1.6.1 HISTOTIAS CLINICAS 20 DE SEPTIEMBRE 2024

Fecha: 20/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0389

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Tatiana Baquero Documento de identidad: 1088274319
Dirección: Poblado 1 manz M CS 14 Teléfono: 3112151565
Correo Electrónico: tati-kt1989@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Max Sexo: M X F ___ Raza: Cocker Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 16/02/2024 Color: Amarillo Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: _____
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: _____
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test parvovirus

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Positivo para parvovirus

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se remite a hospitalización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V6.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0397

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gloria estela arroyave tejon Documento de identidad: 33915895
Dirección: ceballos cra 2 apt 1502 Teléfono: 3104392912
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Martina Sexo: M ___ F X Raza: mestiza Especie: felina
Fecha de Nacimiento: 3 años y medio Color: negra Peso: 3.6KG

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 3 años
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 3 años
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: no registra
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Se trae de una quinta por hace 20 días, se realiza radiografía

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 27 /rpm F. Cardiaca: 88 /lpm Temperatura: 38.6 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se recomienda control por 5 días con tratamiento con dexametasona 0.3 ml sc paciente sin movilidad de miembros pelvianos

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

COOPERATIVA.DEL.MAGISTERI
CLL 77 30BIS 00 BLQ 2 TRR 3 APT 502 COODELMAR

Ruta 01-01-004-2214 Municipio 1 PEREIRA Tarifa Residencial Folio 9
Transformador 1001890000 Cantidad Usos -15.00 Estrato 3
Carga instalada [KW] : 0 Grupo calidad 12 Circuito 0031 NIU 1

MATRÍCULA >>> 1082775

Fecha de Emisión: 16/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Valor total para pagar hasta: 24/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60020392

ASEO:	23,258
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	33,368
ENERGÍA:	46,864
TOTAL	$80,232

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	86	76,572	30
ABR	79	72,317	31
MAY	79	72,826	30
JUN	84	76,640	30
JUL	36	29,970	31
AGO	16	15,095	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1210010786	GNS	9642	9577	65	1	65	64	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/AGO/2024 - 14/SEP/2024 Días facturados: 31 Observaciones:
Valor kWh: 848.2198 Fecha próx. lect: AGO-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	65	848.2198	55,134	-8,270	46,864

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	(T) Transmisión	(PR) Pérdidas	(R) Restricciones	(D) Distribución	(C) Comercialización	(CU) Costo Unit.
311.8303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 | Vr. suspensión | Vr. reconexión $3,587 | Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Consepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 | FIUGj,n,q 15
DIUu,te 5 | FIUu,te 8
DIUu,n,q,m 0 | FIUu,n,q,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 105,319 Fecha P 26/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 46,864

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	55,134	55,134
561	Subsidio	0	-8,270	-8,270

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 10,110

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	10,110	10,110

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit. 891.480.030-3
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al usuario: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,258

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
NIt. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 3 Aprovechables: 0 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2(Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RES-MULT

Tarifa últimos 6 meses

1	33480	2	33480	3	33470	4	33600	5	33600	6	33950

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
832	Ajuste Aseo	0	-8,882	-8,882
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,858	23,858
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	12,770	12,770
999	Subsidio Aseo	0	-4,675	-4,675

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8883.02
TDF:	3175.727
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	705.999
TLU:	4252.11
% SUB/CONT:	-12.75%

Valor financiado 0 | Unidades independientes | Res:1 | Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 | Ult. Pago y Fec. 105,319 P 26/AGO/2024

	Jun	Jul	Aug
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.072	.072	.072

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.000
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13799.748

GERENTE

Resolución CRA® 108 047 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTAS LTDA – NIT: 800204634 – SA

energía DE PEREIRA
NIt. 816.002.019-9
www.epp.com.co
Matrícula
1082775

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $70,122

Pago total factura $80,232

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.915.895
ESPINOSA TREJOS

APELLIDOS
GLORIA ESTELLA

NOMBRES



Gloria Estella Espinosa Trejos

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1972

QUINCHIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 QUINCHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00208059-F-0033915895-20100107 0019754783A 1 4540621999

Powered by CamScanner

envio cc al wpp.

Fecha: 20/9/24 | No. Historia Clínica: 0392.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Juan Daniel Jaramillo. Documento de identidad: 1088277421.
Dirección: Cll 33 9-09 Teléfono: 3218274079.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Anakin. Sexo: M X F ___ Raza: Nestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 11 años. Color: Beig. Peso: 12.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sep 2024 Bravecto.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Dic 2023.
Enfermedades Anteriores: Higado graso - ?
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - pollo - viseras
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tumor perianal.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N.

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Tumor perianal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Tumor. perianal.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Finalizado cor. cirugía recomienda esterilización se envía fórmula médica prednisona - pregabalina c limpiezas.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

RAMIREZ ACOSTA LINA MARIA
CLL 33 4 04 CAÑARTE

Ruta: 01-01-012-3620 1 PEREIRA Residencial 8
Transformador: 1006I0000 -15.00 3
0 12 0023 1

Fecha de Expedición: 14/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Fecha límite de pago oportuno: 26/AGO/2024
Suspensión del servicio desde:
Cód. de referencia para pagos: 59723901

ASEO:	33,955
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	44,065
ENERGÍA	135,971
TOTAL	$180,036

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidades: (Kw - Hora)

175	163	175	175	167	175	163	172	
FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	Actual	Promedio	

FEB	175	154,826	30
MAR	163	145,130	30
ABR	175	160,195	30
MAY	175	161,323	31
JUN	167	150,343	30
JUL	175	145,688	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	2000193381	HXE	36719	36537	182	1	182	172	
Reactiva									

Periodo facturado: 14/JUL/2024 - 13/AGO/2024 31
Valor kWh: 836.3899 JUL-2024 CLT Consumo Lectura Tomada

ALUMBRADO PÚBLICO

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	10,110	10,110

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No 032 del 2005
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidios	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-16,310	92,421
>130	52	836.3899	43,492		43,492

ASEO 33,955

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 0 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 0 Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa ultimos 6 meses

30270	33480	33480	33470	33600	33600

COD	CONCEPTO	[illegible]	VALOR UNIT	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	34,511	
845	Recargo Mora	0	1	198
858	C V Aprovechamiento	0	155	
930	Cargo Variable	0	14,187	14,187

24,511 Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TBT:	9021.58
TDF:	3513.982
TC:	3567.49
TA:	194.764
TTL:	751.616
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Res: Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 434,226 P 25/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.072	.072	.072

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.006
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	14187.124

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor Acordado	Saldo Capital	Interés Corriente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
DIUu,te	2	FIUu,te	7
DIUn,n,n,n	0	FIUn,n,n,n	0
VC	.00		

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 434,226 Fecha P 25/JUL/2024
Otros Valor Intereses Descuento

INFORMACIÓN GENERAL

306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,877 Vr. reinstalación

ENERGÍA 135,971

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	152,223	152,223
561	Subsidio	0	-16,310	-16,310
581	Intereses Mes	0	58	58

Energía de Pereira NIT. 816.002.019-9 www.enp.com.co
Unidad: 303602

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros: $169,926

Pago total factura: $180,036

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

aguas

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

Nombre: RAMIREZ ACOSTA LINA-MARIA

CL 33 # 4- 04 CAi¿½ARTE

MATRÍCULA: 303602

56807507

Fecha de la factura: 17-Sep-2024

13-Ago-2024 al 13-Sep-2024

Ciclo	4	Estrato	MEDIO BAJO
	1-126600		RESIDENCIAL
Medidor #	P1715MMRSA97767AA	Diámetro	1/2 P

TOTAL A PAGAR:
$180,220

25-Sep-2024

Me quedo sin el servicio de agua: 26-Sep-2024

2024-08-26

Estrato: 2

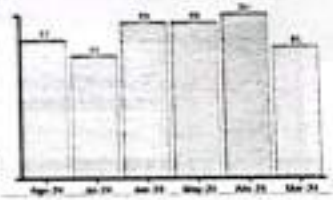
TORRE CENTRAL NORMAL

72,000

Datos del Consumo

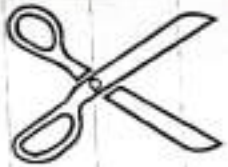
LECTURA ACTUAL	1673
	1655
CONSUMO M³	18

Consumos ultimos 6 meses M³



SIN OBSERVACION | 18

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes



Subtotal otros Cobros Asociados

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	18	$2,172.54	$39,105.72
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-4,781.07
Recargos Mes			$333.39
Consumo Periodo			$43,727.82
Ajuste a la Decena			$-1.22
Saldo Fact. Anteriores			$44,740.00

Subtotal Acueducto: $88,800

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	18	$2,573.74	$46,327.32
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,889.80
Recargos Mes			$332.31
Consumo Periodo			$46,477.69
Ajuste a la Decena			$-3.58
Saldo Fact. Anteriores			$44,810.00

Subtotal Alcantarillado: $91,420

CONCEPTO	MESES ANTERIOR	MES ACTUAL	TOTAL

Componentes Tarifarios

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

TOTAL A PAGAR CON ALIADOS: $180,220

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: $0

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0393

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhon Barron Mejia Documento de identidad: 1518985
Dirección: Cll 81 #34-08 Libertadores Teléfono: 3116377866
Correo Electrónico: barronsonero@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M ___ F X Raza: Finsther Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 7 años Color: Café Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 11 de Septiembre Agosto.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sin vacunal vigentes.
Enfermedades Anteriores: Cálculos urinarios. (Hace 5 años)
Tratamientos: Cx
Evolución: Favorable
Alimentación: Concentrado Sopas. (Dog chow)
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Disuria.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 48 /rpm F. Cardiaca: 116 /lpm Temperatura: 37,9 °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg. Ganglios Linfáticos: No reactivos.
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	AN
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	AN

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Enfermedad periodontal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Disuria
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Cistitis urinarios
2. Obstrucción urinario
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía: X
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina: X
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se programa ecografía. y profilaxis.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

MEJIA.RAMON.ELIAS
CLL 81 34 08 LIBERTADOR

Ruta 01-01-013-5540 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 10
Transformador 1021490000 Contribución: Subsidio: -51.67 Estrato: 1
Carga contratada (KW) 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0033 NT: 1

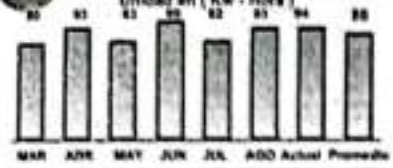
MATRÍCULA → 1070168

Fecha de Expedición	16/SEP/2024
Factura Vencida	0
Fecha de Suspensión	25/SEP/2024
Referencia de Facturación	
Referencia de Pago	60031901

ASEO:	22,385
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	25,785
ENERGÍA:	38,605
TOTAL	$64,390

INFORMACION DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	80	71,229	30
ABR	93	85,132	31
MAY	83	76,513	30
JUN	99	92,682	30
JUL	82	68,265	31
AGO	93	77,784	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	90100411	MER	12528	12434	94	1	94	88	
Reactiva									

Periodo facturado: 16/AGO/2024 - 15/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 848.2198 Tarifa a mes de: AGO-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	- Subsidio	Total
0-130	94	848.2198	79,733	-41,198	38,535

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo kWh

G	T	PR	R	D	C	CU
311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
50		38,877	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
DIUu,te	11	FIUu,te	10
DIUu,n,q,m	0	FIUu,n,q,m	1
VC	.00		

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 65,143 Fecha P 07/SEP/2024
Otro
Valor Reclamación Proceso

ENERGÍA 38,605

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	79,733	79,733
561	Subsidio	0	-41,198	-41,198
581	Intereses Mes	0	70	70

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	3,400	3,400

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,385

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 - Uso Aseo: RESID-E3

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
23290	23280	23290	23378	23375	23698

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
845	Recargo Mora	0	4	4
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
935	Cargo Variable	0	12,298	12,298
999	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8548.55
TDF:	3050.797
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	679.343
TUL:	4252.11
% SUB/CON:	-28.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Rec:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 65,143 P 07/SEP/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Jul	Aug
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.068	.058	.063

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.000
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VRA):	13297.598

Resolución CRA 10 867 de 2014

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTOS LTDA - NIT. 800204634 - SAC

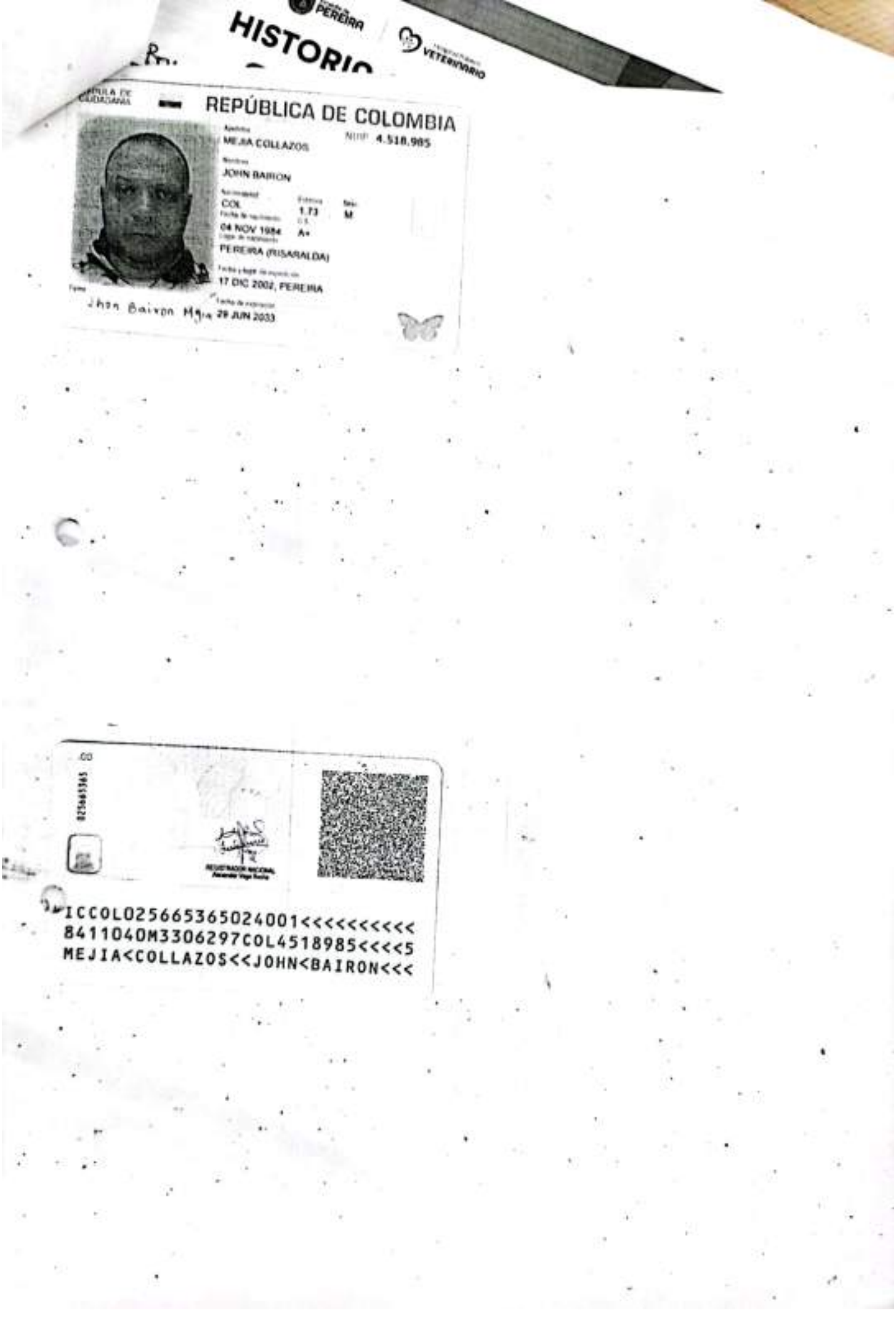
Energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 1070168

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros	$60,990
Pago total factura	$64,390

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Universidad Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0395

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhon Barron Mejia Documento de identidad: 95 189 85
Dirección: Cll 81 #39-93 Libertadores Teléfono: 3116377365
Correo Electrónico: barronsonero@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Camila Sexo: M__ F X Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 años Color: Café Peso:__

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 11 de Agosto
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sin vacunas vigentes
Enfermedades Anteriores: NF
Tratamientos: NF
Evolución: NF
Alimentación: Concentrado, sopas (Dog chow)
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Alopecia multifocal.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 112 /lpm Temperatura: 39,2 oC
Pulso:__ Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas humedas Actitud y Temperamento: Letárgico__:
Estuporoso__; Comatoso __, Alerta X Otro:_____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	N
5. Oídos	AN
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Condición corporal 5/5. otitis bilateral.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Alopecia
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Acaros
2. Dermatitis
3. Hipotiroidismo
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefania MB

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 20/09/24 **Remitido por:** Stefanía Moncada B.

Especie / Raza: Canino Pinscher. **Nombre:** Juanes.

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula: Jhon Bairon Mejia - 4518985

Paciente canina hembra, con historia de calculos en vegiga, cirugia en 2019.

Ingresa a consulta por disuria e historial de cálculos. Se recomienda ecografia abdomen completa

8:00 am 21/09/2024

Se recomienda realizar profilaxis por enfermedad periodontal.

Firma de Profesional Veterinario

Stefanía MPB.

Nombres y Apellidos

MP: _____

Firma del encargado

Nombres y Apellidos

CC: _____

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24 — UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO — No. Historia Clínica: 0396.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Catalina Medroñero Documento de identidad: 41960009
Dirección: Calle 34 #20-51 Teléfono: 3113752311.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Negra Sexo: M ___ F x Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 14 años Color: Negra Peso: 35.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 6 meses.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 2022.
Enfermedades Anteriores: Displacia de cadera - Falla renal - Tumor Bazo
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Postración - inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 1 /lpm Temperatura: 37.7. °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta x. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: el paciente se encuentra postrado presenta dolor cronico, deshidratado, enfermedad periodontal

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO Eutanasia.

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 20/9/24.

Yo Diana Catalina Madroñero Q. **Identificado con CC:** 41.960.009.
con Dirección: Call 34 #20-57. Cabildo 1. ; **Tutor de** Negra.
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra. **Edad** 14 años
Historia Clínica No: 0396.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Eutanasia.

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que Negra. ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Vanessa Villegas **con matrícula profesional No** 41092. **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Diana Catalina Madroñero. **Firma** Diana Catalina M
CC: 41960009. _____ 41960009

Powered by CamScanner

Efigas
Al siempre

¡Hola!

SANDRA YULIETH MADRONERO QUINTERO

Tu código de contrato es: 1446220

Sigue protegiendo tu hogar con eficiencia. Cuídate y cuida lo tuyo para todo el tiempo.

Fecha y hora de expedición: 06/08/2024 10:45:24

Servicio público	$ 124.477
Brilla	
Otros conceptos	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	$ 124.477
Fecha límite de pago	21/08/2024
Periodo facturado	
Código de barras	1201389036
Referencia de pago	179775343

Escanea este código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro.

Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral.

Esta Factura prestará mérito ejecutivo, de acuerdo a las [illegible] del Derecho Civil y [illegible] (Art. 130 Ley 142-94).

Gerente

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS CUANTAS SOLICITUDES

01 8000 96 63 44
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

ESTAMOS PARA ATENDERTE EN CONTACTO CON EN CONTACTO CON

Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 878 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

1 de 715

DATOS DE TU PREDIO

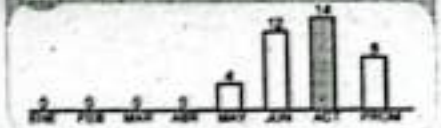
Dirección de entrega: CL 34 KR 20 - 51 TORRE 03 APTO 205 CONJ_RES GUADUA
Dirección del predio: CL 34 KR 20 - 51 TORRE 03 APTO 205 CONJ_RES GUADUA
Estrato: 3
Barrio: LA GRAN RESERVA (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Consumo m³	35	Consumo kWh	19	Factor corrección	0,8675	Energía	14

Periodo de consumo: 01/JUL - 31/JUL
Días de consumo: 31
Medidor: X-5014032-24
Fecha de lectura actual:

TU CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1768815)				
Cargo fijo mensual	$ 4.033			
Consumo de gas natural	$ 35.691			
Cuota cargo por conexión (Tasa 2,1580%)	$ 62.257	$ 11.141	$ 471.839	7/12
Cuota certificación de instalación previa (Tasa 2,1580%)	$ 7.895	$ 1.413	$ 59.829	7/12
Cuota IVA (Tasa 2,1580%)	$ 1.501	$ 268	$ 11.367	7/12
IVA	$ 268			

Pago online
20 Agosto.

Paga tu factura a tiempo.

TOTAL SERVICIO: $ 111.655 $ 12.822 $ 543.035

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 51 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo desde

Consulta tu cupo en www.brilladesefigas.com

Para que lo utilices con más de 300 aliados en el Eje Cafetero.

Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el ANIVERSARIO Brilla

Digital es mejor

Espera nuestro Mundo Sostenible 2023

Efigas

(415)7709998002426(8020)0178775343(3900)000001244T7(96)20240820

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.960.009
MADROÑERO QUINTERO

APELLIDOS
DIANA CATALINA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1984
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

23-OCT-2002 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2600100-00244448-F-0041960009-20100712 0022664781A 1 30532631

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0397

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gloria alicia Documento de identidad: 41898238
Dirección: asomisa del sol 29-84 Teléfono: 301 3126605
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mima Sexo: M ___ F x Raza: mestiza Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: negra Peso: 5.4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 2 años
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): no registra
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos: no registra
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

masa en glandula mamaria de esterilizar y pelos estrajos

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 96 /lpm Temperatura: 38.8 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas humedas brillantes. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta masa en glandula mamaria

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se remite con cuidado, se administra Cerenia 0.5 ml PO y Dexametasona 0.3 SC

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Cerenia	0.5	suspension	Oral	Dosis unica
Dexametasona	0.3	inyectable	SC	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

Fecha: 20/Sep/21 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0398

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Astrid Yoana Vergara Documento de identidad: 1117015594.
Dirección: Villa Consota Mz. 5 Cs. 19. Teléfono: 3232948275
Correo Electrónico: Johannavergara669@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tayron Sexo: M X F Raza: Pinscher Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 15/Sep/2023 Color: blanco con negro. Peso: 1,8 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): N/R.
Enfermedades Anteriores: Ninguna.
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: caldos de pollo.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___ criptorquido.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

no consume alimento desde ayer
diarrea con algo de sangre, solo 1 vomito anoche.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 96 /lpm Temperatura: 38.9 oC
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Pálidas - Humedos Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso X; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	AN
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Propietaria reporta que estaba bien hasta anoche que comio carne que tenia q/d. 4 alimos. Paciente muy decaido.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dolor abd.
2. inapetencia
3. decaimiento
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. gastroenteritis
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:___
Rayos X:___
Ecografía:___
Cuadro Hemático:___
Frotis (raspado piel):___

Coprológico:___
Endoscopia:___
ECG:___
EEG:___
Parcial de Orina:___

Coproscópico:___
Cultivos:___
Antibiograma:___
Biopsia:___
Otros: x Test parvo

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

negativo

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

gastroenteritis.

OBSERVACIONES

Se envia con formula a casa.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	0,1ml	Iny	SC	UD
Caner	0,2ml	Oral	PO	UD.
ATP				

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 458940.

Powered by CamScanner

Envia documentos a wpp

Fecha: 20/sept/24 Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Clínico Veterinario No. Historia Clínica: 0389

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Dafnery Walteros Documento de identidad: 37162727
Dirección: Corregimiento la Florida. Teléfono: 3127696064
Correo Electrónico: dafnawalteros792@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tymon. Sexo: M X F ___ Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 meses. Color: Dorado Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): hace 5 meses solo 1 dosis.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Traqe. diarrea con sangre.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NE /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: NE Tiempo Llenado Capilar: NE Ganglios Linfáticos: NE
Mucosas: NE. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso X; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: al sospecharse de parvovirus. no se paso a consulta solo se realizo. prueba de parvovirus positiva. se remitio a hospitalizacion.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Parvovirosis.
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros: X Test parvo.

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Positivo.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Parvovirosis.

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Diprona,	0,1 ml	1 ml y	SC	OD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional 15840

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 040

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sandra Padilla Documento de Identidad: 42136139
Dirección: 2 500 1065 Teléfono: (+57) 311-7490464
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nina Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: 2005 - 19-03 Color: Gris Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: N/A
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: N/A
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: N/A
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Secreción pulmonar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 23 /rpm F. Cardiaca: 112 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No Reactivos
Mucosas: Pálidas Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	AN
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Fluimucil				
Dipirona	23 mg	" "	" "	unica dosis
Meloxicol	0.5%	inyectable		unica dosis
Flunixin	10mg/kg	inyectable	intra	unica dosis

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

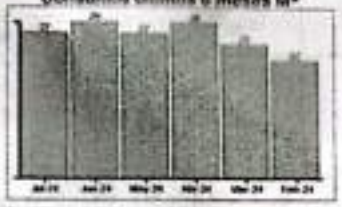
Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 2314

LECTURA ANTERIOR: 2286

CONSUMO M³: 28

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 27

ANGEL VASQUEZ JOSE-ARNULFO

Dirección: MZ 19 CS 14 2500 LOTES SECTOR A

CICLO: 12 | ESTRATO: BAJO

RUTA: 4-21700 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor N°: P1715MMRSA97306AA | Diámetro: 1/2 P

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

MATRICULA

Factura de venta N°: 28-Ago-2...

Fecha de la factura: 28-Ago-2...

PERIODO DE COBRO: 21-Jul-2024 al 20-Ago-2024

TOTAL A PAGAR: $83,310

Fecha límite sin recargo: 05-Sep-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-08-28

Lugar último pago: DESCUENTO A EMPLEADOS

Valor último pago: 34,798

Estad: 1

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	28	$2,172.54	$35,784.15
Consumo Periodo			$35,784.15
Ajuste a la Decena			$5.85

Subtotal Acueducto: $35,790

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	28	$2,573.74	$47,510.00
Consumo Periodo			$47,510.00
Ajuste a la Decena			$4.00

Subtotal Alcantarillado: $47,520

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	UNIDAD ARTÍCULO	VALOR UNIT.	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (CON)

Componentes Tarifarios

Unidades Independientes	UN	UNR

TRL	TRF	TOF	TYL	TLU	TC	TA

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP NIT 816.002.926-7

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56740845	753855	28-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 19 CS 14 2500 LOTES SECTOR A

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR: $83,310

Kit 5811

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 42.136.139
PADILLA OROZCO

APELLIDOS
SANDRA MILENA

NOMBRES
Sandra Milena Padilla

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1979
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
O-
G.S. RH
F
SEXO
07-ENE-1998 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: A01

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: [illegible] Documento de identidad: 1088279513
Dirección: Cra 14 #6-54 Barrio el Jumbo Teléfono: 301 767 2134
Correo Electrónico: [illegible]

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mina Sexo: M___ F X Raza: mestizo Especie: felina
Fecha de Nacimiento: 2020 Color: blanco con [illegible] Peso: 4.3

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 6 meses
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 1 año, no
Enfermedades Anteriores: no reporta
Tratamientos: no reporta
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"hace 20 días mina sangre, orina turna felina"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 26 /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: 39.6 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas y humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro:_____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	AN

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente con hematuria, posible calculo renales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se recomienda realizar recogida y suministrar simplicef 1ml po
Dexametasona 3ml sd y además formula medica simplicef 1ml
Simparic 5 gotas cada 24 horas. El realizar limpieza con Hexadent

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Simplicef Hexadent gel	1ml	suspension	oral	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

Fecha: 20924 | No. Historia Clínica: 0403

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mauricio Isaza Documento de identidad: 1004438
Dirección: C 123 # 20-21 Teléfono: 3105411095
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Negro Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: N/A Color: Negro Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: N/A
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: N/A
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: N/A
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___ N/A
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

dificultad respiratoria

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: AN /rpm F. Cardiaca: AN /lpm Temperatura: 40.1 oC
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 5 seg Ganglios Linfáticos: reactivos
Mucosas: pálidas y secas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso X, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	AN
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	AN
5. Oídos	AN
6. Nariz	AN

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	AN
9. S. Nervioso	AN
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	AN
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal, NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

test | sida | leucemia

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

positivo a leucemia se procede hacer eutanasia.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24. | No. Historia Clínica 4164

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paola Marquez Documento de Identidad: DPT 6627776
Dirección: M7 0 CS 11 Alamos Pub Teléfono: 3148746350.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nina. Sexo: M___ F X Raza: French. B Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 1 Año. Color: Blanco. Peso: 3.4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 3 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No reporta.
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - Agua.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hace 3 meses tiene la Perrita, Viene a Programar Perra cirugia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo. /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 Sg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico___;
Estuporoso___; Comatoso ___, Alerta X. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Imprevistos, Propietario refiere que al momento de la consulta se encuentra en excelentes Condiciones, Sarro dental.

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Paciente remitida para esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Convex	1 ml	Suspensión	Oral	Cada 3 meses Dosis única

Stefany MB

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 04 05

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: monica monja bolivar Documento de identidad: 25196300 9
Dirección: M 7 7695 piso del pino Teléfono: 3176690860
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: milu Sexo: M ___ F x Raza: criolla Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 7 años Color: canela Peso: 10.1

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): no registra
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): rabia 2024
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: comida de casa
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"tos y flemas desde ayer"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: - /rpm F. Cardiaca: 92 /lpm Temperatura: 39.8 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas humedas brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___:
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	AN
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta ejercion pulmonar

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realizan aplicaciones con dexametasonas fluimucil 0.5ml de suplemento multibio 1ml SC

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
multibio	1ml	inyectable	SC	Dosis única

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

Fecha: 20/sep/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0406

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Nancy milena Bermudez Documento de identidad: 42142456
Dirección: M2. 21 Cs. 7 San Fernando Teléfono: 3223715587.
Correo Electrónico: milenaBermudez230@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tintin Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 18 años. Color: negro. Peso: 7 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): hace 6 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia hace 1 año
Enfermedades Anteriores: Epilepsia. - hace 9 meses no le dan.
Tratamientos: aspirina.
Evolución: bien.
Alimentación: nutrican - pingo.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Decaimiento.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 116 /lpm Temperatura: 38,4 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Pálidas - Secas Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	AN
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: enfermedad periodontal grado 3. Distensión Abdominal, mucosas pálidas, baja condición corporal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Ehrlichia
2. IRC
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea: X
Rayos X:
Ecografía:
Cuadro Hemático: X
Frotis (raspado piel):

Coprológico:
Endoscopia:
ECG:
EEG:
Parcial de Orina:

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Ehrlicha, IRC

OBSERVACIONES

Se envia conformula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Oxitetraciclina	0,8ml	1mg.	IM	SID
Diplona	0,3ml	1mg.	SC	SID.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42142456

BERMUDEZ
APELLIDOS

NANCY MILENA
NOMBRES

Nancy Milena Bermudez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1980

QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-MAY-1999 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-54106292-F-0042142456-20021022 07244 02291A 01 128814662

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

Datos del Suscriptor

Nombre: MARIA ADELA BERMUDEZ

Dirección: MZ 46 CS 18 PS 2 2500 LOTES SECTOR A

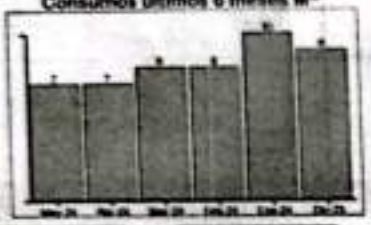
CICLO	12	ESTRATO	BAJO
RUTA	4-27900	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H23VA507456	Diámetro	1/2 P

MATRICULA	19636345
Factura de venta N°	56395737
Fecha de la factura	25-Jun-2024
PERIODO DE COBRO	20-May-2024 al 19-Jun-2024
TOTAL A PAGAR	$29,360
Fecha límite sin recargo	05-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua	
Fecha último pago	2024-05-28
Lugar último pago	APOSTAR
Valor último pago	29,360
Cuot.	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	65
LECTURA ANTERIOR	58
CONSUMO M³	7

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	8

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicial	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alcaldía)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-9,450.61
Consumo Periodo			$15,160.35
Ajuste a la Decena			$-.35

Subtotal Acueducto $15,160

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.18
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-8,855.01
Consumo Periodo			$14,200.00
Ajuste a la Decena			$-4.92

Subtotal Alcantarillado $14,200

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicial	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TAA)

No Aprovechables (TRNA)

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TNT	TSP	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56395737	19636345	25-Jun-2024
Dirección del Predio:	MZ 46 CS 18 PS 2 2500 LOTES SECTOR A	

TOTAL A PAGAR $29,360

Kit 5942

(415)7709998952102(8020)000000056395737(91)0000000000(96)00000000

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0407

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Hernan Garces Documento de identidad: 10567236
Dirección: Urb Naranjito mz B casa 3 Teléfono: 321 809 3625
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: lupe Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: N/A Color: Café, negro Blanco Peso: 8 11 K 11 K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): N/A
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): N/A
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: no N/A
Evolución: no
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

dolor abdominal distencion Abdominal

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 129 /lpm Temperatura: 38.0 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: rosadas y humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

paciente obeso se envia dieta y control en mes y medio, se envia analgesico

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Canney	1ml/10kg	suspensión	VO	Unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.567.236
GARCES BEDOYA

APELLIDOS
HERNAN ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1966
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

08-JUN-1984 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0112100-00344579-M-0070567236-20111109 0028396661A 1 3745211

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/2021

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL PÚBLICO VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0108

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: [illegible] Documento de identidad: 42.099564
Dirección: [illegible] Teléfono: 3116006919
Correo Electrónico: NA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Compañita Sexo: M ___ F X Raza: criolla Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: negra Peso: 23K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): no registra
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 año
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: no registra
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"le pico una abeja hace una semana, hasta entonces le

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 92 /lpm Temperatura: 39.5 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta pobladores en la boca

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda profilaxis se suministra meloxicam 0.5 ml/sc, multivio 0.2 se brinda formula con ejemplos administrar 1/2 cada 24 horas, se remite para cirugía de extracción de pieza dental

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam 0.5%	0.1	inyectable	SC	Dosis única
multivio	0.2	inyectable	SC	Dosis única

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.099.864
MUÑOZ HENAO
APELLIDOS
ROSA ELENA
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1971
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
29-JUL-1988 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner



Datos del Suscriptor

Nombre	MARGARITA HENAO MUNOZ
Dirección	MZ 7 LT 3 HERNANDO VELEZ MARULANDA
CICLO	3
ESTRATO	BAJO
RUTA	2-41000
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P171SMMRGA9327BAA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	13706
Factura de venta N°	56612928
Fecha de la factura	16-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	12-Jul-2024 al 11-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$29,360
Fecha límite sin recargo:	26-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-18
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	11,820
Edad:	1

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	LECTURA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

CANTIDAD DE SERVICIOS (TDS)

Aprovechables (TAA)

No Aprovechables (TANA)

TARIFA ULTIMO MES

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

Unidades Independientes	U/A	U/M

TBL	TBC	TDF	TFL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56612928	13706	16-Ago-2024
Dirección del Predio:	MZ 7 L	ERNANDO VELEZ MARULANDA

TOTAL A PAGAR $29,360

KB 1515

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/2024 | Alcaldía de Pereira | Hospital Clínico Veterinario | No. Historia Clínica: 049

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Juliana Rocha Documento de identidad: 42351037
Dirección: Las Margaritas CS 7B casa 6 Teléfono: 3136844725
Correo Electrónico: —

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono esquivo Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Amarillo Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): Hace 6 meses
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): Hace 6
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: No reporta
Alimentación: Mestizo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hace 20 días tiene una miasis, es callejero y apenas la pudimos atrapar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 37,7°C °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 1'' Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Lesiones en áreas de glúteos secas y con crecimiento de pelo, miasis en cavidad oral (muy pequeña), signo de gadella en miembros pelvicos, dolor en vertebras lumbares y extensión de cadera

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Callejero
2. signo de godeth
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Trauma x atropellamiento
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

En estudio

OBSERVACIONES

se recomienda realizar manejo intrahospitalario con infusión analgesica con fentanilo

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3992

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0410

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: martha angie alejandra Documento de identidad: 42117239
Dirección: M2 13 C54 piso 2 galan Teléfono: 3136846063
Correo Electrónico: alejadg2258@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: molly Sexo: M__ F X Raza: mastin Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: blanco Peso: 10kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): julio 2024
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): julio 2024
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero Y Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

come popó

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: rosadas y humedas Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Coprofagia
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ranitidina	2mg	inyectable	SC	Unica dosis
dipirona	23mg	inyectable	IM	Unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Pauments WhatsApp.

Fecha: 20/09/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0411

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jeison Andrés Gomez Documento de identidad: 1087556087
Dirección: Mz 40 casa 14 Samaria 2 Teléfono: 3155312009
Correo Electrónico: Jeroqpro@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pony Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 7 años Color: Amarillo Peso: 7 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No reporta
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No reporta
Enfermedades Anteriores: Rotura de ligamentos en ambos Miembros (Rodilla)
Tratamientos: Cx
Evolución: Favorable.
Alimentación: Concentrado, caldo de higado.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Reacion al material con el que hicieron cirugia previa de ligamentos. (Reacción en MPD).

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 144 /lpm Temperatura: 39,4 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: Rosadas, Humedas, Brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	AN
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Conjuntivitis Enfermedad periodontal Foliculitis Bacteriana a nivel del gluteo en MPP.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se recomienda retiro de puntos debido a la vacunación.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24. PEREIRA | VETERINARIO No. Historia Clínica: 0912

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jenny Andrea Morales Documento de Identidad: 42.454.483
Dirección: Cra 29 # 28b-17. Teléfono: 3166398475
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nebraska Sexo: M__ F x Raza: Mestiza Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 meses Color: _____ Peso: 15.1

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: No.
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: No.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Ringo Cachorros
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Caida dientes.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 56. /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38,6. 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N.
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N.
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N.

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

El paciente se encuentra en buenas condiciones se recomienda esterilizar. y vacunar. Se desparasita con 1,5 ml rannex.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

368530

IA·CECILIA PALACIOS PALACI
MENIA- EL ROCIO JESUS PALACIO CRA 29A #

-005-3150 1 PEREIRA Residencial 61
10967A0000 -51.09 1
0 12 0047 1

Fecha de Emisión: 05/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 16/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59629186

ASEO
ALUMBRADO
OTRAS EMPRESAS
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:
ENERGÍA
TOTAL $

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,40

CÓD CONCEPTO
307 Alumbrado Publico Pereira 3.400

FEB	92	83,777	29	
MAR	91	80,162	30	
ABR	89	79,243	31	
MAY	103	94,950	31	
JUN	83	76,513	30	
JUL	101	94,55	31	

MAR MAY JUN JUL Actual Promedio

Medidor	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Factor	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
00194262	HXE	27267	27174	93	1	93	93	

OTRAS EMPRESAS

CÓD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES

93	836.3899	77,784	-39,736	38.048

ASEO 11,494

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P
NIT 900.133.107-5

Frecuencia (pas/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables:
Frecuencia Corte: 1 Veces/Mes - Frecuencia Poda: 2
Frecuencia Lavado: 3 Veces/Año Ahora Mes (Un): 1 Una Vez

Tarifa últimos 5 meses

	10740	11340	11340	11340	11340
844 Cargo Fijo Aseo	0	24,511			
858 C V Aprovechamiento	0	105			
939 Cargo Variable	0	17,111			
999 Subsidio Aseo	0	-39,833			

61	55.9424	55.8662	27.0710	235.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

.50 38,877

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22	FIUGj,n,q 15
DIUu,te 4	FIUu,te 4
DIUu,n,q,n 1	FIU...,n,q,n 1
VC .00	

52,463 P 15/JUL/2024

Valor Financiado 0 Unidades Intercambiadas Res 1
Periodo Facturado JUL/2024 Vr. Pagos Mes 52,463 P 15/JU

Características de Residuos (ton)	May	Jun
Aprovechables (TRA)	001	001
No Aprovechables (TRNA)	063	063

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios	.001
Barrido y Limpieza	.006
Limpieza urbanos	.001
Rechazados	0

Información de Liquidación
Costo Fijo
Costo Variable No Aprovechable
Costo Variable Aprovechable (VRA)

38,048

001	Consumo Activa	0	77,784	77,784
061	Subsidio	0	39,736	39,736

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42145193

MORALES GOMEZ
APELLIDOS

JENNY ANDREA
NOMBRES

Jenny Andrea Morales G.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1961
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-DIC-1999 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN ANGUS ESCOBAR

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/2024 | HOSPITAL VETERINARIO UNIVERSIDAD PEREIRA | No. Historia Clínica: 0413

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose Axl Documento de identidad: 1090076148
Dirección: Cr 15 - 148-52 Galicia Alta Teléfono: 3126016789
Correo Electrónico: Axlgonzalez2729@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tayson Sexo: M X F ___ Raza: Canino Especie: _____
Fecha de Nacimiento: 9 Años Color: Negro Blanco Peso: 30 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 1 AÑO
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: Completa (Sin evidencia Fisica)
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Dogurtm, Frutas, Verduras, avena
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trauma por atropellamiento

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39,7° 0C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 1'' Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	AN
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: ojo derecha azul, tutor reporta un trauma, se palpa fractura Movil de M.P.D

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Fractura de tibia y
2. Perone.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:___
Rayos X:___
Ecografía:___
Cuadro Hemático:___
Frotis (raspado piel):___

Coprológico:___
Endoscopia:___
ECG:___
EEG:___
Parcial de Orina:___

Coproscópico:___
Cultivos:___
Antibiograma:___
Biopsia:___
Otros:___

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

En estudio

OBSERVACIONES

Se recomienda Rx de tibia y perone de M.P.D

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Melodol	0,2mg/kg	Inyectable	SC	SID

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3991

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24. | No. Historia Clínica: 014

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yamilet Gallego Documento de identidad: 42100376
Dirección: Mz 6 Cs 14 los pinos. Teléfono: 3225634871.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sasha Sexo: M ___ F x Raza: Mestiza Especie: Canina.
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 19/9/24.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Julio 2023
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Dog Chow - pechuga.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Fotofobia. - baja de peso.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 57 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 38. °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta x. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	AN
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Obesidad, en ambos ojos presenta. disminución de vista.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda realizar T4 Libre y T4 Total.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.100.376

GALLEGO ORTEGA

APELLIDOS

YAMILET

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1971

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-SEP-1989 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NA

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ

INDICE DERECHO

A 2400100-00062903-F-0042100376-20080902 0002901153A 1 4590

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

HERNAN HOYOS LOPEZ

Tu código de contrato es **292121**

Sigue protegiendo tu hogar con eficiencia, calidez y seguridad para toda tu familia.

Tu factura fue expedida el 12/09/2024 00:15:24

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 3.828
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 3.828**
Si no pagas antes de	24/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202365933
Referencia de pago	181377830

Escanea este código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro. pse

"Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral."

Esta Factura prestará mérito ejecutivo, de acuerdo a las normas del Derecho Civil y Mercantil (Art. 130 Ley 142- 94).

Gerente

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES 01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PÓNTE EN CONTACTO Armenia: 606 736 8950 Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

1 de 2

DATOS DE TU PREDIO

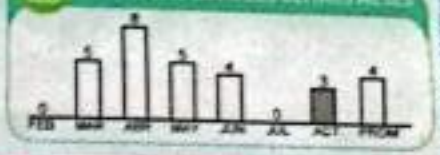
Dirección de entrega: LOS PINOS MZN 6 CS- 14 PS- 1
Dirección del predio: LOS PINOS MZN 6 CS- 14 PS- 1
Estrato: 1
Barrio: LOS PINOS, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 1736 − Lectura anterior: 1733 × Factor de corrección: 0,8872 = Consumo m³: 3

Periodo de consumo: 07/AGO - 05/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: U-548931J
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES CAPITAL	CARGO DEL MES INTERESES	SALDO PENDIENTE DESPUÉS DE ESTE PAGO	CUOTAS PENDIENTES DESPUÉS DE ESTE PAGO
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,209492)				
Consumo de gas natural	$ 8.535			
Subsidio	$ -4.530			
Aplicación saldo a favor	$ -177			
TOTAL SERVICIO:	**$ 3.828**	**$**	**$**	

Paga tu factura a tiempo.

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 13 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.735.000

Para que la utilices con más de 300 aliados en el Eje Cafetero.

Brilla







NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Universidad de Pereira – Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0415

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Judi alejandra moreno Documento de Identidad: 1002594075
Dirección: Cra 74 #29-56 Bm micabo Teléfono: 323 360 6797
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toño Sexo: M ___ F X Raza: _____ Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 7 años Color: blanco Peso: 11.4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): Enero 23 del 2024
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): Toño
Enfermedades Anteriores: otitis
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"tiene una otitis hace mucho tiempo"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30x2D /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: 38.8 0 C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: humedas, rosadas, brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	NN	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oidos	AN	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta una otitis.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se administra Dipirodina 01ml de dipirocita con complex 1ml se aplica limpieza con alcohol se anexa formula medica con alcohol Dekaspt caninos.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
complex	1ml	ampolla	ord	Dosis única
Dipirodina.	0,1ml	inyectable	sc	Dosis única
alcohol				

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51682

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.397.254
OCHOA TOBON

APELLIDOS
MARIA EUGENIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1981
LA ESTRELLA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

01-JUN-1999 ANSERMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-2402500-01197431-F-0024397254-20210106 0073017554A 1 8501240124

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

Datos del Suscriptor

Nombre: LEANY PEREZ OCAMPO

Dirección: CR 14 # 28- 56 SAN NICOLAS POR ORILLA DE LA QUEBRADA

CICLO: 5 | ESTRATO: BAJO BAJO

RUTA: 5-34859 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor N°: P3915MMRAL114541AA | Diámetro: 1/2 P

MATRICULA: 289736

Factura de venta N°: 56462888

Fecha de la factura: 17-Jul-2024

PERIODO DE COBRO: 13-Jun-2024 al 13-Jul-2024

TOTAL A PAGAR: $29,440

Fecha límite sin recargo: 26-Jul-2024

Me quedo sin el servicio de agua: 29-Jul-2024

Fecha último pago: 2024-06-20

Lugar último pago: EFECTY

Valor último pago: 60,460

Edad: 1

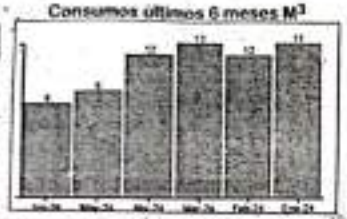
Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 1016

LECTURA ANTERIOR: 1008

CONSUMO M³: 8

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 11

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados: $13,122

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	3		
CUOTA FINAN MEDIDOR	166		
Cuota Financiación	166	8,800.15	68.00

Subtotal otros Cobros no Asociados: $336

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	8	$2,172.54	$17,380.32
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			- $18,534.18
Consumo Periodo			$8,249.32
Ajuste a la Decena			$2.83

Subtotal Acueducto: $8,252

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	8	$2,573.74	$20,589.92
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcantarillado			$-17,738.50
Consumo Periodo			$7,895.17
Ajuste a la Decena			$0.03

Subtotal Alcantarillado: $7,895

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo:

TDI - M³:

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA (DIAS) | FRECUENCIA (VECES MES) | FRECUENCIA (OCASIONAL)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Lampeza urbanos

Rechazables

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes | UR | UAR

TRL	TRT	TCM	TPL	TLU	TC	TA

Copón para Entidad Recaudadora

DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56462888	289736	17-Jul-2024

Dirección del Predio: CR 14 # 28- 56 SAN NICOLAS POR ORILLA DE LA QUEBRADA

TOTAL A PAGAR: $29,440

Kit 6122 - C_3

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24 | No. Historia Clínica: 0416.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yolanda Valencia Documento de Identidad: 47121627.
Dirección: Mz 1 Cs 20 Aguas Claras Teléfono: 3196268593
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupita Sexo: M__ F x Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 3 Bp4
Enfermedades Anteriores: Piel Alergia.
Tratamientos: Cledelio - Marbocat. - prednisolona. - novacutan.
Evolución: _____
Alimentación: concentrado.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test sida y leucemia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oidos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Test sida leucemia negativo
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24. | No. Historia Clínica: 0417

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yolanda Valencia. Documento de identidad: 42121627.
Dirección: Mz 1 Cs 10 Aguas Teléfono: 3146768593.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kira Sexo: M ___ F X Raza: Mestiza Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 1 mes
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 13/07/23.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - Humeda
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test sida - leucemia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 140. /lpm Temperatura: _____ 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test sida leucemia Negativo

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa VG

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 28/9/24. | No. Historia Clínica: 0418.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yolanda Valencia. Documento de identidad: 42121622.
Dirección: M61 CS 20 Agua Clara Teléfono: 3146768593.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Alvin Sexo: M X F ___ Raza: Nestro Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años. Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 1 mes
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 13/07/24
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test. sida - leucemia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test leucemia - sida negativo

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0419

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: laura tamara orillada Documento de identidad: 1088930484
Dirección: Mz 26 C4 intermedio villa S Teléfono: 324 22 913 73
Correo Electrónico: orillada tamara 2168 gmail. com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: julian Sexo: M X F Raza: mestiza Especie: canina
Fecha de Nacimiento: no registra Color: blanco-negro Peso: 7

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): no registra
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): no registra
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: no registra
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"tiene la piel [illegible] con poca pelo, comina y se rasca"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: - /rpm F. Cardiaca: 98 /lpm Temperatura: 38.9 °C
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: pálidas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	AN
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: se hace examen palpatorio anemia

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se administra dexametasona 0.3 SC, oxitetraciclina 1ml complejo B 3ml se inicia formula médica con dexicom 100 administrar una tableta vía oral cada 24 horas

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
dexametasona	0.3	inyectable	SC	Dosis unica
oxitetraciclina	1 ml	inyectable	IM	Dosis unica
complejo B	3 ml	suspension	oral	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.089.930.494

RIOS VILLADA

APELLIDOS

LAURA FRANCEDY

NOMBRES

Laura Rios

FIRMA





DICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2004

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-FEB-2022 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2400100-01296639-F-1089930494-20220511 0079253568A 1 8504157329

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

B3

Fecha de consulta: 20/09/2024

Ficha: 66001016567200000113

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LAURA FRANCEDY

Apellidos: RIOS VILLADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1089930494

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 02/06/2023

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0420

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Liz Hernandez Documento de identidad: 42091143
Dirección: Villa Santana Teléfono: 312 8077246
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Niño Sexo: M X F ___ Raza: Pinsher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: Negro Amarillo Peso: 3 K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: A/N
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: N/A
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: N/A
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Artritis degenerativa, Ulcera Corneal

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 40.1 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 4 seg Ganglios Linfáticos: reactivos
Mucosas: pálidas secas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	A/N
2. Estado de Hidratación	A/N
3. Sistema Tegumentario	A/N
4. Ojos	A/N
5. Oídos	A/N
6. Nariz	A/N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	A/N
8. S. Respiratorio	A/N
9. S. Nervioso	A/N
10. S. Musculoesquelético	A/N
11. S. Cardiovascular	A/N
12. S. Genitourinario	A/N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Artritis
2. Artrosis
3. Ulcera corneal
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se realiza eutanasia

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: 42090143 **Fecha y Hora:** 07/04/2026

Yo Luz Arroyo Hoyos **Identificado con CC:** 42090143
con Dirección: _____; **Tutor de** _____
Especie _____ **Raza** Pinche **Sexo:** Masculino **Edad** 9
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento
Ovariohisterectomia

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que niño ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Manuela Ramirez **con matrícula profesional No** _____, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR
CC: 42090143 Luz Arroyo

Firma

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.090.143
HERNANDEZ SOTO

APELLIDOS
LUZ AMPARO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1968
GUATICA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAR-1987 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2400100-00063044-F-0042090143-20080902 0002916494A 1 4560000188

Powered by CamScanner

1170984

HERNANDEZ SOTO LUZ AMPARO

URB MZ 14A CS 25 P 2 VERACRUZ VILLA SANTAN

01-01-013-1310	1 PEREIRA	Residencial	3
1902350095		56.28	1
6	12	0013	1

30/DIC/2023

0

10/ENE/2024

97700717

AÑO	10.218
ALUMBRADO	3.610
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA	13.828
ENERGÍA	25.307
TOTAL	$39.135

INFORMACIÓN DE CONSUMO

11812886	MER	14134	14309	65	1	65	51

ALUMBRADO PUBLICO 3.610

MUNICIPIO DE PEREIRA

ASEO 10.218

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.

Nit. 900.122.107-5

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

INFORMACIÓN GENERAL

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

EL PANO PAGO

ENERGÍA 25.307

307 Consumo Activo	1	$7.678	$7.678
307 Subsidio	0	-$2.511	-$2.511

OTRAS EMPRESAS 0

ITEM	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	TOTAL

energía

1170984

VALOR A PAGAR

Pague Oportunamente Factura $35,525

Pague Después de Factura $39,135

Powered by CamScanner

Fecha: 20/04/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0421

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: José Willan Virgen Documento de identidad: 10106611
Dirección: AV SUI B. El Rosal CS# 65AB. Teléfono: 319 6412993
Correo Electrónico: —o—

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Boticois Sexo: M X F ___ Raza: criollo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 NOVIEMBRE 1024 Color: amarillo Peso: 9K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: —o—
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: —o—
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: Pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: — Fecha ultimo Parto: —

MOTIVO DE CONSULTA

Desparasitación

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 26 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.4 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: normales Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se suministra desparacitacion

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

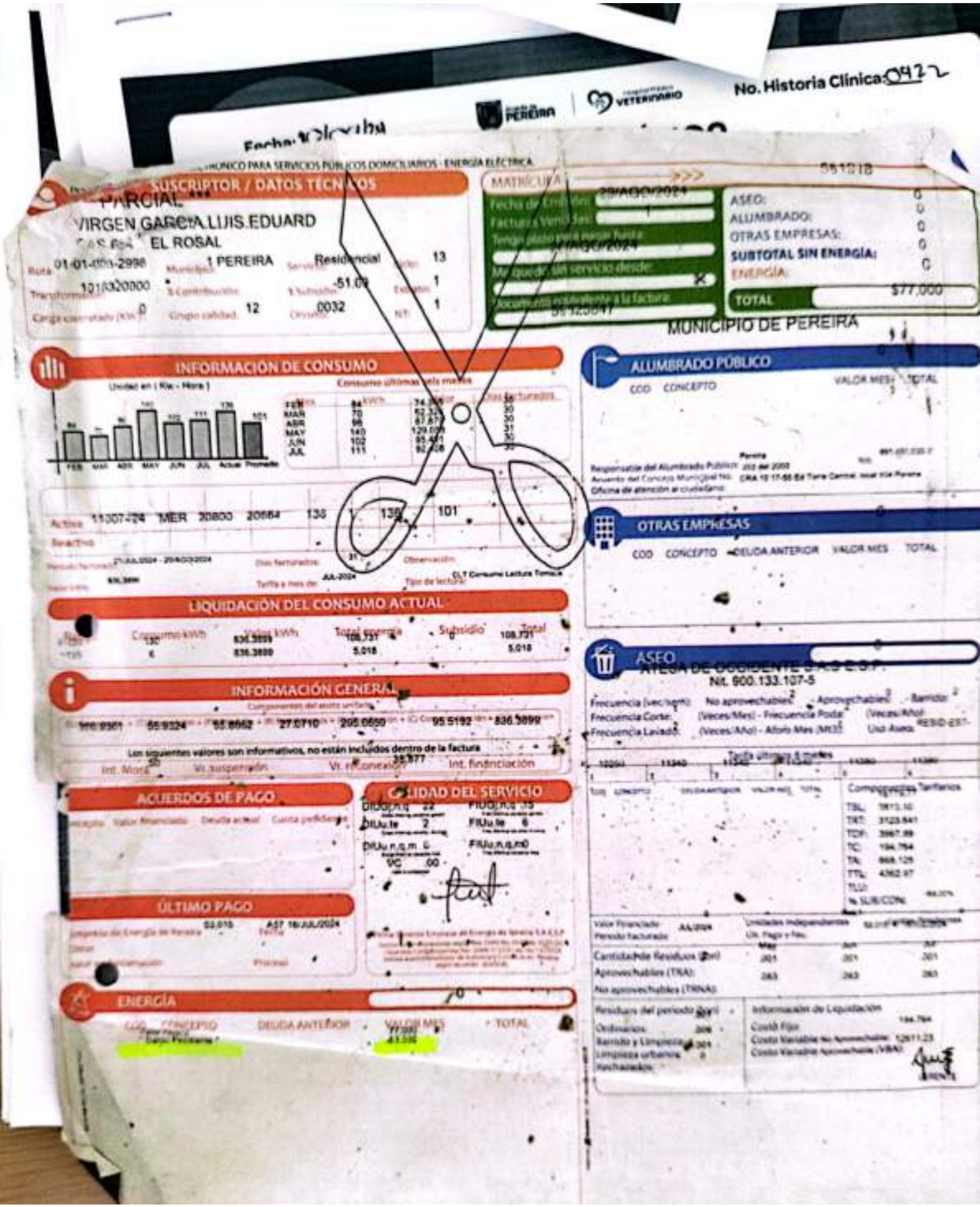
Se suministra desparasitacion con comprimido po y complemento

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Drontal		suspension	po	Dosis unica
Drontal	4 tab	suspension	po	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Fecha: 10/04/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0427

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: PERLA LORENA Documento de identidad: 1088300451
Dirección: ALTAGRACIA CALLE CASA 54 Teléfono: 3129863785.
Correo Electrónico: JHOYS1992@HOTMAIL.COM.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MANUELA Sexo: M___ F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 2020. Color: CAFE. Peso: 12 KG

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NO VIGENTE.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NO VIGENTE.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R.
Alimentación: CONCENTRADO (RINGO) VERDURAS Y HUEVO.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 44 /rpm F. Cardiaca: 132. /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2" Ganglios Linfáticos: NORMALES. SIN DOLOR
Mucosas: R/H/S. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: PELAJE CON CONSISTENCIA, PRESENCIA DE CUERPOS DE PULGA.

LISTA DE PROBLEMAS

1. Irritación por ojo.
2. Secreción
3. Papiloma.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. conjuntivitis.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se prima paciente con formula medica, se recomienda comida alimentacion.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matricula Profesional: 95810

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BA... TIBASOSA BARBARA
VIA ALTAGRACIA- LOTE 54 B LEON SUAREZ BARR

Ruta 01-01-028-6050 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 16
Transformador 10117X0000 Contribución Subsidio -31.59 Estrato 2
Carga contratada (KW) 0 Grupo Localidad 32 Circuito 0032 NIT 1

MATRÍCULA 382457

Fecha de Emisión: 10/SEP/2024
Facturas Vencidas 1
Tengo plazo para pagar hasta: 18/SEP/2024
Me queda sin servicio desde: 19/SEP/2024
Documento equivalente a la factura: 5093...6439

ASEO:	46,003
ALUMBRADO:	8,630
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	54,633
ENERGÍA:	43,661
TOTAL	$98,294

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	48	42,738	30
ABR	48	53,939	32
MAY	50	45,092	30
JUN	45	42,128	30
JUL	33	29,...	31
AGO	41	34,...	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	30008528	CHI	10383	10339	44	1	44	45	
Reactiva									

Periodo facturado: 1...AGO/2024 - 18/SEP/2024 Días Facturados: 32 Observación:
Valor kWh: 848.2198 Tarifa a mes de: AGO 2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Promedio

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	44	848.2198	37,322	-14,775	22,547

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo unit.

G	T	PR	R	D	C	CU
311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 48,860 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,te 21 FIUu,te 22
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 1
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P

ÚLTIMO PAGO

...presa de Energía de Pereira 45,530 Fecha P 02/AGO/2024
...(99)
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 43,661

		DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
500	Consumo Básico	58,282	37,3085	75,814
501	Subsidio	-13,325	-14,775	-28,100
501	Intereses Mes	42	105	147

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 8,630

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	8,630	8,630

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480 030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No. 037 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 1st Torre Central, Local 1st Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 46,003

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	23280	2	23280	3	23280	4	23370	5	23370	6	23600

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	9,796	23,859	33,655
845	Recargo Mora	5	12	17
858	C V Aprovechamiento	195	186	381
859	Cargo Variable	13,614	12,288	25,902
999	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8549.55
TDF:	3058.787
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-38.42%

Valor Financiado 0 Unidades independientes Res:1 Costos Pendientes 1
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 45,530 P 02/AGO/2024

	Jun	Jul	Aug
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.069	.069	.069

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .000
Limpieza urbanos: .001
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 12267.596

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0423

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yenny Bedoya Documento de identidad: 1054541878
Dirección: Cra 6 BIS #338 barrio Lantana Teléfono: 3336076622
Correo Electrónico: bedoyayenny4viviana@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dante Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Mad Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 07/2023 Color: Café/blanco Peso: 8kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: _____
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: _____
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test Parvovirus

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test positivo parvovirus

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0424

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana Rosa Londoño Documento de identidad: 38869746
Dirección: Urb. 32 Cs 13 Sector A Parque I Teléfono: 3146032956
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kira Sexo: M ___ F X Raza: Mestiza Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 20/12/2023 Color: Café Peso: 3kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: _____
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: _____
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test parvovirus

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test parvovirus positivo.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | No. Historia Clínica: 025

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: molly lopez Documento de identidad: 25159194
Dirección: los palmas Teléfono: 322 696 6565
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: susy Sexo: M ___ F X Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 12 años Color: Negro Amarillo Peso: 4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 4 meses - canex
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): A/N
Enfermedades Anteriores: No aplica
Tratamientos: No aplica
Evolución: No aplica
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: 1-A ders Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa a chequeo. Se encuentra en estado de gestación

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente ingresa a chequeo general. Se encuentra

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

Datos del Suscriptor

Nombre: GLORIA AIDE FORERO FORERO

Dirección: CL 42 # 3- 34 LAS PALMAS

CICLO	6	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	2-7550	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	C16LA178456AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	2829
Factura de venta N°	5647
Fecha de la factura	18-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	14-Jun-2024 al 14-Jul-2024

TOTAL A PAGAR: $37,750

Fecha límite sin recargo:	27-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-09
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	20,530

Estrat: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1210
LECTURA ANTERIOR	1194
CONSUMO M³	16

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	11

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	N° Inicial	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Abiertas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	16	$2,172.54	$34,760.64
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-26,051.16
Recargos Mes			$30.77
Consumo Periodo			$18,112.65
Ajuste a la Decena			$-3.42
Subtotal Acueducto			$18,140

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	16	$2,573.74	$41,179.84
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcantarillado			$-26,643.54
Recargos Mes			$30.82
Consumo Periodo			$19,579.18
Ajuste a la Decena			$-.77
Subtotal Alcantarillado			$19,610

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	UNIDAD	VALOR UNIT	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	N° Inicial	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

CANTIDAD DE RESIDUOS (KG/M)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades Independientes | UR | UAR

TBL	TNT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

25.159.194
NUMERO



LOPEZ VALENCIA
APELLIDOS

MELVA
NOMBRES

Melva López V.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1961
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-1982 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ [illegible] LOPEZ

A-2400600-54118411-F-0025159194-20031014 0038903287| 03 140244436

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0426

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: María Alejandra Estrada Documento de identidad: 1004 682 887
Dirección: Mz 3 C1 Bellavista Teléfono: 314 560 8760
Correo Electrónico: malejestrada69@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tomas Sexo: M X F ___ Raza: mestiza Especie: felina
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: mezcla Peso: 3.7k

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: no registra
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: no registra
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: N/A
Evolución: ___
Alimentación: controlada
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"tiene una herida en la cara le cicatriza y se rasca y vuelve a pasar" del trago una mejia

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 25 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39.4 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta cicatrizacion en labio

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se administra oxitetraciclina 0.2 ml IM se realiza limpieza en herida 2 veces al día por tiempo indefinido con clorhexidina jabonosa, complemento se administra dexa epal 3ml cada 24 horas por 3 días, se recomienda realizar test de vida y leucemia, se recomienda vacunar con triple felina

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
oxitetraciclina	0.2	importable	IM	Dosis unica
canamix	0.3	alupenalom	PO	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0427

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Jimenez Estrada Documento de identidad: 1004682887
Dirección: MZ 36 Bello oriente Teléfono: 3145608760
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Alaia Sexo: M ___ F x Raza: mestiza Especie: felina
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: blanca Peso: 2.5K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): no registra
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): no registra
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: N/A
Evolución: _____
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero x Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Desparacitacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 92 /lpm Temperatura: 39.3 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas, humedas brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente con constantes fisiologicas dentro de los rangos buen estado de salud

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se administra Imporavito combi 0.3 via oral

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Combi	0.3	suplemento	po	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.662.887

ESTRADA GUARIN
APELLIDOS

MARIA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-2002
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

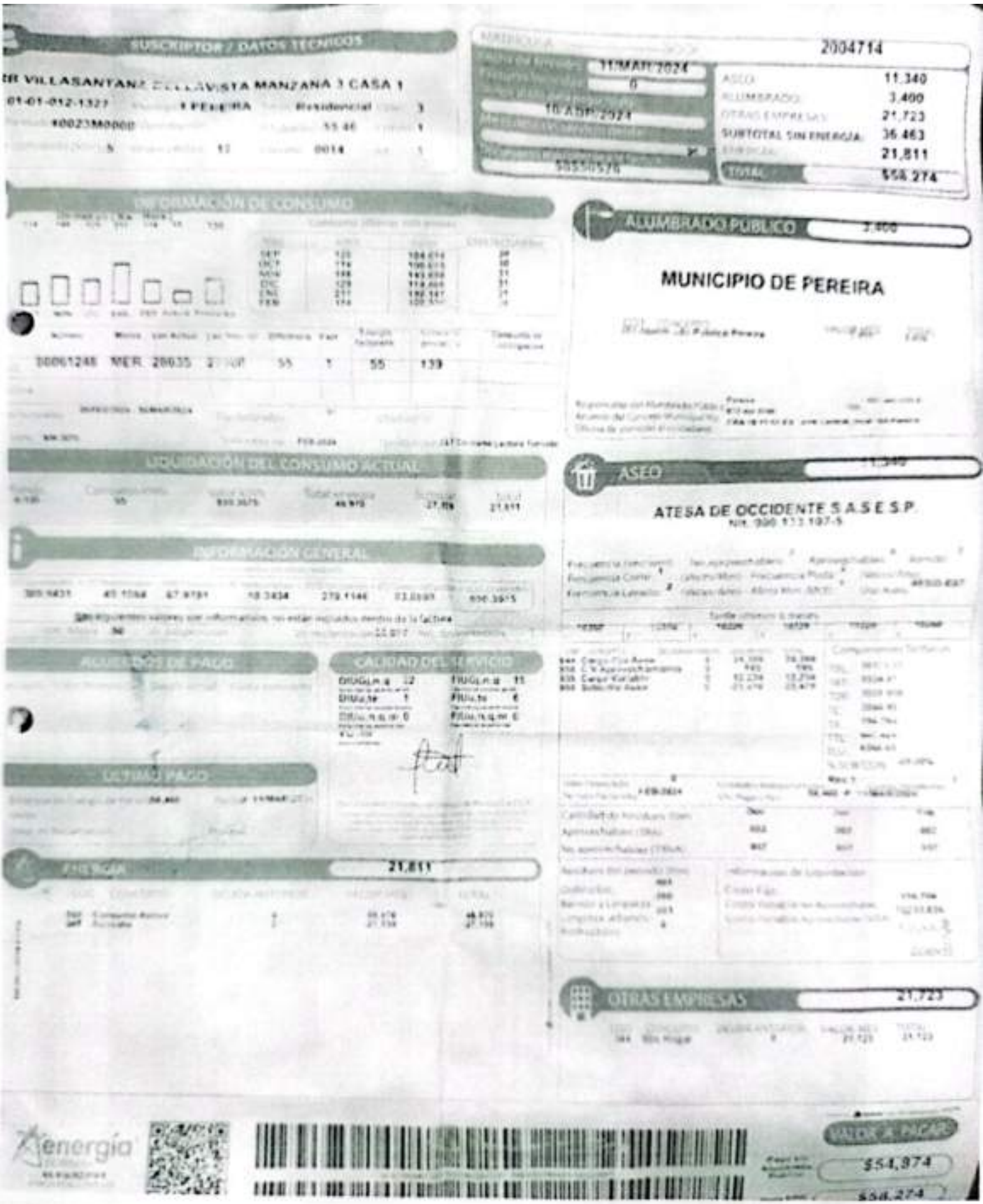
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

14-FEB-2020 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

2004714

11MAR/2024

ASEO 11.340

ALUMBRADO 3.400

OTRAS EMPRESAS 21.723

SUBTOTAL SIN ENERGIA 36.463

ENERGIA 21.811

TOTAL $58.274

ALUMBRADO PUBLICO 3.400

MUNICIPIO DE PEREIRA

ASEO

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.

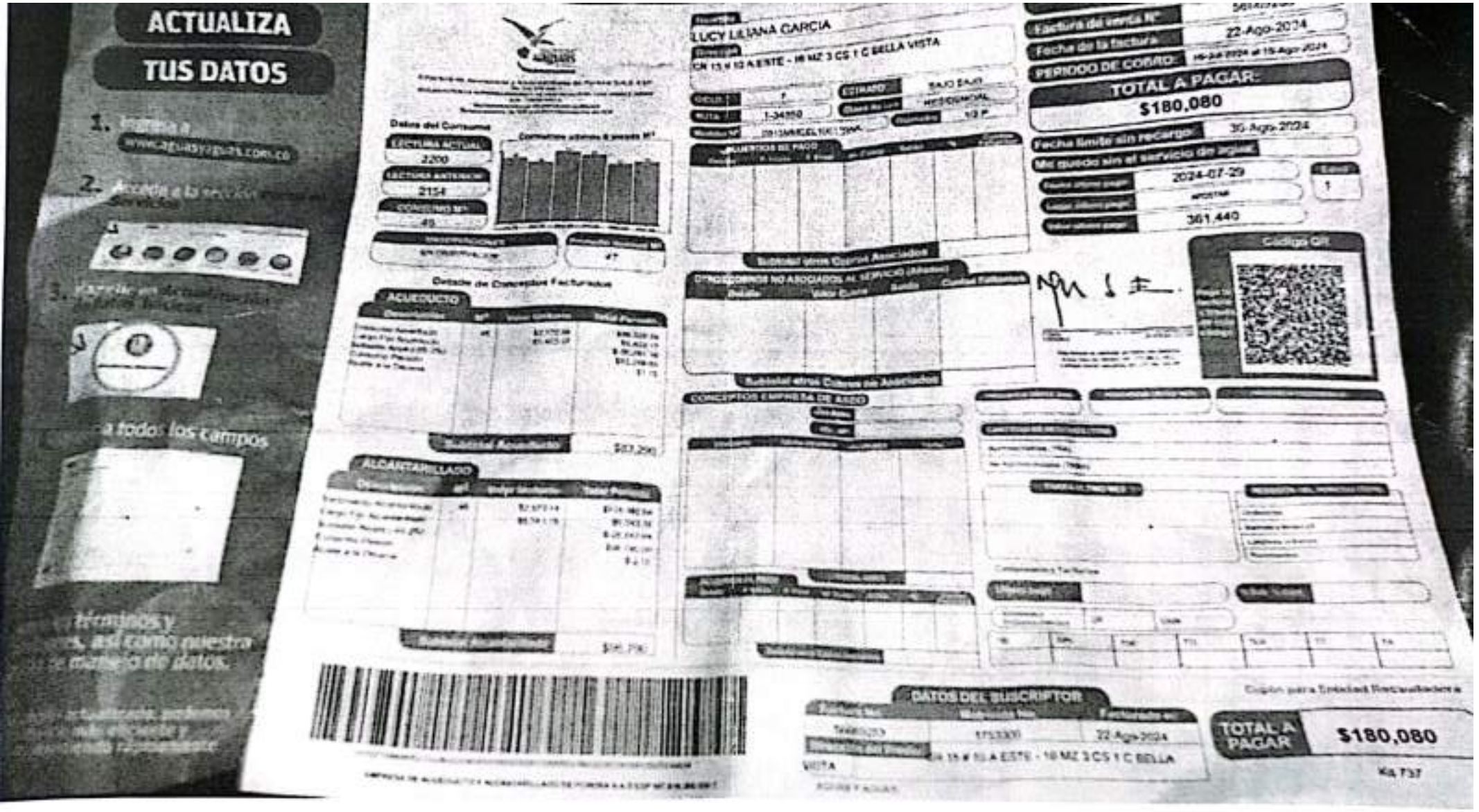
OTRAS EMPRESAS 21.723

ENERGIA 21.811

$54.874

$58.274

Powered by CamScanner


ACTUALIZA
TUS DATOS
1.
2.
3.
todos los campos
términos y
así como nuestra
manejo de datos.
LUCY LILIANA GARCIA
CN 13 # 10 A ESTE - 18 MZ 3 CS 1 C BELLA VISTA
Factura de venta N°
22-Ago-2024
Fecha de la factura
PERIODO DE COBRO:
TOTAL A PAGAR:
$180,080
Fecha límite sin recargo:
30-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:
2024-07-29
361,440
Datos del Consumo
LECTURA ACTUAL
2200
LECTURA ANTERIOR
2154
CONSUMO M³
46
Detalle de Conceptos Facturados
ACUEDUCTO
Subtotal Acueducto
$83,260
ALCANTARILLADO
CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO
DATOS DEL SUSCRIPTOR
22-Ago-2024
TOTAL A PAGAR
$180,080

Fecha: 20/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0428

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: JENIFER FRANCO Documento de identidad: 1088241027
Dirección: Mz 6 casa 23 laureles 2 Teléfono: 3127193639
Correo Electrónico: jenifranco0827@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: N/R. Color: Amarillo Peso: 8 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NO VIGENTE
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NO VIGENTE.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: CH MALECT
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

IPUCION MAL CON EVOLUCION DE 8 DIAS, APARENTEMENTE POR MORDEDURA.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 176 /lpm Temperatura: 39.4 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: REACTIVO.
Mucosas: RH/B Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: IPILION INFECTADA MAL, GINGIVITIS MODERADA.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. inflamacion
2. dolor
3. infeccion.
4. GINGIVITIS.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. GINGIVITIS
2. lesion por mordedura.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros: PBT sida y leucemia. (NEGATIVO).

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

SE PANICI PUNIPMP con FORMULA, se realizo TEST de sida y leucemia (NEGATIVO)

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	(0.3ml)	1mg	IC	c/s.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.241.027

FRANCO ORTIZ
APELLIDOS

YENIFER
NOMBRES

Jenifer Franco O.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1986
RISARALDA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

03-AGO-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-2400100-54131612-F-1088241027-20041026 0516304300A 02 170118620

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP
NIT. 816.002.028-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Num. Matrícula 302-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre: EUDELLY CASTAï¿½O MARQUEZ

Dirección: MZ J CS 25 PS 2 LAURELES LAURELES I MZ J CS 25 PS 2 LAURELES II

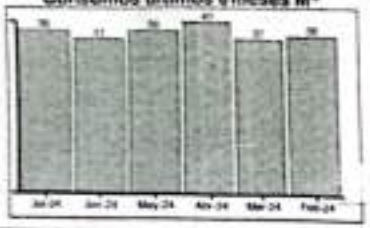
CICLO	12	ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	8-2505	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1615MMRSA84916AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1246842
Factura de venta N°	56744979
Fecha de la factura	28-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	21-Jul-2024 al 20-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$194,620**
Fecha límite sin recargo:	05-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-02
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	189,880
Edad:	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1272
LECTURA ANTERIOR:	1232
CONSUMO M³:	40

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	39

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	40	$2,172.54	$86,901.60
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-4,781.07
Consumo Periodo			$91,523.70
Ajuste a la Decena			$-3.70
Subtotal Acueducto:			$91,520

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	40	$2,573.74	$102,949.60
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,889.80
Consumo Periodo			$103,100.00
Ajuste a la Decena			$-3.55
Subtotal Alcantarillado			$103,100

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

FRECUENCIA (VECES AÑO) | FRECUENCIA (VECES MES) | FRECUENCIA (VECES/SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Recolección

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Intercambiables | Lit | Usuario

Tdi.	Tbf	Tdf	I%	T.Lit	Tc	Ta

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | No. Historia Clínica: 0129

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Elizabeth arias Documento de identidad: 25203230
Dirección: Teléfono: 3213022863
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: toby Sexo: M X F Raza: French Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 22-07-24 Color: negro Peso:

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 2 meses Canex
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace 2 meses
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: Pollo, Carne Molida, croquetas
Historia Reproductiva: Entero Y Esterilizado
Ultimo Celo: Fecha ultimo Parto:

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente inapetente, vomito

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 23 /rpm F. Cardiaca: 135 /lpm Temperatura: 39.5 °C
Pulso: Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: Rosada Actitud y Temperamento: Letárgico;
Estuporoso; Comatoso, Alerta Otro:

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP
NIT. 816.002.020-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nair: 1-66001000-2
Autoretenedores de servicios públicos
Responsables de IVA y autoretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

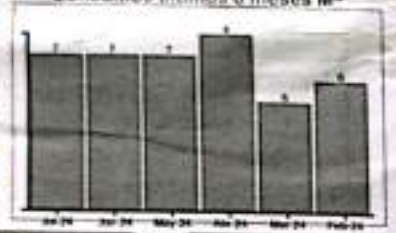
Nombre	CONDE GIRALDO JOSE-ALONSO
Dirección	CR 5 BIS # 41- 39 GETSEMANI
CICLO	3
ESTRATO	BAJO
RUTA	12-37050
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1915MMRAL124465AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1216837
Factura de venta N°	56622478
Fecha de la factura	16-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	12-Jul-2024 al 11-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$29,440**
Fecha límite sin recargo:	26-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-02
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	29,420
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	396
LECTURA ANTERIOR:	389
CONSUMO M³:	7

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	7

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-38.4%)			$-9,450.61
Recargos Mes			$37.90
Consumo Periodo			$15,160.35
Ajuste a la Decena			$1.75
Subtotal Acueducto:			$15,200

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.18
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-8,855.01
Recargos Mes			$35.51
Consumo Periodo			$14,204.49
Ajuste a la Decena			$-.43
Subtotal Alcantarillado			$14,240

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros Asociados						

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros no Asociados			

Código QR

Paga tu factura a través de este código

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
TOTAL ASEO			

FRECUENCIA (VECES AÑO) | FRECUENCIA (VECES MES) | FRECUENCIA (VECES SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Reciclables

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros Asociados						

Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-24 | No. Historia Clínica: 0430

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Elizabeth arias Documento de identidad: 25203230
Dirección: Teléfono: 3213422863
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: luna Sexo: M__ F X Raza: French Palle Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 22-01-24 Color: Peso:

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 2 meses Conex
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace 3 meses
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: N/A
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente inapetente, vomito,

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 24 /rpm F. Cardiaca: 136 /lpm Temperatura: 38.5 0 C
Pulso: Tiempo Llenado Capilar: 2sg Ganglios Linfáticos:
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso__; Comatoso __. Alerta __ Otro:

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oídos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/04/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0431

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jinda Marin. Documento de identidad: 1.152.739.729
Dirección: Calle 72 # 38-20 CB Tipiano (casa) Teléfono: 3118464104
Correo Electrónico: jindy0101030@hotmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Mampy Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 8 meses Color: Tipico Negro Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No vacunado
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vacunado (triple felina) 07/08/24
Enfermedades Anteriores: ___
Tratamientos: ___
Evolución: ___
Alimentación: ~~gatsby~~ concentrado bonti cat.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Cada que come le da diarrea.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 88 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 39.3 °C
Pulso: Filiforme Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: Rosadas. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Contenido en las ecografía, sin dolor a la palpación abdominal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

JP ANIA con forma pulci [illegible] marcando en la base. JP [illegible] dejo blanco.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ramiclinic	0.4ml	Iny	SC	30
Cannpx	0.4ml	Jarabe	PO	30

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 4584 0

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

RAFAEL ANTONIO CONTRERAS TORRES

Tu código de contrato es: **307523**

Somos la llama que transforma tu vida día a día, ofreciendo calidez, eficiencia y comodidad en cada momento.

Tu factura fue expedida el: 13/03/2024 14:16:30

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 32.275
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 32.275**
Si no pagas antes de	27/03/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1197586939
Referencia de pago	176012809

Escanea este código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro. PSE

"Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral."

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES 01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO: Armenia: 606 736 8950 Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

1 de 2 483

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: CL 72 KR 38B - 8 | Dirección del predio: CL 72 KR 38B - 8 | Estrato: 3

Barrio: TERRANOVA, (PEREIRA) | Municipio: PEREIRA | Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 3006 − Lectura anterior: 2995 × Factor de corrección: 0,8860 = Consumo m³: 10

Periodo de consumo: 05/FEB - 06/MAR | Días de consumo: 31 | Medidor: U-900829K

Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES: CAPITAL	CARGO DEL MES: INTERESES	SALDO PENDIENTE (DEUDA ANTERIOR)	CUOTAS PENDIENTES (MESES DE ESTE PAGO)
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,227177)				
Cargo fijo mensual	$ 3.934			
Consumo de gas natural	$ 28.244			
Recargo por mora	$ 97			
TOTAL SERVICIO:	**$ 32.275**		$	$

CANCELADO



Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 25 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.150.000

Para que lo utilices con más de 900 aliados en el Eje Cafetero.

Brilla







NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0432.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Dario de Jesus Mejia Documento de identidad: 10000550
Dirección: MZ28C CASA38 Dombosco Teléfono: 3234458479.
Correo Electrónico: mejiadario252@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M__ F X Raza: Doberman- mestiza. Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: Mayo 2024 Color: Negro Peso: 3,5Kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: _____
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: _____
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Test parvovirus

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	
5. Oidos	
6. Nariz	

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	
8. S. Respiratorio	
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test parvovirus positivo.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | No. Historia Clínica: 0433

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Janeiro Ospina Arango Documento de identidad: 42 98419
Dirección: M13 C11 parque industrial Teléfono: 3113482750
Correo Electrónico: arlethjma24o7@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Remi Sexo: M X F ___ Raza: pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 11 años Color: negro Peso: 2.9

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 3 meses
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 1 año
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: no registra
Evolución: ___
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene la glandula anal inflamada, problema en los dientes"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura: 39.2 0 C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas, humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta las glandulas anales inflamadas, problema con piezas dentales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se recomienda profilaxis. Se suministra meloxidal 0.5% 0.2ml SC
multibio 0.3ml SC, y se deja opsonito con convex 0.3 ml PO

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxidal	0.2	inyectable	SC	Dosis unica
multibio	0.3	inyectable	SC	Dosis unica
convex	0.3	suspension	PO	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.098.419**

OSPINA ORDOÑEZ

APELLIDOS

OVEIRA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1970**

RISARALDA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-ABR-1989 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00256546-F-0042098419-20100921 0024022848A 1 4880851136

Powered by CamScanner

201041

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

JOSPINA ORDONEZ OVEIRA
CRA 4A 62 31 MNZ 13 CAS 11 CIUDAD BOQUIA I

Ruta: 01-01-011-7806 | Municipio: 1 PEREIRA | Servicio: Residencial | Ciclo: 7
Transformador: 1019380000 | Contribución: | Subsidio: -38.77 | Estrato: 2
Carga contratada (KW): 0 | Grupo calidad: 12 | Circuito: 0027 | NT: 1

MATRÍCULA 809749

Fecha de Emisión: 13/JUL/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 22/JUL/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59460435

ASEO:	23,375
ALUMBRADO:	15,060
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	38,435
ENERGÍA:	42,439
TOTAL	$80,874

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	80	72.850	31
FEB	84	74.365	30
MAR	91	81.023	30
ABR	86	78.725	30
MAY	89	82.044	31
JUN	80	74.895	30

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	80054471	MER	21136	21053	83	1	83	85	
Reactiva									

Periodo facturado: 13/JUN/2024 - 12/JUL/2024 | Días facturados: 30 | Observación:
Tarifa a mes de: JUN-2024 | Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	83	832.5053	69,098	-26,788	42,310

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo unit.

317.2381	52.8374	58.6064	24.8851	282.1381	96.8002	832.5053

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 | Vr. suspensión | Vr. reconexion 38,877 | Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 22 | FIUGJ,n,q 15
DIUu,te 10 | FIUu,te 16
DIUu,n,q,m 1 | FIUu,n,q,m 2
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 74,035 | Fecha P 11/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 42,439

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	69,098	69,098
561	Subsidio	0	-26,788	-26,788
581	Intereses Mes	0	129	129

ALUMBRADO PÚBLICO 15,060

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	14,854	14,854
315	Interes Alumbrado Pereira	206	206

Responsable del Alumbrado Público: Pereira | Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No: 832 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 154 Pereira

ASEO 23,375

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 0 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	20970	1	21050	1	23280	1	23280	1	23280	1	23370

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	7	7
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,229	13,229
909	Subsidio Aseo	0	-14,567	-14,567

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9213.09
TDF:	3294.7
TC:	3967.99
TA:	134.734
TTL:	721.258
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes Res:1 | Cuotas Pendientes 1
Periodo Facturado JUN/2024 | Ult. Pago y Fec. 74,035 P 11/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Apr	May	Jun
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.069	.069	.069

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .006
Limpieza urbanos: .001
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA): 13229.049

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Powered by CamScanner

el Dia 14/09/24
cambio documentos
en recepcion.

Fecha: 201041 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0434

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gudith Valeria Documento de identidad: 42134960
Dirección: Torre 1 del campo san Teléfono: 3226653773,
Correo Electrónico: ana. jgaviria. 1011@ 1516 apt 303.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Katnia. Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 1 año. Color: Gris. Peso: 3.0 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No vigente.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No vigente.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: concentrado Ricocat (adulto).
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente llevada a clínica sin compañía, vomitos amarillos.
Paciente de vuelta de 10 días.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: normal /rpm F. Cardiaca: normal /lpm Temperatura: 39.4 °C
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: RHM. Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oidos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Ginginitis.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. inflamación anal. leve
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Sida
2. Toxemia.
3. Anginitis. TPVE.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente vino ayer por consulta prioritaria y hoy la ve mejor — se envía con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Canex	0,3ml	oral	PO	UD
dipirona	0,1ml	Iny	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Universidad de Pereira – Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0435

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Andrea Felipe Franco Mena Documento de identidad: 1088348373
Dirección: cra 8 N 68 80 urb Asociencia apto 104 Teléfono: 3042809004
Correo Electrónico: pipe-andrea@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Simona Sexo: M ___ F x Raza: Bulldog Frances Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 6 años Color: Canina Peso: 13

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 3 meses
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 3 meses
Enfermedades Anteriores: no registra
Tratamientos: no registra
Evolución: ___
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene un problema de cintura de atrás, abstinencia urinaria hace 6 meses, cojea.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: ~ °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: ___ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	AN

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente presenta dolor lumbar de espinazo.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se administra Dexametasona 0.9 ml SC. se envia formula medica con pautas administrar tableta por dosis.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0.9 ml	inyectable	SC	Dosis unica

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24. | No. Historia Clínica: 0026

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: [illegible] Documento de identidad: 1102B3261
Dirección: [illegible] Teléfono: 3173403727
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: LOLO Sexo: M__ F__ Raza: MESTIZO Especie: CANINO.
Fecha de Nacimiento: 6 AÑOS Color: TIERRA Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 MES
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 07/17/24 QUINTUPLE + RABIA.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R.
Alimentación: RINDE (CONCENTRADO) CALDO - PERRO
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"BOTA EN UNA PATA, HALA 2 MESES"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 72 /rpm F. Cardiaca: 148 /lpm Temperatura: 39.4 °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Normales.
Mucosas: RHB. Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: NERVIOSA

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N.

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: MALA CRIA ADHERIDA AL MUSLO, PRESENTA DE DOLOR A LA PALPACION.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. dolor en masa
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Masa en MPI
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se remite paciente a consulta con el doctor Un canal para evaluar Rx.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 2%	0.1ml	1mg	IM	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

AMPARO SERNA
CLL 8 12 48 PIS 2 COROCITO

Ruta: 01-01-016-6080 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 4
Transformador: 10214G0000 % Contribución: % Subsidio: -15.00 Estrato: 3
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0011 NT: 1

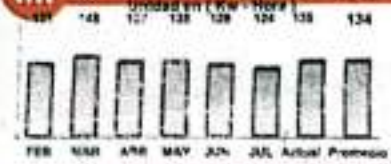
MATRÍCULA >>> 53280

Fecha de Emisión: 09/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 20/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 50681464

ASEO:	33,964
ALUMBRADO:	20,290
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	54,254
ENERGÍA:	96,866
TOTAL	$151,1

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (KW - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	132	116,859	30
MAR	[illegible]	[illegible]	30
APR	137	125,410	31
MAY	135	124,449	30
JUN	120	120,768	30
JUL	124	103,231	31

	Número	Varia	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	90288	HXE	24072	23937	135	1	135	134	
Reactiva									

Periodo facturado: 09/JUL/2024 - 08/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-16,310	92,421
>130	5	836.3899	4,182		4,182

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo kWh

G	T	PR	R	D	C	CU
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUc,te 10 FIUu,te 9
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 2
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 121,598 Fecha H 05/AGO/2024
Cod:
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 96,866

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	112,913	112,913
561	Subsidio	0	-16,310	-16,310
561	Intereses Mes	0	283	283

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 20,290

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	20,290	20,290

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891 480 035-7
Acuerdo del Concejo Municipal No. 832 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Tisne Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 33,964

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido:
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): + Uso Aseo: RESID-E

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
30270	33480	33480	33470	12030	11930

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	346,511
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	
845	Recargo Mora	0	10	198
858	C V Aprovechamiento	0	195	
939	Cargo Variable	0	14,187	14,187

Componentes Tarifarios

TBL:	10178.77
TRT:	2221.58
TDF:	2513.882
TC:	[illegible]
TA:	194.764
TTL:	751.816
TLU:	4362.67
% SUB/CON:	-12.78%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes Res: 1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 148,622 P 02/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
Aprovechables (TRA):	001	001	001
No aprovechables (TRNA):	072	072	072

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	001
Barrido y Limpieza:	000
Limpieza urbanos:	001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	14187.174

GERENTE

Resolución CREG 100 007 de 2024

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S ESP
Nit. 816.002.420-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre	AMPARO SERNA
Dirección	CL 8 # 12- 48 PS 2 COROCITO
CICLO	1
ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	5-6300
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1515MMRSA62614AA
Diámetro	1/2 P

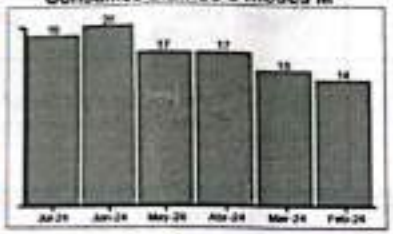
N

MATRÍCULA	53280
Factura de venta N°	56594427
Fecha de la factura	14-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	10-Jul-2024 al 09-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$95,290**
Fecha límite sin recargo:	23-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-05
Lugar último pago:	REBECA
Valor último pago:	95,160
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1807
LECTURA ANTERIOR:	1788
CONSUMO M³:	19

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	17

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	19	$2,172.54	$41,278.26
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-4,781.07
Recargos Mes			$160.65
Consumo Periodo			$45,900.36
Ajuste a la Decena			$-1.01

Subtotal Acueducto: $46,060

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	19	$2,573.74	$48,901.06
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,689.80
Recargos Mes			$171.69
Consumo Periodo			$49,055.01
Ajuste a la Decena			$3.30

Subtotal Alcantarillado $49,230

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TOI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA (VECES/AÑO)	FRECUENCIA (VECES/MES)	FRECUENCIA (VECES/SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRMA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Reciclaje

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

Efigas
siempre

¡Hola!

HELMER SERNA BETANCURTH

Tu código de contrato es **780880**

Sigue protegiendo tu hogar con eficiencia, calidez y seguridad para toda tu familia.

Tu factura fue expedida el 09/08/2024 18:55:02

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 64.682
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 64.682**
Si no pagas antes de	23/08/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1201497079
Referencia de pago	179971684

Escanea este código QR y paga tu factura fácil, rápido y seguro.

pse

"Facilitamos la vida de nuestros usuarios a través de un servicio integral."

Esta Factura prestará mérito ejecutivo, de acuerdo a las normas del Derecho Civil y

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES
01 8000 96 63 44
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO
Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: CL 8 KR 12 - 48 PISO 2
Dirección del predio: CL 8 KR 12 - 48 PISO 2
Estrato: 2
Barrio: COROSITO. (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 2705 − Lectura anterior: 2668 × Factor de corrección: 0,8674 = Consumo m³: 32
Periodo de consumo: 05/JUL - 04/AGO
Días de consumo: 31
Medidor: X-3192899-15
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES – CAPITAL	CARGO DEL MES – INTERESES	SALDO PENDIENTE DE PERIODOS ANTERIORES	CUOTAS PENDIENTES DE PERIODOS ANTERIORES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,925308)				
Consumo de gas natural	$ 89.040			
Subsidio	$ -24.970			
Recargo por mora	$ 612			
TOTAL SERVICIO:	**$ 64.682**		$	$

Paga tu factura a tiempo.

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 9 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.735.000

Para que lo utilices con más de 300 aliados en el Eje Cafetero

Brilla







Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/08/2022

B1

Ficha: 66001164567500023912

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSEFA ELENA

Apellidos: QUINTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42013861

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/02/2022

Última actualización ciudadano: 10/02/2022

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Powered by CamScanner

Fecha: 20/9/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0437

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: David. Fde Martinez Documento de Identidad: 4585875.
Dirección: Mz 1 Cs 1 San felo. Teléfono: 3147524487.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M ___ F X Raza: Mestiza Especie: Felina.
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No Sabe.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No sabe
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrad.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Cojera e inflamacion MAI.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: No eval /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: No eval °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Tendinitis MAI - genera dolor leve al apoyar.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Inflamacion MAT.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda (Meloxicam) 0,2 50 mg. diarios.
Se recomienda Rx. articulacion cubito-radial-carpo. del MAT

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Tramadol	0,1.	Inyectable	SC	
Meloxicam	0,2.	Inyectable	SC	

Vanessa V. G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

LUIS FERNANDO VELEZ CORREA
LIRB MZ 1 CS 1 P 2 SAN FERNANDO
* 01-01-016-0025 PEREIRA Residencial 15
10008D0000 15.00
3 12 0030

MATRICULA 2110429
Fecha de Emisión: 23/AGO/2024
Factura Vencida: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 02/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 54840698

ASEO	33,954
ALUMBRADO	10,110
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	44,064
ENERGÍA	71,093
TOTAL	$115,157

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	43	36.868	32
MAR	96	85.472	30
ABR	94	84.048	31
MAY	81	74.040	30
JUN	96	89.874	30
JUL	97	88.753	31

Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
21150468	HIK	1549	1449	100	1	100	85	

23/JUL/2024 - 23/AGO/2024 — Días facturados: 31 — Estratificación: — Tarifa aplicada: — Tipo de factura: 01 Consumo Leído y Facturado

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	100	836.3899	83.639	-12.546	71.093

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del consumo actual

206.9361 55.2324 33.9862 27.0710 295.0650 95.5192 836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora 50 — Vr suspensión — Vr reconexión — Int. financiación 38.877

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG,A,R 22 — FIUG,A,R 15
DIUu,te 14 — FIUu,te 12
DIUn,a,m 0 — FIUn,a,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira — Fecha P 30/JUL/2024
112,364
Valor en Reclamación — Proceso

ENERGÍA 71,093

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activo	0	83.639	83.639
001	Subsidio	0	-12.546	-12.546

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 10,110

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
207	Alumbrado Publico Pereira	10,110	10,110

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — Nit: 891 480 030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17 00 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 33,954

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
NIL 900.122.167-5

Frecuencia (ent/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Nt3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa ultimos 6 meses

1 34270	2 33400	3 33400	4 33478	5 33600	6 33600

1AF	Cargo/Fijo Aseo	194,0911	194,611	
338	C V Aprovechamiento	0	155	155
335	Cargo Variable	0	14,167	14,167
999	Subsidio Aseo	0	-4,539	-4,539

Componentes Tarifarios

TBL:	10179.77
TR2:	8921.58
TDF:	2813.862
TC:	3287.88
TA:	134.784
TTL:	751.616
TLU:	4262.97
% SUB/CON:	-12.78%

Valor Financiado 0 — Unidades Independientes Res: 1 — Cuotas Pendientes 1
Periodo Facturado JUL/2024 — Ult. Pago y fec. 112,364 P 30/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
Aprovechables (TRA):	881	881	881
No aprovechables (TRNA):	872	872	872

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios:	881
Barrido y Limpieza:	886
Limpieza urbanos:	881
Rechazados:	0

Información de Liquidación
Costo Fijo
Costo Variable No Aprovechable: 134.784
Costo Variable Aprovechable (VBA): 16687.174

Resolución CRA 6 165 del 31 de 2024

Powered by CamScanner
Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 4.585.875
MARTINEZ VILLAMIL
APELLIDOS
DAVID FERNANDO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
16-DIC-2003 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-2408600-01131859-M-0004585875-20200212 0070076100A 1 4885862392

Powered by CamScanner

Fecha: 20/04/24. | No. Historia Clínica: 0433

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Cinthia Ruiz Documento de Identidad: 1088349902.
Dirección: Manzana 28 casa 7 Teléfono: 3105526063.
Correo Electrónico: Ruizalinica@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lyra Sexo: M___ F___ Raza: Pinscher Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 2 años. Color: Negro Peso:_____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigente.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: pollo-carne cocinado o frito). (perdida de apetito).
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado___
Ultimo Celo: 06/24 Fecha ultimo Parto:_____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene una alergia en la piel y de la cola el pelo hacia aproximadamente 1 mes.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36. /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.7 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: Normales.
Mucosas: Rosadas. Actitud y Temperamento: Letárgico___;
Estuporoso___; Comatoso ___, Alerta X Otro:_____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Dermatitis, lesiones en piel

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Alopecia.
2. Sobrepeso
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Dermatitis por alergia
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

No se recomienda bañar de pelo, cambiar dieta, se recomienda realizar baños.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0,1 ml	iny	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 9584O

Powered by CamScanner

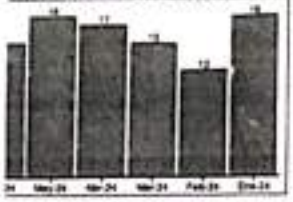
...antarillado de Pereira S.A.S. ESP
...de servicios públicos domiciliarios
...de servicios públicos
...y automotadores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre	ANA LUCIA BUITRAGO
Dirección	MZ 28 CS 7 EL REMANSO
CICLO	7
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	8-32550
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H22VA008303
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1779552
Factura de venta N°	56494519
Fecha de la factura	19-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Jun-2024 al 15-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$104,486**
Fecha límite sin recargo:	29-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-29
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	90,215
Edad	1

...onsumos últimos 6 meses M³



Promedio mensual M³
16

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados $4,138

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
CREDIAGUAS(No ROT00000595)	58,866	421,992.00	8.00
MEDIDOR	7,510	60,067.61	8.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $66,376

Código QR — Paga tu factura a través de este código

...ep... Facturados

...alor Unitario	Total Periodo
$2,172.54	$39,105.72
$9,403.17	$9,403.17
	$-26,051.16
	$3.22
	$-6,911.03
	$15,548.70
	$1.75
...cueducto:	$15,552

...lor Unitario	Total Periodo
$2,573.74	$46,327.32
$5,043.76	$5,043.76
	$-20,643.64
	$2.67
	$-6,309.75
	$18,417.33
	$-35
...cantarillado	$18,420

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA (VECES AÑO) | FRECUENCIA (VECES MES) | FRECUENCIA (VECES SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)	
No Aprovechables (TRMA)	

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbana	
Rechazados	

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub. | % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56494519	1779552	19-Jul-2024

Dirección del Predio: MZ 28 CS 7 EL REMANSO

TOTAL A PAGAR	$104,486

Kit 5989

...D Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S E.S.P NIT 816.002.020-7

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

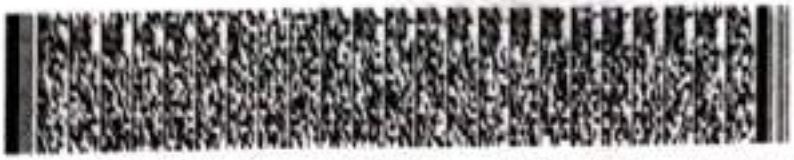
FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1998**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

24-JUN-2016 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I-2400100-00841284-F-1088349452-20160728 0080528213A 3 46190360

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.088.349.452**
RIVILLAS BUITRAGO
APELLIDOS
CINTYA TAMARA
NOMBRES

Cintya Rivillas
FIRMA



Powered by CamScanner

Fecha: 20-9-25 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0440

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luis enrique Osorio Documento de identidad: 16129772
Dirección: Villavicencio Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Chispas Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 17-12-2019 Color: Amarillo Peso: 7 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 año
Enfermedades Anteriores: A/D
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: Croquetas
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Dificultad Respiratoria

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 135 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: No Reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	A/D
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dificultad Respiratoria
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X: X
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda Rx de tórax Ventrodorsal y lateral

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 10.129.772

Apellidos
OSORIO FRANCO

Nombres
LUIS ENRIQUE



Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 AGO 1968

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
17 SEPT 1986, PEREIRA

Firma

Fecha de expiración
19 JUL 2033

.CO

026528700

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL026528700024001<<<<<<<<<<<
6808253M3307191COL10129772<<<4
OSORIO<FRANCO<<LUIS<ENRIQUE<<<

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

NIT. 816.002.020-7

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Nuir: 1-66001000-2

Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

TORO OROZCO LUIS-FERNANDO

Dirección: CL 7 # 8- 21 VILLAVICENCIO ALTOS DERECHA

CICLO	1	ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	4-57700	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1415MMRSA57879AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	28027
Factura de venta Nº	56771989
Fecha de la factura	13-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	10-Ago-2024 al 10-Sep-2024

TOTAL A PAGAR: $58,190

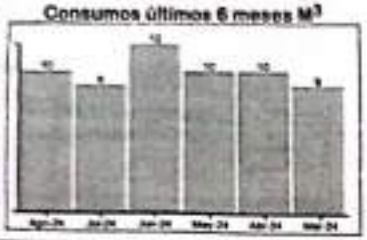
Fecha límite sin recargo:	23-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-20
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	54,050

Edad: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	982
LECTURA ANTERIOR:	971
CONSUMO M³:	11

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	10

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	11	$2,172.54	$23,897.94
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-4,229.24
Consumo Periodo			$29,071.87
Ajuste a la Decena			$-1.87

Subtotal Acueducto: $29,070

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	11	$2,573.74	$28,311.14
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,236.07
Consumo Periodo			$29,118.82
Ajuste a la Decena			$1.18

Subtotal Alcantarillado $29,120

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA (VECES AÑO) | FRECUENCIA (VECES MES) | FRECUENCIA (VECES SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Recreativos

Componentes Tarifarios

Último pago | % Sub. | % Cont.

Unidades Independientes | UH | UNR

TBI	TBT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

Fecha: 20/04/24 | No. Historia Clínica: 0441

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Claudia Jimenez Documento de Identidad: 42130122
Dirección: cra 13 1-86 - Gestiones colluya Teléfono: 3217293882
Correo Electrónico: claudiaj35@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: martina Sexo: M x F ___ Raza: criolla Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: miel Peso: 13.6

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 mes (canidil)
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sextuple 2024
Enfermedades Anteriores: Fiebre de garrapatas
Tratamientos: no ninguno
Evolución: no ninguno
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado x
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"no come bien hace mucho, pepa con parejo"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 76 /lpm Temperatura: 38.4 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: R Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	AN
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelático	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se realiza limpieza en los oídos por periodontitis

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se realiza limpieza en los oidos con otidem

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

Afonso Hernandez
CRA 15 186 65 ESTACION VILLEGAS

Ruta 01-01-003-1780 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 16
Transformador 10126I0000 Contribución -51.67 Estrato 1
Carga Instalada (kW) 0 Grupo calidad 32 Circuito 0049 NT 1

MATRÍCULA 378018

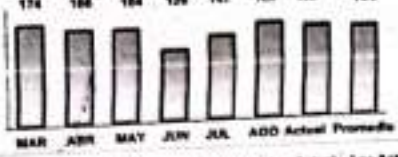
Fecha de Emisión: 10/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 18/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde: 32
Documento equivalente a la factura: 59942246

ASEO:	10,931
ALUMBRADO:	2,960
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	13,891
ENERGÍA:	78,739
TOTAL	$92,630

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo ultimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	174	154,924	30
ABR	166	131,957	31
MAY	164	151,183	30
JUN	126	117,950	30
JUL	147	122,378	31
AGO	169	141,390	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	15903608	MER	20874	20714	160	1	160	158	
Reactiva									

18/AGO/2024 - 98/SEP/2024 30
Tarifa aplicada: AGO-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-56,976	53,293
>130	30	848.2198	25,447		25,447

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo Unit.

311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	284.5494	96.2119	848.2198

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
50		48,860	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Cuota actual Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 100,268 Fecha P 28/AGO/2024
Caja En declaración Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	23
DIUu,te	34	FIUu,te	13
DIUu,n,q,m	0	FIUu,n,q,m	0
VC .00			

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ENERGÍA 78,739

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	135,715	135,715
061	Subsidio	0	-56,976	-56,976

ALUMBRADO PÚBLICO 2,960

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	2,960	2,960

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17 00 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 10,931

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 0 Barridos: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2(Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	11690	2	11680	3	11690	4	11730	5	11730	6	11490

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
966	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	7982.48
TDF:	2948.87
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	532.693
TLL:	4252.11
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res. 1
Periodo Facturado AGO/2024 Otr. Pago y Tec. 100,268 P 28/AGO/2024 Cuotas Pendientes

	Jun	Jul	Aug
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.063	.063	.063

Residuos del periodo (ton)		Información de Liquidación	
Ordinarios:	.001	Costo Fijo:	
Barrido y Limpieza:	.009	Costo Variable No Aprovechables:	185.747
Limpieza urbanos:	.001	Costo Variable Aprovechable (VBA):	11443.824
Rechazados:	0		

GERENTE

Resolución CREG 165 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204634 - SAC

energía de Pereira NIT. 816.002.059-9 www.eep.com.co

Matrícula 378018

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros: **$89,670**

Pago total factura: **$92,630**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.130.122

ROTAVISQUE BENAVIDES

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Claudia. P. Rotavisque B.

FIRMA



Powered by CamScanner

Fecha: 10/9/24 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0442

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Francie elena Garcia. Documento de identidad: 31330236.
Dirección: Santa Teresita. Cll 18 1-70 Teléfono: 3127778271
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupe. Sexo: M__ F X Raza: Mestiza Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 8 años Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 4 meses
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: No sabe.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: C Higado pollo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Orina con Sangre inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 56 /rpm F. Cardiaca: 160 /lpm Temperatura: 38.3 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 Seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: palidas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N.

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N.

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Enfermedad periodontal gingivitis.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se envio formula medica y se requieren examenes para el lunes

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	93	Inyectable	SC.	

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

PEREZ OSORIO ROSA ADELA
CLL 18 1 70 SANTA TERESITA

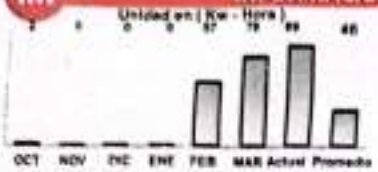
Ruta 01-01-002-3850 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 1
Transformador 10013C0000 Contribución Subsidio -15.00 Estrato 3
Carga contratada (kW) 0 Grupo calificación 12 Circuito 0042 NIT 1

MATRÍCULA 669614

Fecha de Emisión: 20/ABR/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 08/MAY/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 58801165

ASEO:	33,476
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	43,586
ENERGÍA:	69,250
TOTAL	$112,836

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
OCT	2	1,756	30
NOV	0	0	31
DIC	0	0	31
ENE	0	0	30
FEB	97	93,462	30
MAR	79	70,339	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	99411	HXE	26037	25948	89	1	89	46	
Reactiva									

Periodo facturado: 28/MAR/2024 - 27/ABR/2024 Días facturados: 31 Observación:
Var: 915.4028 Tarifa a partir de: MAR-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	89	915.4028	81,471	-12,221	69,250

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo unitario						
392.5419	57.4334	68.7417	7.0146	293.4839	96.1873	915.4028

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 FIUG[,n,q 15
DIUu,te 3 FIUu,te 10
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 186,864 Fecha P 08/ABR/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 69,250

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	81,471	81,471
501	Subsidio	0	-12,221	-12,221

ALUMBRADO PÚBLICO 10,110

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	10,110	10,110

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit. 891.480.035-3
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 33,476

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 6 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	30530	2	30160	3	30140	4	30140	5	30270	6	33480

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,388	24,388
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,763	13,763
999	Subsidio Aseo	0	-4,870	-4,870

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9600.91
TDF:	3433.388
TC:	3844.35
TA:	194.764
TFL:	728.324
TLU:	4363.4
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res: 1 Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado MAR/2024 Ult. Pago y Fec. 186,864 P 08/ABR/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jan	Feb	Mar
Aprovechables (TRA):	.002	.002	.001
No aprovechables (TRNA):	.065	.065	.072

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .036
Limpieza urbanos: .001
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA): 13762.615

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 669614

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Público: $102,726

Pago total factura: $112,836

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 31.330.236
GARCIA GOMEZ
APELLIDOS
FRANCIE ELENA
NOMBRES
francy Garcia Gomez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1976
TORO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUL-1995 TORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-3110000-01265592-F-0031330236-20220315 007B480121A 1 8503729176

Powered by CamScanner