO: | MONICA DEL PILAR BOHORQUEZ MADERO | | |
| APROBADO: | MONICA DEL PILAR BOHORQUEZ MADERO | FIRMA Y SELLO ENTREGA | FIRMA Y SELLO QUIEN RECIBE |

**MUNICIPIO DE TAME**
**NIT. 800.102. -3**

**COMPROBANTE DE ENTRADA**
**No. INV-E2024112700001**

ORIGEN: JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR RL | DESTINO: ALMACEN GENERAL

CLINICA VETERINARIA AMIGO DE CUATRO PATAS
FACTURA No.: | **FECHA FACTURA:** | **FECHA MOVIMIENTO:** 2024/11/22

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN | OBSERVACIÓN | UNIDAD | CANT. | VALOR | IVA | SUBTOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.4. COLLAR ISABELINO | UNIDAD | 140,00 | 22.500,00 | 0,00 | 3,150.000,00 |
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.6. MEDICAMENTOS POST QUIRURGICOS<br>1 FRASCO DE KETOPROFENO 100 MG EN UNA PRESENTACION DE 100ML.<br>SE GARANTIZARA LA APLICACIÓN DEL ANALGESICO POR 3 DIAS. SE APLICARA UN TOTAL DE 1.6 ML POR ANIMAL. | UNIDAD | 3,00 | 200.000,00 | 0,00 | 700.000,00 |
| 10111305 | Tratamientos medicados para mascotas | 1.5. MEDICAMENTOS POST QUIRURGICOS<br>1 FRASCO DE PENICILINA G. 5.000.000 EN UNA PRESENTACION DE 20ML<br>SE GARANTIZARA LA APLICACION DEL ANTIBIOTICO POR 10 DIAS. SE APLICARA UN TOTAL DE 2 ML POR ANIMAL | UNIDAD | 14,00 | 50.000,00 | 0,00 | 700.000,00 |

**SON:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS CON CIEN CENTAVOS

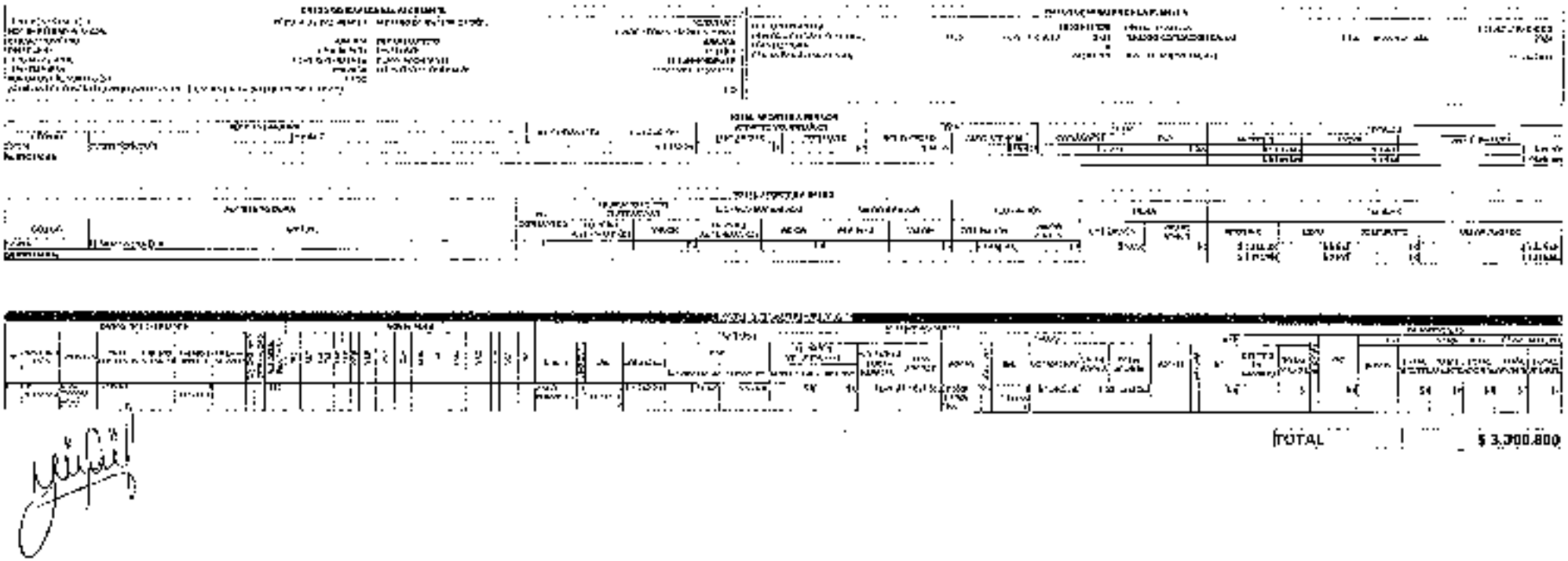
| | | |
|---|---|---|
| **SUBTOTAL** | **$** | **4.550.000,00** |
| **IVA** | **$** | **0,00** |
| **TOTAL** | **$** | **4.550.000,00** |

**OBSERVACIONES:**
ENTRADA DE INVENTARIO A ALMACEN SEGÚN OTROSI MODIFICATORIO N°001 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 325 DE 2024, REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ELABORADO: | ALMACENISTA | JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR RL CLINICA | Monica del Pilar Bohorquez Madero |
| REVISADO: | MONICA DEL PILAR BOHORQUEZ MADERO | | |
| APROBADO: | MONICA DEL PILAR BOHORQUEZ MADERO | FIRMA Y SELLO ENTREGA | FIRMA Y SELLO QUIEN RECIBE |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



TOTAL $ 3.300.800

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

TOTAL $ 528.400

El suscrito contador público Angy Katherinne Castellanos, identificada con cedula de ciudadania No. 1.116.862.865 de Tame y tarjeta profesional No.204979-T.

# CERTIFICA QUE:

En atención a lo establecido en la ley 789 de 2002 y la ley 828 de 2003, que el señor JORGE ADRIANA ARIZA ESCOBAR, identificado con C.C. 1.070.607.704, ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, por lo que declaro que se encuentran a PAZ y SALVO con entidades promotoras de Salud EPS, Administradoras de Riesgos Laborales ARL y Fondo de Pensiones AFP.

Dado en Tame – Arauca a solicitud del interesado, a los veinticuatro (13) dias del mes de Diciembre de 2024.

**ANGY KATHERINNE CASTELLANOS**
Contadora
TP.204979-T

316 625 68130
katherin8114@gmailcom
Cra 18 No. 15 -85

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

9 6 B 4 F 3 S C Z Z F 9 1 F 2 0

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público ANGY KATHERINNE CASTELLANOS CASTAÑEDA identificado con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1116862865 de TAME ARAUCA Y Tarjeta Profesional No. 204979-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de inscripción

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTÁ a los 19 días del mes de Septiembre de 2024 con vigencia de (3) Meses contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

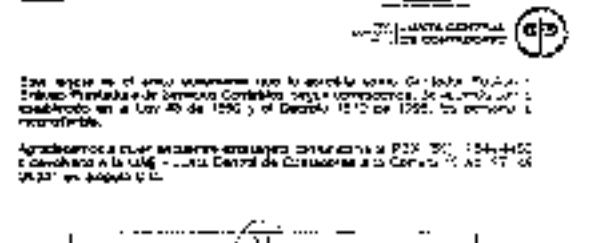
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y vigencia de este certificado, o puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número de certificado











IECOLD4463365744000S<<<<<<<<<<<
9108149F3404115COL1116862865<9
CASTELLANOS<CASTANEDA<<ANGY<KA

TRD-700

Tame, 09 de diciembre de 2024

INFORME FINAL DE SUPERVISOR

CONTRATO DE SERVICIOS No 325 DE 2024

Contratista
**JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR NIT. 1070607704-9, PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AMIGOS DE CUATRO PATAS**

**YEISSON OMAR LOPEZ NEITE**
Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente
Supervisor

TRD-700

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO
3. ACTOS ADMINISTRATIVOS SUSCRITOS
4. PÓLIZAS DE CONTRATO
5 OBLIGACIONES CONTRACTUALES
6. DESARROLLO DE ACTIVIDADES
7. CUADRO FINANCIERO
8. CONCLUSIONES
9. ANEXOS

TRD-700

## 1. INTRODUCCIÓN

La esterilización es un procedimiento quirúrgico en el cual parte de los órganos reproductivos de tu mascota se remueve para evitar la reproducción. A través de la esterilización estás ayudando a tu mascota a tener una vida más saludable, ya que los animales esterilizados están menos predispuestos a ciertas enfermedades reproductivas y estamos ayudando a disminuir el abandono en los animales, son procedimientos de recuperación rápida, el cual no requiere hospitalización

En el siguiente informe se evidencia la realización de una jornada de esterilización de 140 animales vulnerables del municipio de Tame.

TRD-700

2. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO

FECHA: 06 12 2024

**DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** | 325 DE 2024 |
| **VALOR INICIAL** | TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.00,00) |
| **VALOR TOTAL** | TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36 398.00.00). |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE TAME |
| **CONTRATISTA** | JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR C.C 1070607704 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS NIT. 1070607704-9 |
| **No. DE IDENTIFICACION** | 1.070.607.704 |
| **PLAZO DE EJECUCION** | UN (1) MES |
| **SUPERVISOR** | MVZ YEISSON OMAR LOPEZ NEITE **SECRETARIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE** |
| **FECHA DE INICIO** | 06 de noviembre del 2024 |
| **PERIODO DEL INFORME** | 06 de noviembre al 05 de diciembre del 2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA. |

TRD-700

**3. ACTOS ADMINISTRATIVOS SUSCRITOS**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | 31 de octubre de 2024 |
| **ACTA DE INICIO** | 06 de noviembre de 2024 |
| **OTRO SI** | 22 de noviembre de 2024 |
| **ACTA DE RECIBIDO FINAL** | 05 de diciembre de 2024 |

**4. PÓLIZAS DEL CONTRATO**

VIGENCIAS DE PÓLIZA

A. PÓLIZAS DE LEGALIZACIÓN, expedica el cero uno (01) de noviembre de 2024 y aprobada el dia 01 de noviembre de 2024 por el jefe de la oficina juridica del municipio de Tame.

| **COMPAÑÍA DE SEGUROS** | **RIESGO** | **PÓLIZA N°** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **INICIA** | **TERMINA** | |
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del contrato | COQ-100004237 | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del servicio | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad y correcto funcionamiento | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |

B. PÓLIZAS SEGÚN ACTA DE INICIO expedida el cero uno (01) de noviembre de 2024 y aprobada por oficina jurídica el trece (13) de diciembre de 2024.

| **COMPAÑÍA DE SEGUROS** | **RIESGO** | **PÓLIZA N°** | **VIGENCIA** | | **VALOR ASEGURADO** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **INICIA** | **TERMINA** | |
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del contrato | COQ-100000457 | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del servicio | | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TRD-700 | | | | |
| | Calidad y correcto funcionamiento | 06/11/24 | 07/04/25 | $3.639.800.00 |

## 5. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El Contrato de Servicios N° 325 de 2024 fue ejecutado por el Doctor JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR NIT. 1070607704-9, PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AMIGOS DE CUATRO PATAS, ubicado en el casco urbano del Municipio de Tame, quien acreditó la capacidad y experiencia idónea para adelantar las actividades que estipulaba el contrato. las cuales se describen a continuación:

| ITEM | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA | | | | |
| 1.1 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A TODO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA POBLACION CANINA EN EL MUNICIPIO DE TAME | NUMERO | 97 | 280.000 | 29.680.000 |
| 1.2 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A TODO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA POBLACION FELINA EN EL MUNICIPIO DE TAME | NUMERO | 30 | 150.000 | 4.500.000 |
| 1.3 | Cuadro Farmacologico | NUMERO | 110 | 25.000 | 2.800.000 |
| 1.4 | Cefalosporina | UNIDAD | 240 | 22.500 | 2.160.000 |
| 1.5 | Medicamentos post quirurgicos PRESENTACION KETOPROFENO 100 MG en una presentacion de 100 ML Se aplicara la aplicacion de analgesico por 5 dias se aplicara un total de 1.5 ml por animal | UNIDAD | 3 | 333.333 | 700.000 |
| 1.6 | Medicamentos post quirurgicos PRESENTACION DE PENICILINA G 5.000.000UI en una presentacion de 50 ml Se aplicara la aplicacion del antibiotico por 10 dias se aplicara un total de 2 ml por animal | UNIDAD | 54 | 50.000 | 900.000 |
| | | | | TOTAL | 39.952.000 |

**1.1 Hembras caninas**: En esta técnica quirúrgica la incisión debe realizarse directamente caudal al ombligo. el tamaño varía según el tamaño de la perra. la incisión atraviesa la piel y el tejido subcutáneo para exponer la línea alba; se debe realizar una elevación del cuerno uterino la cual puede realizarse con un gancho de ovariectomía o manualmente, se tira de cada uno de los ovarios hacia el polo caudal del riñón. posteriormente se colocan las ligaduras craneales a los ovarios. Separe el ligamento ancho de los cuernos uterinos en dirección caudal, hacia el cuerpo del útero y se realiza

sutura. posteriormente ligar el cuerpo uterino cranealmente al cuello uterino, por último, se realiza cierre la pared abdominal en tres capas (línea alba, tejido subcutáneo y piel).

**1.1 Machos caninos**: En esta técnica quirúrgica se inicia con el rasurado del escroto y la zona que lo rodea, después se procede a su esterilización y desinfección. Asimismo, el campo quirúrgico se cubre con paños estériles a fin de evitar infecciones, se realiza una incisión en el escroto y de las túnicas que lo protegen, se ligan los vasos sanguíneos, el conducto deferente y se extirpan los testículos.

**1.2 Hembras felinas**: En esta técnica quirúrgica la incisión debe realizarse directamente caudal al ombligo, el tamaño varía según el tamaño de la gata, la incisión atraviesa la piel y el tejido subcutáneo para exponer la línea alba. se debe realizar una elevación del cuerno uterino la cual puede realizarse con un gancho de ovariectomía o manualmente, se tira de cada uno de los ovarios hacia el polo caudal del riñón. posteriormente se colocan las ligaduras craneales a los ovarios. Separe el ligamento ancho de los cuernos uterinos en dirección caudal, hacia el cuerpo del útero y se realiza sutura. posteriormente ligar el cuerpo uterino cranealmente al cuello uterino, por último, se realiza cierre la pared abdominal en tres capas (línea alba tejido subcutáneo y piel).

**1.2 Machos felinos:** En esta técnica quirúrgica se inicia con el rasurado del escroto y la zona que lo rodea del gato, después se procede a su esterilización y desinfección. Asimismo, el campo quirúrgico se cubre con paños estériles a fin de evitar infecciones, se realiza una incisión en el escroto y de las túnicas que lo protegen, se ligan los vasos sanguíneos, el conducto deferente y se extirpan los testículos.

1.3 **Cuadro hematológico**: Se realiza desinfección del área donde se va tomar la muestra, con un torniquete se hace presión en el miembro delantero para ayudar a exponer la vena, posteriormente con una aguja # 20GX1 y un tubo lila pediátrico se procede a tomar la muestra

1.4 **Collar isabelino:** Es de uso obligatorio para todos los animales post operatorio, su material es 90% de plástico y el collar isabelino es un collar en forma de cono que se coloca alrededor de la cabeza del animal para evitar que acceda a zonas de su cuerpo, como patas, costado, cuello, etc Y así evitar. como hemos mencionado, que lama sus heridas, cicatrices o puntos de sutura. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

1.5 **Medicamento post quirúrgico analgésico:** Los analgésicos son medicinas que reducen o alivian los dolores, musculares, artríticos o muchos otros dolores. Existen muchos tipos diferentes de analgésicos y cada uno tiene sus ventajas y riesgos. Algunos tipos de dolor responden mejor a determinadas medicinas que a otras. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

1.6 **Medicamentos post quirúrgico antibiótico:** Los antibióticos son medicamentos que combaten las infecciones bacterianas en animales. Funcionan matando las bacterias o dificultando su crecimiento y multiplicación. Los antibióticos se pueden tomar de diferentes maneras. Por vía oral (por la boca). Pueden ser pastillas, cápsulas o líquidos. Se realiza entrada a almacén **N° IVN-S2024112200005.**

## 6. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Durante la ejecución del contrato se evidenció que el contratista realizo tres jornadas en donde intervino la totalidad de los animales acordados:

| | CANINOS | FELINOS |
|---|---|---|
| HEMBRAS | 53 | 40 |
| MACHOS | 27 | 20 |
| TOTAL | 80 | 60 |

Dichas jornadas se realizaron los días 25 de noviembre del 2024, en donde se esterilizaron 47 perras y 4 machos; el día 26 de noviembre se intervinieron los felinos 40 Hembras y 20 machos, el día 27 de noviembre se intervinieron 6 Perras y 23 Perros.

El procedimiento en las tres jornadas fue exactamente el mismo y se describe a continuación:

En días previos a las jornadas de esterilización, se citaron las mascotas beneficiarias para hacerles un examen físico y hematológico (de sangre) para verificar que estas estuvieran aptas para el procedimiento quirúrgico y así, evitar complicaciones o muertes. A aquellos
que presentaron algún nivel de anemia se les pidió a los propietarios que les suministraran medicamentos para que estuvieran aptas para la cirugía.

Seguido se citaron las mascotas para los días en que se realizarían los procedimientos quirúrgicos; es decir. 47 Hembras y 4 machos caninos el día 25 de noviembre. el día 26 de noviembre 40 hembras y 20 machos felinos y el día 27 de noviembre 9 Perras y 23 Perros. El contratista explicó a los propietarios las condiciones en las que debían traer a sus mascotas. es decir en ayuno de 12 horas, limpias, con collar los perros y en guacal o canasta los gatos para evitar que se escaparan.

En la jornada del 25, 26 y 27 de noviembre el contratista recibió todos los animales a las 8:00 am, machos y hembras. sus propietarios suministraron los datos para llenar y firmar el consentimiento de anestesia. Se pesaron las mascotas y se dirigieron a la sala de prequirúrgicos para prepararlos para las cirugías. El procedimiento que se les realizó tanto a perros como a gatos se denomina Orquiectomia Ventral; y en las hembras Ovario histerectomia ventral, una vez salieron de la sala de cirugía se les aplicó antibiótico, analgésico y se les colocó el collar isabelino para asegurar una adecuada recuperación.

Antes de la cirugía, se canalizaron las mascotas. se rasuró el área a incidir, se suministró antibiótico y se prepararon para la anestesia. Es importante mencionar que todos los procedimientos se realizaron con anestesia inhalada con lo cual se garantizó la vida de los pacientes al disminuir riesgos y se evitaron traumatismo al despertar. Todos los pacientes asimilaron bien la anestesia y se reincorporaron de manera adecuada.

Una vez el contratista se aseguró de que las mascotas estaban en buenas condiciones de ánimo. sin riegos derivados de la cirugía. se avisó a los propietarios para que pasaran por la mascota.

El contratista explicó los cuidados a tener en casa para una adecuada recuperación de las mascotas y se citaron para quitar puntos los días 04. 05 y 06 de diciembre del 2024, una vez dada las indicaciones se les entrega su mascota.

TRD-700

7. CUADRO FINANCIERO

| DESCRIPCIÓN | CONTRACTUAL | ACTAS | GIROS |
|---|---|---|---|
| Valor Ejecutado del Contrato | $36 398.000,00 | | |
| Valor total | $36 398.000,00 | | |
| Valor del Anticipo | | | |
| Valor Neto a Pagar Acta de Recibo Final | | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 |
| Saldo a favor del Municipio de Tame | | $0 | |
| SUMAS IGUALES | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 | $36.398.000,00 |

8. CONCLUSIONES

Se verificó el cumplimiento de todas las actividades estipuladas en el Contrato de Servicios N° 325 de 2024, cuyo objeto es el "REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA", ejecutado por el contratista JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR NIT 1070607704-9, PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AMIGOS DE CUATRO PATAS.

Como soporte del desarrollo de las actividades contratadas, el contratista entrega:

- REGISTRO FOTOGRÁFICO
- CONSENTIMIENTOS DE ANESTESIA (Firmados por los propietarios de las mascotas)

642

TRD-700

9. ANEXOS

REGISTRO FOTOGRÁFICO

1. INICIO DE JORNADA DE ESTERILIZACIÓN (RECEPCIÓN DE ANIMALES)









TRD-700

2. EXAMEN FÍSICO Y HEMATOLÓGICO



3. PREPARACIÓN ANTES DE LA ENTRADA A CIRUGÍA



TRD-700

4. PACIENTES EN ESPERA PARA INGRESO A CIRUGÍA



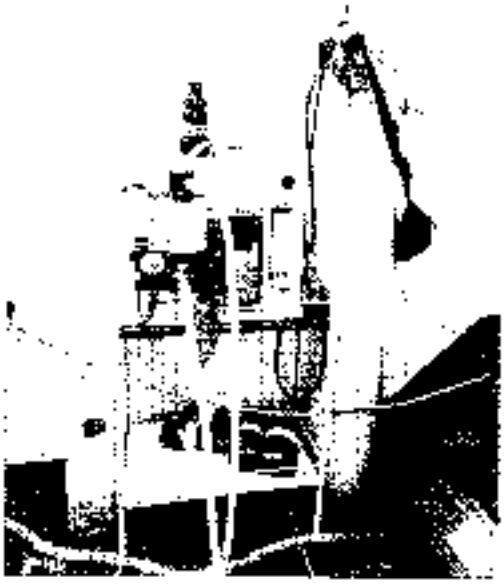


5. QUIRÓFANO



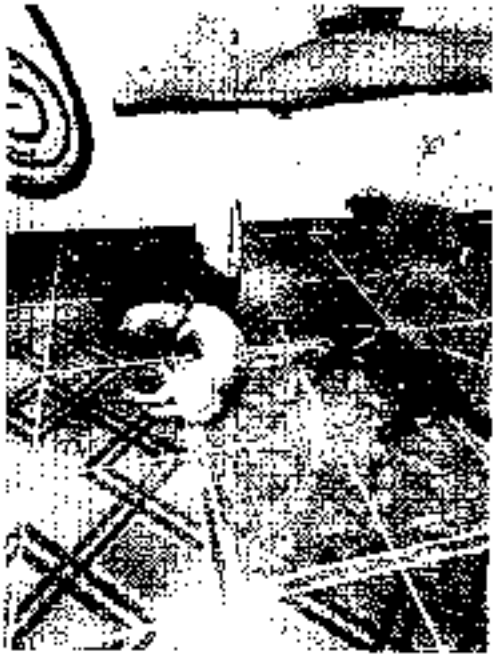
TRD-700

6. EQUIPO DE ANESTESIA INHALADA



7. PACIENTES EN RECUPERACIÓN





TRD-700



6. MEDICAMENTOS Y COLLARES ISABELINOS








8. ENTREGA DE PACIENTES





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ARAUCA
ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAME
SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO
Y MEDIO AMBIENTE

TRD-700





**DECLARACIÓN:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones pactadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato

**OBSERVACIONES Y/O ANEXOS**

Registro fotográfico, consentimientos de anestesia (Firmados por los propietarios de las mascotas)

**YEISSON OMAR LOPEZ NEITE**
Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente
Supervisor

TRD-700

## CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DESIGNADO**

En cumplimiento con las tareas de vigilancia de la ejecución contractual a informar al alcalde del Municipio de Tame, respecto del desarrollo del contrato, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales durante la ejecución del contrato y en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación y de Supervisión e Interventoria del Municipio.

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR(A) del contrato de prestación de servicios No. **326 de 2024**. que el(la) contratista, **JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR**, cedula de ciudadania **N°.1.070.807.704** de Girardot – Cundinamarca , en el periodo comprendido del **06 de noviembre de 2024 al 06 de diciembre de 2024**, cumplió a satisfacción con las actividades del contrato cuyo objeto es: "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA**" y todas las demás obligaciones pactadas de acuerdo con el seguimiento al contrato tal como se soporta con los respectivos informes del contratista y supervisión

Esta certificación forma parte integral del **Acta de liquidación** del contrato de prestación de servicios No. **325** del año 2024, presentada a la Alcaldía de Tame – Arauca, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente.

Se expide en Tame – Arauca a los nueve (9) días del mes de diciembre del año 2024, con destino a la carpeta contractual.

**YEISSON OMAR LOPEZ NEITE,**
**Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente**
**SUPERVISOR**

**TRD-700**

**CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**EL SUSCRITO SUPERVISOR(A) DEL MUNICIPIO DE TAME - ARAUCA**
**PAGO DE APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**
**(ARTÍCULO 23 LEY 1150 DE 2007)**
**(Decreto 1703 de 2002)**
**(Ley 797 de 2003)**

**HACE CONSTAR:**

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR(A) del contrato de prestación de servicios No. **325 de 2024**, que el (la) contratista **JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR,** cedula de ciudadanía **N°.1.070.607.704** de **Girardot – Cundinamarca,** realizó el pago conforme a los documentos soportes del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social (SALUD, PENSIÓN y ARL) correspondiente a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios suscrito con la Alcaldía del Municipio de Tame-Arauca, materia del presente pago.

**Cuyo objeto es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA IMPLEMENTAR JORNADA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA"**

La certificación la realizo previa verificación del pago por los medios electrónicos de la Planilla del pago a la Seguridad Social, PILA Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al pago a la Seguridad Social, correspondiente a la planilla de No 7952541190 - 7952540860 pagada el 09 de diciembre de 2024, con pago a EPS NUEVA EPS, AFP PORVENIR Correspondiente al mes de **noviembre y diciembre de 2024** adjunta en un (1) folio.

| MES | No PLANILLA | FECHA PAGO DE PLANILLA | VALOR DEL 40% IBC (30 DÍAS) | SALUD | PENSIÓN | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOVIEMBRE | | | $1.143.000 | $1.338.500 | $1.902.300 | $3.300.800 |
| DICIEMBRE | | | $1.857.000 | $232.200 | $297.200 | $529.400 |
| TOTAL | | | | | | $3.830.200 |

Esta certificación forma parte integral del **Acta de liquidación** del contrato de prestación de servicios No. **325** del año 2024, presentada a la Alcaldía de Tame – Arauca, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente

Se expide en Tame – Arauca, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año 2024. con destino a la carpeta contractual.

**YEISSON OMAR LOPEZ NEITE,**
**Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente**
**SUPERVISOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | OBJETO: | REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS CALLEJEROS DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA | |
| | CONTRATISTA: | JERRY ADRIAN AREA ESCOBAR C.C 1070603704 MVZ ESTADO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLINICA VETERINARIA ANIMALES DE CUATRO PATAS NIT 1070603704-3 | |
| REPUBLICA DE COLOMBIA | FECHA DE INICIACION | TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($36.898.000) | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 035 DE 2024 |
| DEPARTAMENTO DE ARAUCA | PLAZO DEL PROYECTO UN (1) MES | | ACTA RECIBO FINAL |
| ALCALDIA MUNICIPAL DE TAME "TAME CUNA DE LA LIBERTAD" | FECHA DE TERMINACION PACTADA 05 DE DICIEMBRE DE 2024 | VALOR AMORTIZADO ANTICIPO $ 0.00 | |
| | | | |
| | FECHA DE RECIBO FINAL 05/12/2024 | VALOR A GIRAR $36.898.000,00 | FECHA PRESENTE ACTA VALOR DEFINITIVO DE ACTA |

| COMPROMISOS CONTRACTUALES SEGÚN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 035 DE 2024 | | | | | | VALOR PRESENTE ACTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | DETALLE | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | CANTIDAD ACTIVIDAD EJECUTADO | TOTAL VALOR ACTIVIDAD EJECUTADO |
| 1 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ALTO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA PERRA CALLEJERA EN EL MUNICIPIO DE TAME | UNIDAD | 80 | $ 450.000 | $ 36.000.000 | $ 80 | $ 36.000.000 |
| 2 | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ALTO COSTO PARA CONTROLAR LA NATALIDAD DE LA PERRA CALLEJERA EN EL MUNICIPIO DE TAME | UNIDAD | 60 | $ 150.000 | $ 9.000.000 | $ 60 | $ 9.000.000 |
| 3 | Cirugía esterilización | UNIDAD | 140 | $ 23.000 | $ 3.220.000 | $ 140 | $ 3.220.000 |
| 4 | Cirugía castración | UNIDAD | 140 | $ 22.500 | $ 3.150.000 | $ 140 | $ 3.150.000 |
| 5 | Atención veterinaria para cualquier tratamiento para cada HEMOTRASFUNDIDO (30 ml); 1.5 ml por animal) Hasta 100 ml HEMOCANIN | UNIDAD | 3 | $ 233.333 | $ 700.000 | $ 3 | $ 700.000 |
| 6 | Atención veterinaria para cualquier tratamiento para 10 ml HEMOCANIN $ 8.200 (DOS) ; 2 ml por animal (Hasta 100 ml HEMOCANIN | UNIDAD | 14 | $ 50.000 | $ 700.000 | $ 14 | $ 700.000 |
| | TOTAL CONTRATO | | | | 36.995.000 | | $ 36.700.000 |
| | VALOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
| | VALOR AMORTIZACION ANTICIPO | | | | | | |
| | VALOR A GIRAR PRESENTE ACTA DE PAGO (SEGÚN ANEXO) | | | | | | |
| | SALDO CONTRAPRESTACIÓN | | | | | | |
| | NOTA: EL VALOR TOTAL A GIRAR ES: TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($36.898.000) | | | | | | |

TERESA [illegible]
Secretaria de Despacho Administrativa y Hacienda Municipal
Ordenador de Gastos

JERRY ADRIAN AREA ESCOBAR
Propietario del establecimiento de comercio clínica veterinaria
MVZ T.P. 1070603704
CONTRATISTA

MIGUEL ANGEL [illegible]
Asesor Municipal

# REPUBLICA DE COLOMBIA
# DEPARTAMENTO DE ARAUCA
# ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAME
## SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE

**TRD-700**

ACTA DE LIQUIDACIÓN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 325 DE 2024

| | |
|---|---|
| LUGAR: | TAME – ARAUCA |
| ENTIDAD CONTRATANTE: | MUNICIPIO DE TAME<br>NIT. 800.102.601-3<br>R/L MIGUEL ANGEL BASTOS |
| CONTRATISTA: | JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR C.C 1070607704 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9 |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA |
| SUPERVISOR: | YESSON OMAR LOPEZ NEITE<br>SECRETARIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE<br>SUPERVISOR MUNICIPAL |
| PLAZO PACTADO: | TREINTA (30) DIAS |

Los suscritos a saber, en cumplimiento de lo estipulado en la Ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes, el Señor (a) MIGUEL ANGEL BASTOS, actuando como alcalde Municipal de Tame, el Señor (a), YESSON OMAR LOPEZ NEITE en calidad de Supervisor Municipal y JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR R/L de CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9, en calidad de Contratista, hemos convenido suscribir la presente ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL previo lo siguiente:

| DATOS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONTRATO | 325 DE 2024 |
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| CONTRATISTA | JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR C.C 1070607704 PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9 |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA |
| VALOR INICIAL | TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($36.398.000.00). |

# REPUBLICA DE COLOMBIA
# DEPARTAMENTO DE ARAUCA
# ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAME
## SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE

**TRD-700**

| | |
|---|---|
| FORMA DE PAGO | El Municipio de Tame Pagará el Valor del Contrato, Previo Presentación de la Orden de Pago debidamente Soportada así: al el cien por Ciento (100%) del Valor del Contrato, se Pagará mediante presentación de Actas Parciales. Formuladas por el Contratista de Acuerdo con las Actividades Ejecutadas y Aceptadas por la Interventoría Externa a Satisfacción del Municipio. Acta de Recibo Final y la Suscripción del Acta de Liquidación del Contrato y su Correspondiente Aprobación por parte del Municipio de Tame. |

| | |
|---|---|
| PLAZO | TREINTA (30) DIAS |
| FECHA DE LEGALIZACIÓN | 31 DE OCTUBRE DEL 2024 |
| FECHA DE INICIO | 08 DE NOVIEMBRE DEL 2024 |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL | 05 DE DICIEMBRE DEL 2024 |
| FECHA DE RECIBO FINAL | 05 DE DICIEMBRE DEL 2024 |
| SUPERVISOR MUNICIPAL | YEISSON OMAR LOPEZ NEITE |

II ACTA DE INICIO

Las ejecuciones de la actividad contractual se iniciaron el dia treinta y uno (31) de octubre del 2024, segun Acta de Inicio suscrita entre el Señor (a) YEISSON OMAR LOPEZ NEITE, en calidad de Supervisor Municipal y el señor (a) JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR R/L de CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9, en calidad de Contratista, por valor de TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($36.398.00,00).

III. IMPUTACIONES PRESUPUESTALES

Los Pagos Efectuados por el Municipio de Tame se Subordinaron a las Asignaciones establecidas en el Presupuesto de la Vigencia del año 2023, así:

| DETALLE | VIGENCIA | NUMERO | FECHA | RUBRO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 2024 | 20240916002 | 16/09/2024 | SGP 2.3.2.02.02.009.05.07 | $36.400.000 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 2024 | 2024817940037 | 21/10/2024 | SGP 2.3.2.02.02.009.05.07 | $36.398.000 |

IV. GARANTÍAS ÚNICAS:

La Garantía Única Constituida por el Contratista a favor de. Municipio de Tame que amparan los riesgos exigidos en el Contrato, fueron aprobadas por la Oficina Jurídica, quedando sus montos y vigencias de la siguiente manera

# REPUBLICA DE COLOMBIA
# DEPARTAMENTO DE ARAUCA
# ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAME
## SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE

**TRD-700**

a) PÓLIZAS DE LEGALIZACIÓN, expedida el cero uno (01) de noviembre de 2024.

| COMPAÑIA DE SEGUROS | RIESGO | PÓLIZA No. | VIGENCIA INICIA | VIGENCIA TERMINA | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del Contrato | COO-100004237 | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del Servicio | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad y correcto funcionamiento | | 31/10/24 | 01/04/25 | $ 3.639.800.00 |

b) PÓLIZAS SEGÚN ACTA DE INICIO DE FECHA 01 noviembre de 2024, expedida el cero uno (01) de NOVIEMBRE de 2024.

| COMPAÑÍA DE SEGUROS | RIESGO | PÓLIZA No. | VIGENCIA INICIA | VIGENCIA TERMINA | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| SEGUROS MUNDIAL | Cumplimiento del Contrato | COO-100004237 | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad del Servicio | | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |
| | Calidad y correcto funcionamiento | | 06/11/24 | 07/04/25 | $ 3.639.800.00 |

BALANCE ECONÓMICO

| DESCRIPCIÓN | CONTRACTUAL | ACTAS | GIROS |
|---|---|---|---|
| Valor Ejecutado del Contrato | $36.398.000,00 | | |
| Valor total | $36.398.000,00 | | |
| Valor del Anticipo | | | |
| Valor Neto a Pagar Acta de Recibo Final | | $36.398.000.00 | $36.398.000,00 |
| Saldo a favor del Municipio de Tame | | $0 | |
| SUMAS IGUALES | $36.398.000.00 | $36.398.000.00 | $36.398.000.00 |

## V. ACTA DE RECIBO FINAL

Las ejecuciones de las actividades contractuales fueron terminadas el día veintisiete (27) de noviembre de 2024, según Acta de Recibo Final suscrita entre el Señor (a) MIGUEL ANGEL BASTOS, actuando como alcalde Municipal de Tame el señor (a) YEISSON OMAR LOPEZ NEITE, en calidad de secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente y el señor (a) JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR R/L de la CLINICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9, en calidad de Contratista, del cual se tienen los siguientes valores:

| DETALLE | VALOR |
|---|---|
| Valor Total Ejecutado o Acumulado | $36.398.000,00 |
| Valor Total a Pagar a favor del contratista menos amortización del anticipo según Acta de Recibo Final | $36.398.000,00 |
| Valor a favor de la entidad | $0,00 |

## VI. ALCANCE DEL CONTRATO

El Contrato de prestación de servicios 325 de 2024, consistió en el PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA, la cual tiene las siguientes características:

En días previos a las jornadas de esterilización, se citaron las mascotas beneficiarias para hacerles un examen físico y hematológico (de sangre) para verificar que estas estuvieran aptas para el procedimiento quirúrgico y así, evitar complicaciones o muertes. A aquellos que presentaron algún nivel de anemia se les pidió a los propietarios que les suministraran medicamentos para que estuvieran aptas para la cirugía.
Los días 25, 26 y 27 de noviembre se realizaron las 140 cirugías.

CONSIDERACIONES

- ✓ Que el Proyecto PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA , fue viabilizado y elegibilizado por la Oficina Administrativa como unidad ejecutora
- ✓ Que una vez se obtuvo el certificado emitido por la Oficina de Planeación Municipal, se procedió a elaborar los estudios previos por parte de la Oficina Administrativa y demás documentos requeridos para el inicio de la etapa pre contractual.
- ✓ Que mediante Comunicado de Aceptación de Propuesta de fecha treinta y uno (31) de octubre de 2024, y previo al cumplimiento de los requisitos legales que regulan la materia, se adjudicó la Invitación Pública de Mínima Cuantía No. 325 de 2024 a la empresa la CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS - R/L JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR.
- ✓ Que el día TREINTA Y UNO (31) de octubre de 2024, se suscribió el Contrato de prestación de servicios No. 325 de 2024, entre el Municipio de Tame y la CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit 1070607704 9, Representada Legalmente por JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR, cuyo objeto es el PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACION PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTE DE ARAUCA, por un valor TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.000,00) y un plazo de ejecución de TREINTA DÍAS (30) días, contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio del Contrato.
- ✓ Que el día TREINTA Y UNO (31) de octubre de 2024 se suscribió el Acta de Inicio del Contrato de prestación de servicios No. 325 de 2024, entre YEISSON OMAR LOPEZ NEITE Secretario de Desarrollo Agropecuario y

**TRD-700**

Medio Ambiente, en calidad de Supervisor Municipal y el señor JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR C.C N° 1.070.607.704 de Girardot- Cundinamarca R/L de CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS - NIT 1070607704-9, en calidad de Contratista, quedando así consignada la Fecha de Terminación Inicial del Plazo del Contrato para el día CINCO (05) de DICIEMBRE de 2024.

- ✓ Que la ejecución de las actividades contractuales fueron terminadas el día VEINTISIETE (27) de noviembre de 2024 , según Acta de Recibo Final del Contrato de Prestación de Servicios No. 325 de 2024 suscrita entre el Señor (a) MIGUEL ANGEL BASTOS, actuando como Alcalde Municipal de Tame, el Señor (a) YEISSON OMAR LOPEZ NEITE, en calidad de Secretario de Desarrollo Socioeconómico y Ambiental, el Señor (a) YEISSON OMAR LOPEZ NEITE, en calidad de Supervisor Municipal y el Señor (a) JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR R/L CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS, en calidad de Contratista, en la cual se plasman las Cantidades Finales y Recibidas a Satisfacción por la Supervisión Municipal y el Municipio de Tame por un valor de valor TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($36.398.000,00), con un saldo a favor del Municipio de Tame de CERO $0.00

- ✓ Que el contratista cumplió con la ejecución de las actividades del Contrato de prestación de servicios No. 325 de 2024, según consta en acta de recibo final suscrita el día 06 de diciembre de 2024.

## VII DISPOSICIONES FINALES

- ✓ Durante la ejecución del contrato no se presentaron multas, ni sanciones, ni declaratoria de siniestros por los riesgos amparados

- ✓ No existe ningún tipo de reclamación, ni controversia por resolver con las partes contratantes.

- ✓ La oficina jurídica se circunscribe a la revisión "Jurídica" de la Liquidación de referencia, lo anterior de conformidad con las funciones y competencias atribuidas a las mismas mediante el manual de contratación interno.

- ✓ El contratista presenta para el Trámite de Pago de la presente Liquidación los siguientes Documentos:

  - Acta de Liquidación.
  - Acta de Recibo Final
  - Copia de las Pólizas y Ampliación de las mismas debidamente Aprobadas por la Oficina Jurídica.
  - Certificado de Pago de Seguridad Social del Representante y del Personal que Laboró durante los meses de Ejecución del Contrato junto con Certificados de Pago de Aportes Parafiscales.
  - Documentos que Soporten la Ejecución de los Trabajos.

- ✓ Del Balance Económico del Contrato de prestación de servicio de 325 de 2024 se concluye que al momento de la liquidación el Municipio de Tame le adeuda a la CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS NIT. 1070607704-9, Representada Legalmente por JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR, la suma TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.000,00)., por concepto de

# REPUBLICA DE COLOMBIA
# DEPARTAMENTO DE ARAUCA
# ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAME
## SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y MEDIO AMBIENTE

**TRD-700**

Acta de Recibo Final, que serán cancelados una vez se hayan surtido los Trámites de Liquidación. Igualmente se queda un Saldo del Municipio de Tame, por Valor de CERO M/CTE. ($0.00).

- ✓ Una vez Cancelado el ÚLTimo Pago, de conformidad con el Acta de Liquidación suscrita por las partes, estas se declaran a PAZ Y SALVO por todo concepto y renuncian a toda acción, reclamo o demanda contra esta Liquidación.

En mérito de lo expuesto anteriormente, las partes

ACUERDAN:

PRIMERO: Liquidar en forma bilateral el Contrato de prestación de servicios No. 325 de 2024, suscrito entre el Municipio de Tame CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS NIT. 1070607704-9, Representada Legalmente por JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR.

SEGUNDO: Del Balance Económico del Contrato se concluye que al momento de la Liquidación el Municipio de Tame le Adeuda a CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS NIT 1070607704-9, Representada Legalmente por JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR, la suma de TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.000.00.) por concepto de Acta de Recibo Final, que serán cancelados una vez se hayan surtido los Trámites de Liquidación.

TERCERO: Del Balance Económico del Contrato se Concluye que al momento de la Liquidación el Municipio de Tame queda con la Suma de CERO M/CTE. ($0.00). por concepto de Saldo a Favor del Municipio de Tame.

CUARTO: Una vez el Municipio de Tame Cancele al Contratista el Valor correspondiente al Pago Final, las partes se declaran a PAZ Y SALVO por todo concepto y en consecuencia el Contratista no podrá iniciar reclamación alguna de Tipo Extrajudicial o Judicial en contra del Municipio de Tame, respecto de lo aquí pactado.

QUINTO: El Contratista responderá por la calidad de los trabajos ejecutados, bienes y servicios prestados, obligándose a atender los requerimientos que se le efectúen con posterioridad en torno a las precisiones, aclaraciones y explicaciones que le sean solicitadas.

Para constancia se firma, al día nueve (09) de diciembre de 2024

MIGUEL ANGEL BASTOS
Alcalde del Municipio de Tame

YEISSON OMAR LOPEZ VEITE
Secretario de Desarrollo Agropecuario y Medio Ambiente
SUPERVISOR

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO CLÍNICA VETERINARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS Nit. 1070607704-9
CONTRATISTA

# CUENTA DE COBRO

FECHA: Tame Arauca, 09 de diciembre de: 2024

Yo, JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR, identificado con cedula de ciudadania No. 1.070.607.704 expedida en Girardot - Cundinamarca, Manifiesto que la entidad: **ALCALDIA MUNICIPAL DE TAME** NIT: 800.102.801-3.

1. Me debe la suma de: TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.00,00).

Por concepto de: **REALIZAR UNA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN PARA ANIMALES CANINOS Y FELINOS VULNERABLES DEL MUNICIPIO DE TAME DEPARTAMENTO DE ARAUCA**

CUENTA CORRESPONDIENTE: ACTA LIQUIDACIÓN CONTRATO No 325 DE 2024

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos: | **JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR.** |
| Identificación: | 1.070.607.704 |
| Lugar Residencia: | carrera 18 N° 15-85 Barrio centro (Tame Arauca) |
| Celular: | 3213677620 |
| Correo Electrónico: | [redacted] |
| Cuenta de Ahorros: | No. 506400149726 |

*Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983 y el Art. 511 del ET, no estoy obligado a expedir factura de Venta.*

Firma: _____

Tame 12 de diciembre de 2024

Señores

Alcaldía municipal de Tame

Cordial saluco

Yo **JORGE ADRIÁN ARIZA ESCOBAR** identificado con el número de cedula 1070607704 de Girardot – Cundinamarca, solicito y autorizo que se realice el giro por el monto de **TREINTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE. ($36.398.00,00)** del CPS 325 DE 2024 a la cuenta de ahorros DAVIVIENDA numero **506400149726** en la cual se adjunta certificación bancaria.

Muchas gracias

JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR
Médico veterinario zootecnista

# CERTIFICADO

**TAME, ARAUCA,** **12/12/2024**
COLOMBIA.
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JORGE ADRIAN ARIZA ESCOBAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **1070607704**

Posee en el banco Davivienda:

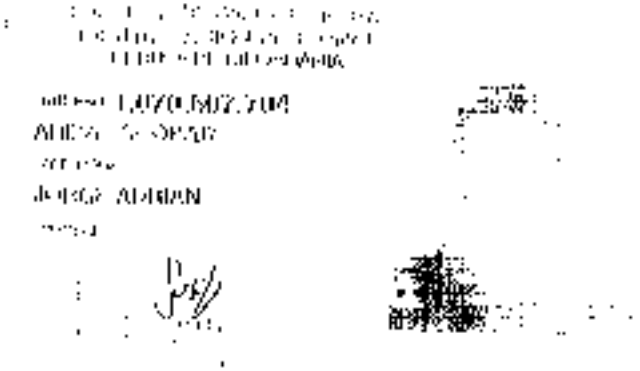
**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

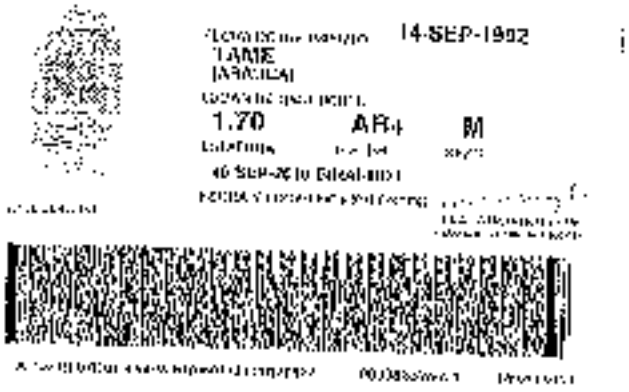
| | |
|---|---|
| Número | **506400149726** |
| Fecha de apertura | **26/04/2017** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA







Formulario con Registro Único Tributario
Establecimientos

Página 3 de 3 Hoja 6

4. Número de Formulario 1411294915 3 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 10. Clase de Contribuyente 11. Fecha de Inicio de Actividades

0 7 0 8 0 7 7 0 4 9 3 4

Establecimientos, Agencias, Sucursales, oficinas, cuotas o Regionales donde labora

14. Tipo de Establecimiento 15. Actividad Económica

(Establecimiento de comercio) 0 2 Actividad Inmobiliaria 7 5 0 0

16. Nombre del establecimiento

01. NIÑA VETER MARIA AMIGOS DE CUATRO PATAS

19. Departamento 20. Ciudad/Municipio

Antioquia 6 1 Turbo 7 0 4

21. Dirección

CRA 13 N 19-85 BARRIO CENTRO

28. Número de matrícula mercantil 29. Fecha de matrícula mercantil

0 0 0 0 2 7 5 7 6 0 2 0 1 6 0 2 2 0

30. Teléfono

3 2 1 5 6 7 8 9 9

31. Tipo de establecimiento 32. Actividad económica

42. Número de establecimiento

43. Departamento 44. Ciudad/Municipio

2 45. Dirección

46. Número de matrícula mercantil 47. Fecha de matrícula mercantil

48. Teléfono 49. Fecha de cierre

50. Tipo de establecimiento 51. Actividad económica

52. Número de establecimiento

53. Departamento 54. Ciudad/Municipio

3 55. Dirección

56. Número de matrícula mercantil 57. Fecha de matrícula mercantil

58. Teléfono 59. Fecha de cierre

# Formulario del Registro Único Tributario

Hoja 2 de 3 Hoja 2

4. Número de formulario: 14112649532

7. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 7 0 5 0 7 7 0 4 0

9. DV: 3

10. Dirección seccional

11. Sucursal o agencia

## Características y formas de las organizaciones

32. Pública
33. Privada
34. Mixta
35. Extranjera
36. Sociedad de hecho
37. Sociedad y organismos cooperativos
38. Sucursales o agencias de sociedades extranjeras
39. Consorcios
40. Otras organizaciones no clasificadas
41. Iglesias

## Constitución, Registro y Última Reforma

Documento | Fecha (AAAA MM DD)

51. Clase: 3 E
52. Número:
53. Fecha: 2 0 1 8 0 2 2 6
54. Número de notaría:
55. Entidad de registro: 0 5
56. Fecha de registro: 2 0 1 8 0 2 2 5
57. No. Matrícula mercantil: 0 0 5 2 0 2 6 7 8 9
58. Departamento: 8 1
59. Ciudad/Municipio: 7 5 4

## Composición del Capital

62. Nacional: %
63. Extranjero: %
64. Público: %
65. Privado: %

## Vigencia

67. Desde:
68. Hasta:

## Entidad de vigilancia y control

69. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Sanción

| | 70. Estado | 71. Fecha (AAAA MM DD) | 72. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 73. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

## Información económica

83. Actividad económica principal
84. Número de trabajadores vinculados
85. Actividad económica secundaria (CIIU)
86. Número de establecimientos de comercio
87. DV

88. Número de matrícula de la matriz o controlante

89. Tipo de identificación del tercero: 0 Ninguno de los anteriores
90. País
91. Número de identificación del tercero: Sociedad matriz o controlante del EP
92. Número de identificación tributaria del establecimiento permanente (EP)

93. Número de matrícula de la sociedad matriz o controlante del EP