Fecha: 23/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0345

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mar (pdp) ROMIRE Documento de identidad: 42094627
Dirección: Cll 7 E A 15 B-33 NICO Teléfono: 3136439829
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: DOC KO Sexo: M X F ___ Raza: Canino Especie: Mozhuc
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: 14

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Ayer lo mordieron unos perros

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso FCL Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: R I H IM 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. 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 evidencia herida por mordedura en zona perineal

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

Herida por mordedura

OBSERVACIONES

Se le realiza manejo de herida

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meftibic	1,9 ml		SC	
Melexicom	0,2 ml		SC	

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MACHADO RAMIREZ BLANCA RUBY
CLL 28 # 15 B- 33 SAN NICOLAS

Ruta: 01-01-011-7725 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 6
Transformador: 10065J0000 Contribución: Subsidio: -15.00 Estrato: 3
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0025 NT: 1

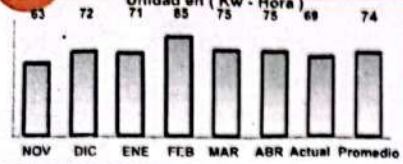
MATRÍCULA >>> 288944

Fecha de Emisión: 14/MAY/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 22/MAY/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 58907867

ASEO:	103,563
ALUMBRADO:	1,771,100
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	1,874,663
ENERGÍA:	75,295
TOTAL	$1,949,958

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
NOV	63	61,169	31
DIC	72	64,111	31
ENE	71	64,654	31
FEB	85	75,250	29
MAR	75	66,778	31
ABR	75	68,655	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	13885655	HIK	1846	1777	69	1	69	74	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/ABR/2024 - 11/MAY/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 921.8446 Tarifa a mes de: ABR-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

ALUMBRADO PÚBLICO 1,771,100

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	776,860	776,860
315	Interes Alumbrado Pereira	994,240	994,240

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	69	921.8446	63,607	-9,541	54,066

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
398.7227	54.2668	70.1487	7.0481	297.0457	94.6126	921.8446

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

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,077 Int. financiación

ASEO 103,563

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

Frecuencia (vec/sem): 2 No aprovechables: 0 - Aprovechables: 2 - Barrido:
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	2	3	4	5	6
30180	30180	30180	30270	33600	33600

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
833	Cuota Aseo	0	56,308	56,308
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,387	24,387
845	Recargo Mora	0	1	1
846	Interes Finan	0	13,779	13,779
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
	Otros conceptos	0	8,893	8,893

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9600.91
TDF:	3433.386
TC:	3844.95
TA:	194.764
TTL:	728.319
TLU:	4362.58
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 2,661,453 Unidades Independientes Res:1 Cortes Pendientes 2
Periodo Facturado ABR/2024 Ult. Pago y Fec. 183,206 A 23/ABR/2024

	Feb	Mar	Apr
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.002	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.065	.072	.072

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

Información de Liquidación
Costo Fijo: 194.764
Costo Variable No Aprovechable: 13762.61
Costo Variable Aprovechable (VBA):
GERENTE

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente
Cuota Medidor	75,800	21,555	9 al 1.00% interes
Cuota Obra	513,807	146,143	9 al 1.00% interes
Cuota Material	49,103	13,969	9 al 1.00% interes

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 — FIUGj,n,q 15
DIUu,te 6 — FIUu,te 8
DIUu,n,q,m 4 — FIUu,n,q,m 2
VC .00

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

Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02 -Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012220 del 26/12/2022. Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira segun acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 183,206 Fecha A 23/ABR/2024
Otros 821,338
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 75,295

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	63,607	63,607
561	Subsidio	0	-9,541	-9,541
581	Intereses Mes	0	13	13
675	Cuota Medidor Eep	0	2,280	2,280
679	Cuota Obra	0	15,451	15,451
723	Intereses Mat Dimer	0	154	154
724	Intereses Medidores Dimer	0	238	238
722	Intereses Finan.Dimer	0	1,616	1,616
726	Cuota Material Eept	0	1,477	1,477

EEPEHOLGUINR4SRVO

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Powered by CamScanner

DATOS TECNICOS

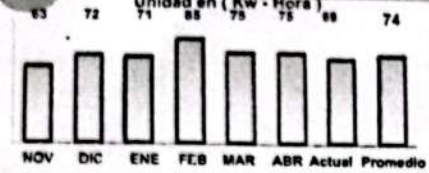
MACHADO RAMIREZ BLANCA RUBY
CLL 28 # 15 B- 33 SAN NICOLAS

Ruta: **01-01-011-7725** Municipio: **1 PEREIRA** Servicio: **Residencial** Ciclo: **6**
Transformador: **10065J0000** Contribución: Subsidio: **-15.00** Estrato: **3**
Carga contratada (KW): **0** Grupo calidad: **12** Circuito: **0025** NT: **1**

MATRÍCULA **288944**
Fecha de Emisión: **14/MAY/2024**
Facturas Vencidas: **0**
Tengo plazo para pagar hasta: **22/MAY/2024**
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: **58907867**

ASEO:	103,563
ALUMBRADO:	1,771,100
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	1,874,663
ENERGÍA:	75,295
TOTAL	$1,949,958

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Dias facturados
NOV	63	61,169	31
DIC	72	64,111	31
ENE	71	64,654	31
FEB	85	75,250	29
MAR	75	66,778	31
ABR	75	68,655	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	13885655	HIK	1846	1777	69	1	69	74	
Reactiva									

Periodo facturado: **12/ABR/2024 - 11/MAY/2024** Dias facturados: **30** Observación:
Valor: **921.8446** Tarifa a mes de: **ABR-2024** Tipo de lectura: **CLT Consumo Lectura Tomada**

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	69	921.8446	63,607	-9,541	54,066

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(Pr) Perdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(CU) Costo kWh
398.7227	54.2668	70.1487	7.0481	297.0457	94.6126	921.8446

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
Cuota Medidor	75,800	21,555	9 al 1.00% interes
Cuota Obra	513,807	146,143	9 al 1.00% interes
Cuota Material	49,103	13,969	9 al 1.00% interes

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 6 FIUu,te 8
DIUu,n,q,m 4 FIUu,n,q,m 2
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P
Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0047 de 26/01/02
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira **183,206** Fecha **A 23/ABR/2024**
821,338
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 75,295

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	63,607	63,607
561	Subsidio	0	-9,541	-9,541
581	Intereses Mes	0	13	13
675	Cuota Medidor Eep	0	2,280	2,280
679	Cuota Obra	0	15,451	15,451
723	Intereses Mat Dimer	0	154	154
724	Intereses Medidores Dimer	0	238	238
722	Intereses Finan Dimer	0	1,616	1,616
726	Cuota Material Eept	0	1,477	1,477

ALUMBRADO PÚBLICO 1,771,100

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	776,860	776,860
315	Interes Alumbrado Pereira	994,240	994,240

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2003
Oficina de atención al ciudadano: CRA 18 17-68 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 103,563

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

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

Tarifa últimos 6 meses

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
833	Cuota Aseo	0	56,308	56,308
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,387	24,387
845	Recargo Mora	0	1	1
846	Interes Finan	0	13,779	13,779
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
	Otros conceptos	0	8,893	8,893

Componentes Tarifar

TBL:	16179.77
TRT:	9600.91
TDF:	3433.386
TC:	3844.95
TA:	194.764
TTL:	728.318
TLU:	4362.58
% SUB/CON:	-12.70

Valor Financiado 2,661,453 Unidades Independientes: Res:1 Cobros Pendien
Periodo Facturado ABR/2024 Ult. Pago y Fec. 183,206 A 23/ABR/2024

	Feb	Mar	A
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.002	.001	.0
No aprovechables (TRNA):	.065	.072	.0

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

Información de Liquidación
Costo Fijo: 194.7
Costo Variable No Aprovechable: 13762
Costo Variable Aprovechable (VBA):

GERE

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

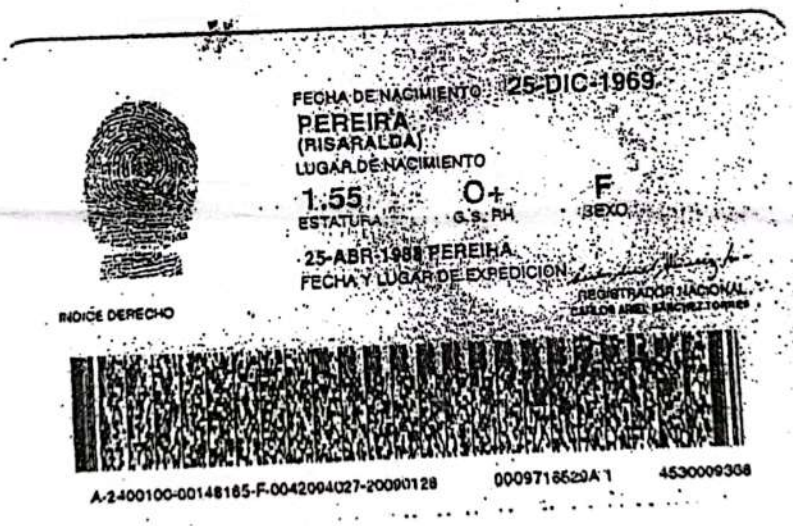
Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.094.027
RAMIREZ MAGHADO
APELLIDOS
MERCEDES DEL PILAR
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1969
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ABR-1988 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00148165-F-0042094027-20090128 0009716529A 1 4530009308

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.094.027

RAMIREZ MACHADO

APELLIDOS

MERCEDES DEL PILAR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1969

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-ABR-1988 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2400100-00146165-F-0042004027-20000128 0009716520A 1 4530009368

Powered by CamScanner

Fecha: 23/09.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0576

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Liz Mosquera Documento de identidad: 24216247
Dirección: Barrio bajo manga Teléfono: 3204796221
Correo Electrónico: N/A calle 7-3.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna. Sexo: M__ F X Raza: Pitbull Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 4 años. Color: blanco Peso:____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NO VIGENTE
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NO VIGENTE.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: concentrado HUTA can.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: 3/09/24.

MOTIVO DE CONSULTA

control general.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 92. /lpm Temperatura: 38.6 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2s Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: PHM. 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	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: durante la auscultacion se evidencian estertores en pulmon izquierdo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Bronquitis
2. Neumonia
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 se medica con amoxicilina a 12 mg/kg y se programa control a 8 días

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5550

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 23/09/2024

Ficha: 660011641077200029202

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ADRIANA

Apellidos: MOSQUERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24716247

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/08/2024

Última actualización ciudadano: 08/08/2024

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.716.247
MOSQUERA
APELLIDOS
LUZ ADRIANA
NOMBRES

Luz Adriana Mosquera
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1981
PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-SEP-2000 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0804000-00687701-F-0024716247-20170306 0054122813A 1 48763376

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Diego Steven Soto identificado con cédula de ciudadanía número 1054544718 de Dorada caldas en calidad de tutor de _____, de especie _____, raza _____ e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el_____ de _____ del 20_____

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 1054544718

Powered by CamScanner

Fecha: 23-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0577

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Olga lucia Garcia Documento de identidad: 42124316
Dirección: CR24-22-47 Teléfono: 3117413452
Correo Electrónico: olgaluciagarcia0@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tomas Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 17 Años Color: cafe Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 5 Años
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: No tiene
Enfermedades Anteriores: Ninguna
Tratamientos: —
Evolución: —
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

No quiere comer, No quiere andar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38 0 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	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	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: condicion corporal A/lo, Dolor cervical, Micciones por desbordamiento

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Cuadriplegia
2. Dolor cervical
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Discopatia cervical
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 envía formula con previcox y se recomienda control en 7 días.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Tramadol	3mg/kg	Inyectología	SC	SID
Meloxic	0.2mg/kg	Inyectología	SC	SID

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3497

Powered by CamScanner

...ALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

MONTOYA DE MUÑOZ OLGA
CRA 24 22 47 INTERIOR LA FLORIDA (BOSTON)

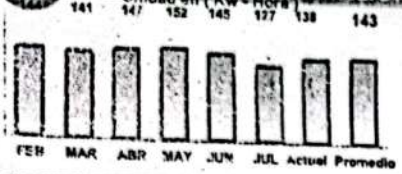
Ruta: 01-01-019-4629 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 6
Transformador: 10051O0000 Contribución: % Subsidio: -51.09 Estrato: 1
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0015 NT: 1

MATRÍCULA 2049646
Fecha de emisión: 13/AGO/2024
Fecha de vencimiento: 0
Fecha límite para pago oportuno: 22/AGO/2024
Medidor: Fecha de retiro:
Periodo para pago oportuno: 59697886

ASEO:	11,494
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,894
ENERGÍA:	59,893
TOTAL	$74,787

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	144	127,482	29
MAR	141	125,542	31
ABR	147	134,564	30
MAY	152	140,120	30
JUN	145	135,747	31
JUL	127	105,728	10

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11119070	MER	12354	12216	138	1	138	143	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/JUL/2024 - 11/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de factur: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-55,546	53,185
>130	8	836.3899	6,691		6.691

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
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
DIUu,te 6 FIUu,te 10
DIUu,n,a,m 0 FIUu,n,a,m 1
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 66,892 Fecha P 25/JUL/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 59,893

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	115,422	115,422
561	Subsidio	0	-55,546	-55,546
581	Intereses Mes	0	17	17

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3400

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 037 del 2000 Nit:
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 11,494

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	2	3	4	5	6
10610	11690	11690	11690	11730	11730

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	12,706
939	Cargo Variable	0	12,511	
999	Subsidio Aseo	0	-25,823	-25,823

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	8819.46
TDF:	3123.641
TC:	3967.00
TA:	194.764
TTL:	658.125
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-69.27%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res: 1 Cuotas Pendientes 1
Periodo Facturado JUL/2024 Últ. Pago y Fec. 66.892 P 25/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
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:	.006	Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Limpieza urbanos:	.001	Costo Variable Aprovechable (VBA):	12611.23
Rechazados:	0		

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

identificado con
en calidad de tutor de
e historia clínica
estado de no vacunación de
Thomas puede a
mbiente, como parte de la
triage, esterilización,
ios y demás





azg

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Olga Lucia Arcila identificado con cédula de ciudadanía número 42124316 de Pereira en calidad de tutor de thomas, de especie canino, raza Mestizo e historia clínica número 0577, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Thomas puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 23 de septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Olga Lucia Arcila

Propietario/acudiente

CC: 42124316 P.

Powered by CamScanner

Fecha: 23/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 057 9

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Yuliana Londoño Documento de Identidad: 1088278763
Dirección: Mz B Cs 23 Portal Mercadel Teléfono: 3213843695
Correo Electrónico: leidysanti262@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dulce. Sexo: M___ F X Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2019 Color: Blanco-gris Peso: 3.8kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Julio 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 19/09/24 Fabia.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado (QuidaCat)
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Desparacutación y revisión de hernia abdominal

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 160 /lpm Temperatura: 38. °C
Pulso: _____ 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	N
4. Ojos	A/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 encuentra en rangos normales de las constantes fisiologicas.

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 encuentran las constantes fisiológicas en rangos normales, se remite a cirugía con doctor Luis Carlos Jaramillo para corrección de hernia, se le suministran 0,4 ml de Tranex

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Tranex	0,4ml		VO	UD.
				-

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.278.763
LOAIZA CASTRILLON

APELLIDOS
LEIDY YULIANA

NOMBRES

LEIDY YULIANA LOAIZA CASTRILLON

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1990
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-MAY-2008 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2400100-00434198-F-1088278763-20130507 0032896669A 1 39292278

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

ANA JESUS POSADA ECHEVERRI
MNZ B CS 23 PS 2 PORTAL DE LAS MERCEDES

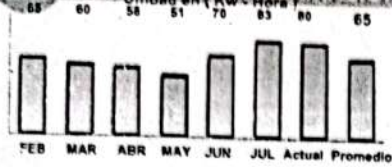
Ruta 01-01-017-5740 | Municipio: 1 PEREIRA | Servicio: Residencial | Clase: 11
Transformador: 1011460000 | Contribución: | Subsidio: -38.86 | Estrato: 2
Carga contratada (KW): 2 | Grupo calidad: 12 | Circuito: 0046 | NIT: 1

MATRÍCULA **1483874**

Fecha de Emisión:	17/AGO/2024
Facturas Vencidas:	0
Tengo plazo para pagar hasta:	27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:	
Documento equivalente a la factura:	59791301

ASEO:	23,607
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,557
ENERGÍA:	40,937
TOTAL	$69,494

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	65	57,544	30
MAR	60	53,422	31
ABR	58	53,093	30
MAY	51	47,014	30
JUN	70	65,533	31
JUL	83	69,098	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1173841	MXT	5310	5230	80	1	80	65	
Reactiva									

Período facturado: 18/JUL/2024 - 16/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 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	80	836.3899	66,911	-26,000	40,911

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(PR) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(Cu) Costo kWh
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
DIUu,te 5	FIUu,te 5
DIUu,n,q,m 0	FIUu,n,q,m 0
VC .00	

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P
Sellos autorretenedores según Res. DIAN No. 0347 de 20.01.22 – Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012205 del 28/12/2022 Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 134,728 Fecha P 29/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 40,937

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	66,911	66,911
561	Subsidio	0	-26,000	-26,000
581	Intereses Mes	0	26	26

ESPONDIENTE SUBSIDIO

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,607

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-ES

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
21050	23280	23280	23280	23370	23370

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	2	195
858	C V Aprovechamiento	0	195	
939	Cargo Variable	0	13,614	13,614

Componentes
TBL: 16179.77
TRT: 9520.81
TDF: 3372.04
TC: [illegible]
TA: 194.764
TTL: 721.256
TLU: 4332.97
% SUB/CON: -38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Resi
Período Facturado JUL/2024 Últ. Pago y Fec. 134,728 P 29/JUL/20

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
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): 13614.194

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula
1483874

(415)7709998015692 (8020)3280 1483874 2 (3902)0000003369484 (96)20240827

(415)7709998015692 (8020)3280 1483874 2 (3902)0000003369484 (96)20240827

VALOR A

Pago SIN AP y Terceros

Pago total factura

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

N

Datos del Suscriptor

Nombre: POSADA BERNAL SULAY

Dirección: MZ B CS 23 PS 2 PORTAL DE LAS MERCEDES

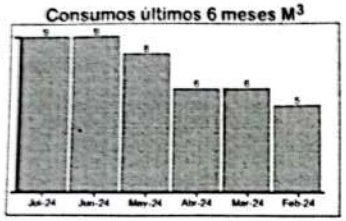
CICLO	10	ESTRATO	BAJO
RUTA	2-66100	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P2115MMRAL147944AA	Diámetro	1/2 P

MATRICULA	1483874
Factura de venta N°	56704096
Fecha de la factura	26-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	19-Jul-2024 al 18-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$73,630**
Fecha límite sin recargo:	03-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	04-Sep-2024
Fecha último pago:	2024-07-05
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	67,760
Edad	2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	140
LECTURA ANTERIOR:	130
CONSUMO M³:	10

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	7

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

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tú factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	10	$2,172.54	$21,725.40
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-38.4%)			$-11,953.37
Recargos Mes			$133.78
Consumo Periodo			$19,175.20
Ajuste a la Decena			$1.03
Saldo Fact. Anteriores			$17,850.00
Subtotal Acueducto:			$37,160

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	10	$2,573.74	$25,737.40
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-11,819.96
Recargos Mes			$130.29
Consumo Periodo			$18,959.71
Ajuste a la Decena			$-1.48
Saldo Fact. Anteriores			$17,380.00
			$36,470

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

Componentes Tarifarios

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbanos	
Rechazados	

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

Fecha: 23/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0580

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Yuliana Loaiza Documento de Identidad: 1088248763
Dirección: Mz B Cs 23 Piso 2 Portal Norte Teléfono: 3213893695
Correo Electrónico: leidysanti262@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mucaba Sexo: M___ F X Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 14 febrero 2022 Color: Blanco-negro Peso: 3.2kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): Julio 2023
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 19/09/24 - Rabia
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado (Purdgrat)
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Desparasitacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 165 /lpm Temperatura: 38 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg. Ganglios Linfáticos: Normales.
Mucosas: R. H. B 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

Se encuentra con constantes en los rangos normales.
Se le suministran 0,4ml de Cannex

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Cannex	0,4ml		V.O	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 23/04/24 | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0591.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz amparo gomez. Documento de identidad: 24849787
Dirección: Mz 103A V12 Bucaral Teléfono: 3003403233.
Correo Electrónico: No aplica

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Vilp Sexo: M___ F___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: blanco negro Peso: ____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente dolor y no toca la WATA.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39.3 °C
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: ____
Mucosas: RHS. 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. 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: Dificultad para depositar, constipado, aparente dolor en vías urinarias bajas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Constipacion
2. Cistitis Idiopatica
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Constipacion
2. disbiosis
3. Cistitis Idiopatica felina
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 formula con laxaform: 2 cm cada 8h x 2 dia, C/12 y C/24
Se formula con Probiomune x 1 mg = 1 tableta, amoxicilina a 12mg/kg y meloxicam gatas para el dolor

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5.885

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

Datos del Suscriptor

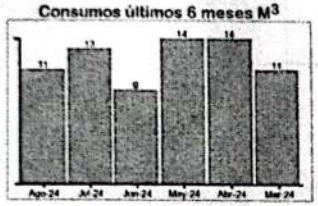
Nombre	LUZ A[illegible]ARO GOMEZ GOMEZ
Dirección	MZ 108A CS 12 GUAYABAL ALTO
CICLO	7
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	9-48024
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1915MMRAL121829AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	19623221
Factura de venta Nº	56850624
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Ago-2024 al 16-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$28,000**
Fecha límite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-09-10
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL
Valor último pago:	20,400
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	595
LECTURA ANTERIOR:	581
CONSUMO M³:	14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	12

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
ASIU	13,000		

Subtotal otros Cobros no Asociados $13,000

FIRMA GERENTE — EMPAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	14	$2,172.54	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-26,051.16
Recargos Mes			$9.20
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,911.03
Consumo Periodo			$6,856.54
Ajuste a la Decena			$4.26
Subtotal Acueducto:			$6,870

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,573.74	$36,032.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,643.64
Recargos Mes			$10.90
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$8,119.10
Ajuste a la Decena			$-3.62
Subtotal Alcantarillado:			$8,130

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
Barrida y limpieza
Limpieza urbanos
Escombros

Componentes Tarifarios

Último pago | % Sub. % Cont.

Unidades independientes | UR | UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$28,000

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7
(415)7709998952102(8020)0000005685062400100000000(390)00000(96)202400130

Matrícula No.
19623221

Kit 7395

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$15,000

EMPRESAS ALIADAS
(415)7709998952102(8020)0000005685062400200000000(390)00000015000(96)20240930

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **29.899.787**
GOMEZ GOMEZ

APELLIDOS
LUZ AMPARO

NOMBRES

Luz Amparo Gomez G.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1968**
TRUJILLO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.44 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

31-AGO-1987 TRUJILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2407800-00294757-F-0029899787-20110419 0026746030A 1 24893217

Powered by CamScanner

Fecha: 23/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0582

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: marta acevedo Documento de identidad: 1088265594
Dirección: calle 73 # 36-31 cons Teléfono: 3217048275
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: elvis Sexo: M X F ___ Raza: criollo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 7/03/24 Color: blanco Peso: ____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

tiene fracturado el miembro posterior derecho

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FCL Tiempo Llenado Capilar: 3 S Ganglios Linfáticos: NE reactivos
Mucosas: RIHIB 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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente ingresa por fractura con radiografia de MPD.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Fractura
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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.088.265.594
NUMERO



ACEVEDO OCHOA
APELLIDOS

MARTHA INES
NOMBRES

MARTH I ACEVEDO O
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1988
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

27-FEB-2007 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-54158551-F-1088265594-20070608 02008071590 02 234218401

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

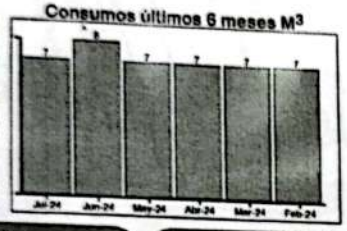
Nombre	VELEZ VELEZ MAGNOLIA-DEL-SOCORRO
Dirección	CL 73 # 36- 31 GUADALUPE
CICLO	12
ESTRATO	BAJO
RUTA	1-105950
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1715MMRSA98584AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1005560
Factura de venta N°	5674328
Fecha de la factura	28-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	21-Jul-2024 al 20-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$32,290**
Fecha límite sin recargo:	05-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-02
Lugar último pago:	COLPATRIA
Valor último pago:	61,890
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	836
LECTURA ANTERIOR:	828
CONSUMO M³:	8

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	7

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

Pague su factura a través de este código

FIRMA GERENTE

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 Acue.(-38.4%)			$-10,284.86
Consumo Periodo			$16,498.63
Ajuste a la Decena			$1.37
Subtotal Acueducto:			$16,500

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	8	$2,573.74	$20,589.92
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-9,843.33
Consumo Periodo			$15,790.00
Ajuste a la Decena			$-.34
Subtotal Alcantarillado			$15,790

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
Recolección

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

FBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudado

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:	TOTAL A PAGAR
5674328	1005560	28-Ago-2024	$32,290

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo marta acevedo identificado con cédula de ciudadanía número 1088265594 de pereira en calidad de tutor de elvis, de especie felino, raza mestizo e historia clínica número 0562, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, elvis puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 23 de septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Martha I Acevedo O.

Propietario/acudiente

CC: 1088265594

Powered by CamScanner

Fecha: 23-09-24

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0583

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paula andrea urrutia
Dirección: M13 Casa 31 invasión la cosecha Documento de identidad: 42163 957
Teléfono: 3203365886
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Paca
Fecha de Nacimiento: 6 años Sexo: M ___ F X Raza: Criolla Especie: Ovino
Color: Blanca, amarillo Peso: 11.4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): ___
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace 1 año
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: Croquetas,
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa por posible obstrucción urinaria
Paciente ingresa por dolor en las vertebras toraxras y artritis degenerativa

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.7 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
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. 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	A/N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.163.957
ORJUELA

APELLIDOS
PAOLA ANDREA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1985
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-OCT-2003 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00295617-F-0042163957-20110425 0026775529A 1 4531303018

Powered by CamScanner

*** COPIA ***

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

LOS USUARIOS
COM 1- comunidad el dorado 1-fte mz 12 comuna

Ruta: 01-01-013-5361 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 30
Transformador: 1007910000 % Contribución: % Subsidio: -56.21 Estrato: 1
Carga contratada (KW): 2 Grupo calidad: 12 Circuito: 0046 NT: 1

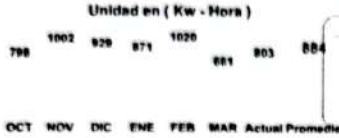
MATRÍCULA >>> 1475284

Fecha de Emisión: 12/ABR/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 22/ABR/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 58663058

ASEO:	202,191
ALUMBRADO:	454,410
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	656,601
ENERGÍA:	357,733
TOTAL	$1,014,334

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
OCT	798	700,545	31
NOV	1002	972,872	31
DIC	929	827,212	30
ENE	871	793,151	31
FEB	1020	903,000	30
MAR	681	606,340	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677028223	CHI	6218	5415	803	1	803	884	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/MAR/2024 - 11/ABR/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 915.4028 Tarifa a mes de: MAR-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

ALUMBRADO PÚBLICO 454,410

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	0	236,258	236,258
315	Interes Alumbrado Pereira	0	218,152	218,152

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	915.4028	119,002	-413,170	-294,168
>130	673	915.4028	616,066		616,066

ASEO 202,191

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-1

Tarifa últimos 6 meses

1	10700	2	10570	3	10570	4	10570	5	10610	6	11690

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	131,727	24,388	156,115
858	C V Aprovechamiento	1,257	195	1,452
922	Aseo Pereira	1,740	348	2,088
939	Cargo Variable	55,749	12,234	67,983
999	Subsidio Aseo	0	-25,477	-25,477

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	8534.41
TDF:	3051.998
TC:	3844.95
TA:	194.764
TTL:	647.42
TLU:	4363.4
% SUB/CON:	40.39%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Reac: Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado MAR/2024 Ult. Pago y Fec.

Cantidad de Residuos (ton)	Jan	Feb	Mar
Aprovechables (TRA):	.002	.002	.001
No aprovechables (TRNA):	.057	.057	.063

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	194.764
Costo Variable No Aprovechable:	
Costo Variable Aprovechable (VBA):	12233.832

GERENTE

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
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
Cuota Eep	997,644	954,159	19 al 1.42% interés

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 22 FIUGJ,n,q 15
DIUu,te 8 FIUu,te 12
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,n0
VC 00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 370,000 Fecha CS7 27/MAR/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 357,733

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	735,068	735,068
561	Subsidio	0	-413,170	-413,170
704	Cuota Eep	0	43,485	43,485
715	Cuota Cons No Factu	-723	0	-723
720	Intereses Financiaci	-21,094	14,167	-6,927

M13 C31 Invasión la cañada
Dorado I

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Total Otras Empresas

energía DE PEREIRA
NIT. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matricula 1475284

Escanea y paga tu factura por PSE





VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Publico $559,924

Pago total factura $1,014,334

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR

1764

"LEGÓN, le informa que los canales de contacto son: Teléfono Celular, SMS, Correo Electrónico, oficina física y WhatsApp, usted vuenta con 10 días calendario para informarnos que canal desea utilizar, en caso de no contestarnos en el término establecido, entenderemos autorizados todos los canales mencionados; igualmente le informamos que utilizaremos los canales digitales para enviar el cobro del servicio" (art. 2 ley 2300/23)

LEGÓN

Tu mundo de fantasía

PAOLA ANDREA ORJUELA
OCCS-DORADO ETAPA 1
MZ 13 CS 31
Referente de pago 6082747736

Gracias por su pago oportuno

VALOR POR PAGAR $ 70,000

SUSCRIPTOR
PAOLA ANDREA ORJUELA
MZ 13 CS 31
OCCS-DORADO ETAPA 1

INFORMACION TARIFARIA

Servicio Combo TV • @
Saldo Anterior
Mensualidad 2024-10 70,000

SOLICITE COBRO A DOMICILIO SIN NINGUN COSTO

pqr@legoncomunicaciones.com

CallCenter: Tels: 3402119

CALLCENTER

Combotizate con nuestra Telefonia Móvil para mas información
www.LEGONTELECOMUNICACIONES.com y/o Oficinas

Si usted cancelo despues de la fecha limite, descuente dicho pago de este saldo

OFICINA
INGRESE SOLO SU REFERENTE DE PAGO

Pereira Dir: Cra 26 # 68A-29 Local 2 Cuba Telf: 3318230 - 3318229

VALOR POR PAGAR $ 70,000

CONVENIOS DE PAGO

www.legontelecomunicaciones.com

CONVENIO # 7525

efecty Red Aval

FECHA DE VENCIMIENTO
2024 - 10 16

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Pada. Andrea Ojuela identificado con cédula de ciudadanía número 42163957 de pereira en calidad de tutor de Pacca., de especie canino, raza criolla. e historia clínica número 0583, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 23. de 09. del 2024.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 42163957

Powered by CamScanner

Fecha: 23/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0584

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angel David Carmona Documento de identidad: 1004683063.
Dirección: M29 CS 4 Piso 2. Teléfono: 3171685693 8.
Correo Electrónico: Carmonarendon angel david@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kathy Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Gris Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 29 Junio. 2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 29 Junio 2024
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución: _____
Alimentación: Mixringo → cambio a Agility gold.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene los ojos raros"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 68. /rpm F. Cardiaca: 144. /lpm Temperatura: 39. 0C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: reactivos
Mucosas: Pálidas 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. 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: Prolapso tercer parpado.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Prolapso tercer párpado.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
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

Plaquetas 217 (rango 200k-500).

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Infección de tipo bacteriana.

OBSERVACIONES

Se recomienda manejo en casa Nicklan.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefania MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.683.063**

CARMONA RENDON

APELLIDOS

ANGEL DAVID

NOMBRES

Angel Carmona

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-2002**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-JUN-2020 QUINCHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2407800-01144247-M-1004683063-20200703 **0071**117824A 1 53612160

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 publicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Nombre: DIEGO ALEJANDRO GRISALES GALEANO

Dirección: MZ B CS 4 PS 2 LA IDALIA

CICLO	9	ESTRATO	BAJO
RUTA	6-33230	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1915MMRAL115539AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	19620167
Factura de venta N°	56521529
Fecha de la factura	23-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	17-Jun-2024 al 17-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	$29,360
Fecha límite sin recargo:	31-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-02
Lugar último pago:	PSEACH QR
Valor último pago:	56,050
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 (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

FIRMA GERENTE

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

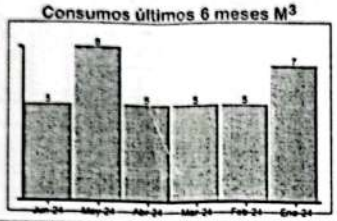
Codigo QR

Pague su factura a través de pasos seguros

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 598
LECTURA ANTERIOR: 591
CONSUMO M3: 7

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 6

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			$-9,450.91
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

Uso Aseo:
Tot. %:

CONCEPTO	DEVOLUCIONES	MULTA MES	TOTAL

TOTAL ASEO:

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

FACTURACIÓN MES ANT.: | RECAUDOS MES ACT.: | FACTURACIÓN MES ACTUAL:

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)
No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

Componentes Tarifarios

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios
Barrido y limpieza
Limpieza urbanos
Rechazados

Último pago:
% Sub. % Cont.:

Unidades Independientes	UR	UNR

TSL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

(415)7709998952102(8020)0000000652152900100000000(3900)0000029360(96)20240731

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56521529	19620167	23-Jul-2024

Dirección del Predio: MZ B CS 4 PS 2 LA IDALIA

TOTAL A PAGAR: $29,360

Kit 8359

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

Envía foto documento por wpp

Fecha: 23/09/2024 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0585.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sandra Milena Badoya Documento de identidad: 1088347380
Dirección: Mz. 8 Cs 26 Intermedio Villa Solara Teléfono: 3197956410
Correo Electrónico: sandrabadoya1998@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pacho Sexo: M X F ___ Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 03/2018 Color: Gris atigrado Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No sabe
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): Al día (No recuerda fecha).
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado (Ohmigat), higados, sobres alimento húmedo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Viene con una hernia, diagnosticada en otro lugar, le mandaron ecografía y cirugía, tiene dificultad respiratoria.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Disnea /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: 38.3 oC
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 3 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	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	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. Dificultad respiratoria
2. Inapetencia
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

Posible hernia diafragmática, se recomienda ecografía T-FAST

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

...NTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BEDOYA OCAMPO HECTOR DE JESUS
URB MZ 8 CS 26 VILLA SANTANA INTERMEDIO

Ruta: 01-01-018-1800 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 3
Transformador: 10209V0000 % Contribución: % Subsidio: -51.09 Estrato: 1
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0013 NT: 1

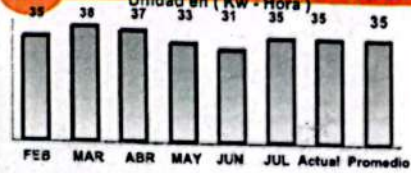
MATRÍCULA >>> 18325

Fecha de Emisión: 29/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 09/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59876082

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,005
ENERGÍA:	14,319
TOTAL	$41,324

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	35	30,985	30
MAR	38	33,834	31
ABR	37	33,870	30
MAY	33	30,421	30
JUN	31	29,022	30
JUL	35	29,138	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en Investigación
Activa	80000387	MER	12312	12277	35	1	35	35	
Reactiva									

Periodo facturado: 30/JUL/2024 - 28/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kW 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	35	836.3899	29,274	-14,955	14,319

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
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
DIUu,te 0 FIUu,te 1
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 1
VC .00

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

Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02 - Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012220 del 26/12/2022 Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 41,071 Fecha P 02/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 14,319

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	29,274	29,274
561	Subsidio	0	-14,955	-14,955

(ESPECIALIZADO)

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,605

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	2	3	4	5	6
21050	23280	23280	23280	23370	23370

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,614	13,614
999	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.04
TC:	3967.99
TA:	194.764
TTL:	721.253
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado JUL/2024 Últ. Pago y Fec. 41,071 P 02/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
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): 13814.104

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 18325

Escanee y pague tu factura por el portal de PSE

(415)7709999015697 (8020)0000 83251 3 (3900)0000002037024 (96)20240909

(415)770 (8020)0000 83251 3 (3900)0000002041324 (96)20240909

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $37,924

Pago total factura $41,324

Powered by CamScanner

Fecha: 23/9/24. Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0586.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Daniela Ospina Documento de identidad: 1093212005.
Dirección: Salamanca T 33 A P 101 Teléfono: 3136027479
Correo Electrónico: lizethbandaquero@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lucky Sexo: M X F ___ Raza: Poodel Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 23/06/2019 Color: Blanco Peso: 9,3

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Linfoma

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	AN
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: Linfoma.

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 envia formula medica. prednisolona.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6.

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

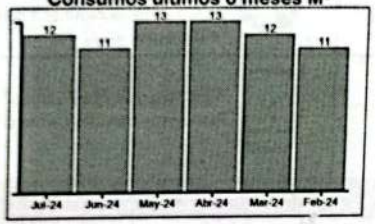
Nombre	MARTA ROSA GARCIA AMAYA
Dirección	CR 38 # 78 - 15 TORRE 3 F APTO 101 SAN JOAQUIN CIDADELA SALAMANCA MANZANA F
CICLO	10
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	7-11126
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	M313007853
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	19536299
Factura de venta Nº	56708528
Fecha de la factura	26-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	19-Jul-2024 al 18-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$16,960**
Fecha límite sin recargo:	03-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-02
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	18,520
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1316
LECTURA ANTERIOR:	1305
CONSUMO M³:	11

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mens... M³
SIN OBSERVACION	12

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

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

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.(-69.2%)			$-23,044.37
Recargos Mes			$1.00
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,911.03
Consumo Periodo			$3,345.71
Ajuste a la Decena			$3.28

Subtotal Acueducto: $3,350

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	11	$2,573.74	$28,311.14
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-23,081.59
Recargos Mes			$1.19
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$3,958.81
Ajuste a la Decena			$-4.75

Subtotal Alcantarillado $3,960

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

ASEO PLUS — FIRMA GERENTE ASEO PLUS PEREIRA

Uso Aseo	Residencial 1
TDi - M³	0.040

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
Cargo Fijo Aseo		$21,904.00	$21,904.00
Subsidio Aseo		$-21,670.00	$-21,670.00
Recargos Aseo		$7.90	$7.90
Ajuste a la Decena		$-1.90	$-1.90
Cargo Vble No Aprov		$9,232.00	$9,232.00
Cargo Vble Aprov		$178.00	$178.00
TOTAL ASEO			9,650.00

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)
Poda: 2 Lavado: 2	Corte: 1	No aprov: 2 Aprov: 0 Barrido: 2

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)	jul-24	jun-24	may-24
Aprovechables (TRA)	0.001	0.001	0.001
No Aprovechables (TRMA)	0.040	0.040	0.040

TARIFA ULTIMO MES

jul-24	9,735.00	jun-24	9,673.00
may-24	9,669.00	abr-24	9,644.00
mar-24	9,644.00	feb-24	9,656.00

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	0.051
Barrido y limpieza	0.009
Limpieza urbanos	0.001
Rechazados	

Componentes Tarifarios

Último pago	9,740	2024-08-02	
% Sub	% Cont.		-69.20
Unidades Independientes	UR	1	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA
15,146.00	6,501.00	2,250.00	481.00	4,224.00	2,534.00	178.00

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56708528	19536299	26-Ago-2024

Dirección del Predio: CR 38 # 78 - 15 TORRE 3 F APTO 101 SAN JOAQUIN CIDADELA SALAMANCA MANZANA F

TOTAL A PAGAR	$16,960

Kit 17246

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.093.212.005**
OQUENDO BARON

APELLIDOS
LIZETH DANIELA

NOMBRES

Lizeth daniela oquendo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-2003**
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-SEP-2021 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2400100-01268478-F-1093212005-20211125 0076788788A 1 8502893941

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz Gloria Cuervo identificado con cédula de ciudadanía número 25036386 de Quinchía en calidad de tutor de Pacho, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 0587, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 23 de 09 del 20 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Luz Gloria Cuervo

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 29-09-24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0587

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz Gloria Cuervo Documento de identidad: 25036386
Dirección: Paiq industrial malaga Teléfono: 3013550863
Correo Electrónico: —

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pacho Sexo: M X F ___ Raza: Criollo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: ___ Color: Negro Blan Peso: 5.7kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 5 Meses
Enfermedades Anteriores: Sarna en orejas
Tratamientos: Dexametasona
Evolución: Bien
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: — Fecha ultimo Parto: —

MOTIVO DE CONSULTA

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: 39.0 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2s Ganglios Linfáticos: No activos
Mucosas: Rosadas 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	AN
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	A/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
Tramadol	0,2	inyectable	IM	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: S1882

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre	CUERVO VELASCO LUZ-GLORIA
Dirección	MZ 4 CS 4 MALAGA
CICLO	6
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	6-142450
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P2015MMRAL133240AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1407469
Factura de venta N°	56836142
Fecha de la factura	19-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	15-Ago-2024 al 15-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	$56,670
Fecha límite sin recargo:	27-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-26
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	73,330
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	646
LECTURA ANTERIOR:	626
CONSUMO M3:	20

Consumos últimos 6 meses M3



OBSERVACIONES	Promedio mensual M3
SIN OBSERVACION	19

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
Saldo Fact. Anteriores Otros Servicios	-2,850		

Subtotal otros Cobros no Asociados

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M3	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	20	$2,172.54	$43,450.80
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-26,051.16
Consumo Periodo			$26,802.81
Ajuste a la Decena			$-2.81

Subtotal Acueducto: $26,800

ALCANTARILLADO

Descripción	M3	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	20	$2,573.74	$51,474.80
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,643.64
Consumo Periodo			$29,870.00
Ajuste a la Decena			$-4.91

Subtotal Alcantarillado $29,870

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 urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$56,670

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
1407469

Powered by CamScanner



Registro válido

Fecha de consulta: 23/09/2024

Ficha: 66001009572400000827

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ GLORIA

Apellidos: CUERVO DE VELASCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25036386

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2020

Última actualización ciudadano: 07/11/2020

Última actualización via 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

1.6.1 HISTOTIAS CLINICAS 24 DE SEPTIEMBRE 2024

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0630

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Elder Ramirez Giraldo Documento de identidad: 18.517.683
Dirección: Cll 16 - 16 santa teresita Teléfono: 3164237136
Correo Electrónico: Sofiramatap2007@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Alana Sexo: M ___ F X Raza: _____ Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 16-01-2017 Color: Blanco Café Peso: 10,6 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 8 Meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No Urgente
Enfermedades Anteriores: —
Tratamientos: —
Evolución: —
Alimentación: Pollo, zanahoria, arroz
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta General - Casi no come, sangrado por el recto arcadas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39,1 oC
Pulso: Fls Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: brillante, humedas, 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: Paciente alerta al medio, presenta movimientos de contracción del abdomen

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Sarro dental
2. arcadas
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

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5085

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 18.517.683
RAMIREZ GIRALDO

APELLIDOS
ELDER

NOMBRES
Elder Ramirez G.

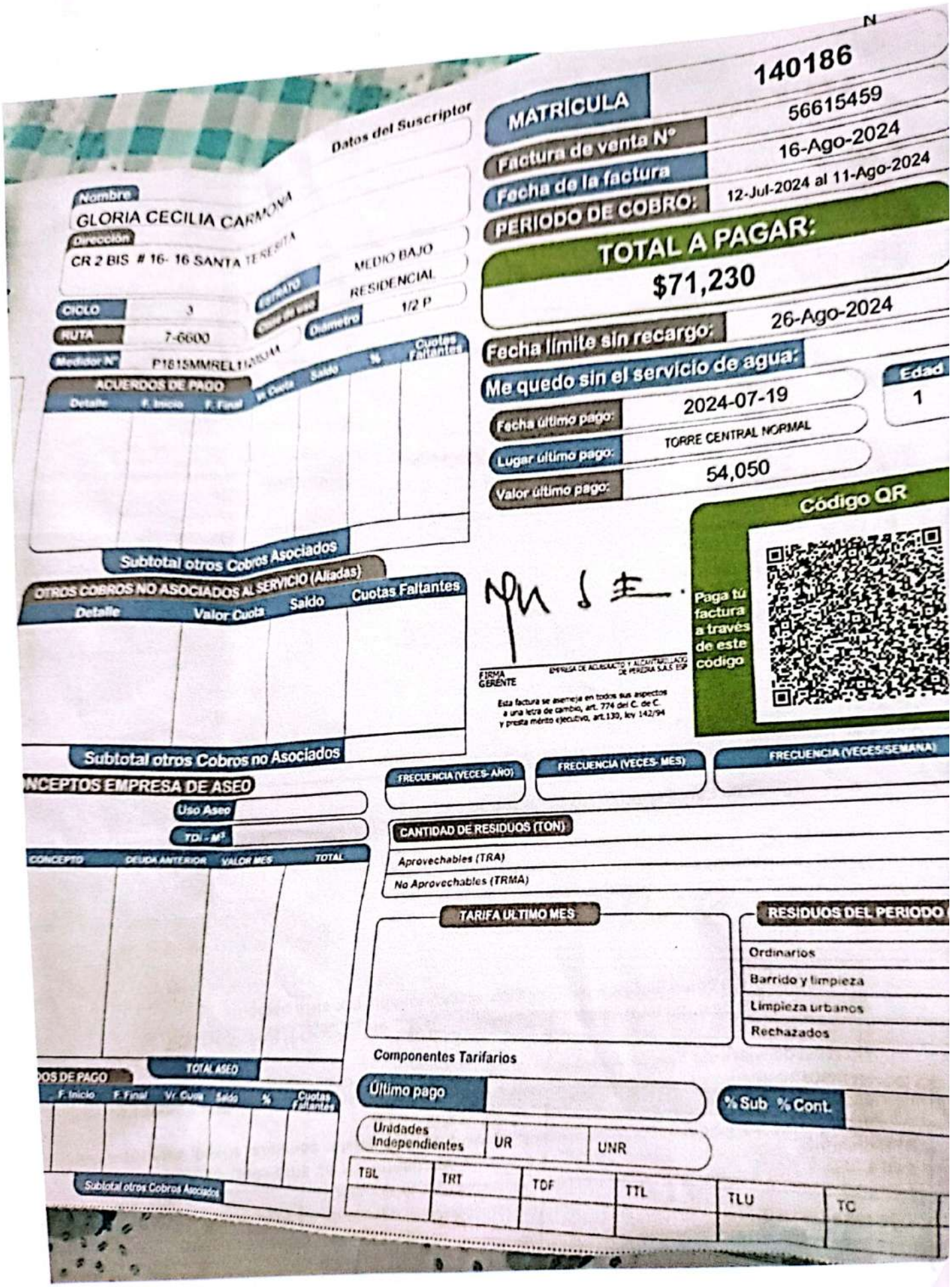
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1980
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
21-FEB-1999 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-2402500-00951172-M-0018517683-20171101 0058341935A 3 1254676871

Powered by CamScanner



Datos del Suscriptor

Nombre: GLORIA CECILIA CARMONA

Dirección: CR 2 BIS # 16- 16 SANTA TERESITA

Estrato: MEDIO BAJO

Clase de uso: RESIDENCIAL

Diámetro: 1/2 P

CICLO: 3

RUTA: 7-6600

Medidor N°: P1815MMREL1

MATRÍCULA: 140186

Factura de venta N°: 56615459

Fecha de la factura: 16-Ago-2024

PERIODO DE COBRO: 12-Jul-2024 al 11-Ago-2024

TOTAL A PAGAR: $71,230

Fecha límite sin recargo: 26-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Edad: 1

Fecha último pago: 2024-07-19

Lugar último pago: TORRE CENTRAL NORMAL

Valor último pago: 54,050

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

FIRMA GERENTE

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

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tú 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 (TRMA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Elder Ramirez identificado con cédula de ciudadanía número 18.517.683 de Pereira en calidad de tutor de _____, de especie canino, raza _____ e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Elder Ramirez

Propietario/acudiente

CC: (85176 8)

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 06301

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yuli Santa Documento de identidad: 42135830
Dirección: M29 CS 184 villa Elisa CBQ Teléfono: 3137836998
Correo Electrónico: Julieth santaramirez29@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lucas Sexo: M X F ___ Raza: criollo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1 años Color: amarillo Peso: 5.2K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 6 meses
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): Año
Enfermedades Anteriores: Prostata
Tratamientos: Positivo VIF
Evolución: Positivo
Alimentación: Higado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: — Fecha ultimo Parto: —

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene una Bola al lado del ano y tiene mucha gripa

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 112 /lpm Temperatura: 38.6 oC
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: ___
Mucosas: RHIB 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	AN
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: Paciente con hernia Perineal y congestion nasal

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____

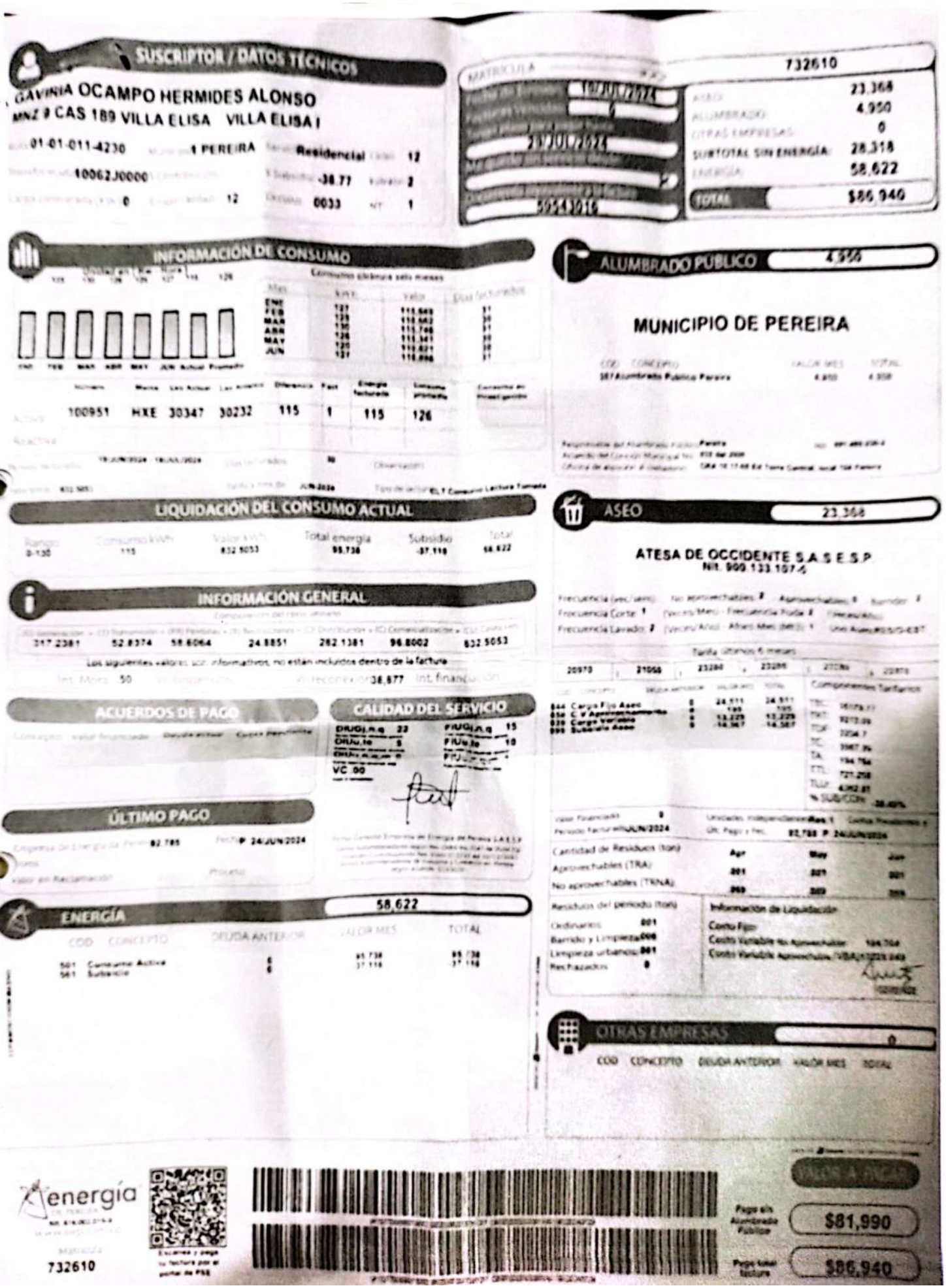
TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
D-Xametazon a	0.1ml	Inyectable	IM	UD
Flumucil	0.2	Inyectable	IM	UD
Unitral	0.5	Inyectable	SC	UD

Arf

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5282

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

GAVINIA OCAMPO HERMIDES ALONSO
MNZ 9 CAS 189 VILLA ELISA VILLA ELISA I

01-01-011-4230 1 PEREIRA Residencial 12
10062J0000 -38.77 2
0 12 0033 1

MATRICULA 732610
ASEO 23.368
ALUMBRADO 4.950
OTRAS EMPRESAS 0
SUBTOTAL SIN ENERGIA 28.318
ENERGIA 58.622
TOTAL $86.940

INFORMACION DE CONSUMO

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	127	115.949	31
FEB	125	113.662	28
MAR	130	115.706	31
ABR	126	115.341	30
MAY	120	110.021	30
JUN	127	116.896	31

100951	HXE	30347	30232	115	1	115	126	

ALUMBRADO PUBLICO 4.95%

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
387	Alumbrado Publico Pereira	4.950	4.950

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	115	832.5053	95.738	-37.116	58.622

ASEO 23.368

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P
NIT. 900.133.107-4

20970	21058	23284	23285	23286	23287

COD	CONCEPTO			
844	Cargo Fijo Aseo	9	24.511	24.511
856	C.V Aprovechamiento	0	195	195
829	Cargo Variable	9	13.225	13.225
896	Subsidio Aseo	9	-14.567	-14.567

INFORMACION GENERAL

317.2381	52.8374	58.6064	24.8851	262.1381	96.8002	832.5053

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

Ref. Mora 50 38.877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DRU1.1.0 22 FRU1.1.0 15
DRU1.10 5 FRU1.10 10
VC 00

ULTIMO PAGO

82.785 P 24/JUN/2024

Cantidad de Residuos (ton)

	Apr	May	Jun
Aprovechables (TRA)	001	001	001
No aprovechables (TRNA)	000	000	000

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios 001
Barrido y Limpieza 000
Limpieza urbanos 001
Reciclados 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable 194.764
Costo Variable Aprovechable (TRA) 729.849

ENERGÍA 58.622

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	95.738	95.738
561	Subsidio	0	-37.116	-37.116

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

energía

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

MATRICULA 732610

Pago en Alumbrado Público $81,990

Pago total factura $86,940

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.135.830**

SANTA RAMIREZ

APELLIDOS

YULIET

NOMBRES

Yuliet Santa Ramirez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1979**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

01-DIC-1997 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00063001-F-0042135830-20080902 0002908892A 1 4590003856

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Martha Ramirez identificado con cédula de ciudadanía número 420 59363 de Pereira en calidad de tutor de 0630, de especie Canino, raza Pinsher e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 09 del 20 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Martha Celia Ramirez

Propietario/acudiente

CC: 42059363

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0632

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sory valencia Documento de identidad: 1088012060
Dirección: Urbanización santa clara Teléfono: 3166021071
Correo Electrónico: castiblancocandiescamilo@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mono Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 11 Abril 2018 Color: Amarillo Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Agosto 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 27 junio 2024
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: dieta barf
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

inapetencia, vomito, diarrea.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R H 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:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. vomito
2. diarrea
3. inapetencia
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:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
dipirona	23 mg	inyectable	sc	unica dosis
Ranitidina	2 mg	inyectable	sc	unica dosis
novabismol	1ml/5kg	inyectable	vo	unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0654

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gladys morales Documento de identidad: 25.080.933
Dirección: MZ-2 CS-15 cuchilla castros Teléfono: 3136686514
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupita Sexo: M___ F X Raza: Pinsher Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 7 Años Color: negro-cafe Peso: 2 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 4 meses
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): rabia
Enfermedades Anteriores: —
Tratamientos: —
Evolución: —
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene muchos Pulgas y tiene el cuerpo muy pelao

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: No evaluado/rpm F. Cardiaca: No evaluado/lpm Temperatura: No evaluado C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosado, Brillantes, 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. 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. Alergias Pulgas
2. Acaros
3. Alopecia
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Alergia Pulgas y acaros
2. Alopecia
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se Formula nexgard y cidorac

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5050

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de [illegible]
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nit: [illegible]
Autorretenedores de servicios publicos
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre: GLADYS MORALES RAMIREZ

Dirección: MZ 2 CS 15 LA BRETAÃ¿Â½A

CICLO	12	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	3-62900	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1915MMRAL129887AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1820372
Factura de venta N°	56746412
Fecha de la factura	28-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	21-Jul-2024 al 20-Ago-2024

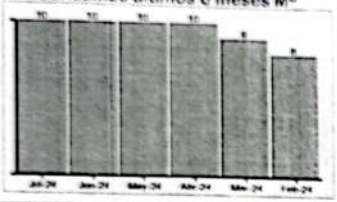
TOTAL A PAGAR: $4,390

Fecha límite sin recargo:	05-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-29
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	5,850
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	551
LECTURA ANTERIOR:	542
CONSUMO M³:	9

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 tú factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	9	$2,172.54	$19,552.86
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-20,037.57
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,911.03
Consumo Periodo			$2,007.43
Ajuste a la Decena			$2.57

Subtotal Acueducto: $2,010

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	9	$2,573.74	$23,163.66
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-19,519.53
Mi¿½nimo Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$2,378.14
Ajuste a la Decena			$1.87

Subtotal Alcantarillado: $2,380

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA):

No Aprovechables (TRNA):

Componentes Tarifarios

Último pago:

Unidades Independientes: UR UVA

TB	TC	TSD	TS	TA	TE	TA

Cupon para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado El:
56746412	1820372	28-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 2 CS 15 LA BRETAÃ¿Â½A

TOTAL A PAGAR: $4,390

Kit 5192

(415)7709998952102(8020)[illegible]

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.080.933
MORALES RAMIREZ
APELLIDOS
GLADYS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1975
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
25-AGO-1993 RISARALDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0903400-00161305-F-0025080933-20090704 0013075154A 1 4820007252

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Gladys morales identificado con cédula de ciudadanía número 25080933 de Palestina en calidad de tutor de _____, de especie canina, raza pinsher e historia clínica número 0634, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Gladys Morales R.

Propietario/acudiente

CC: 25080933.

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0635

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gladys morales Documento de identidad: 25.080.933
Dirección: mz 2-cs-15 cachilla castros Teléfono: 3136686514
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tito Sexo: M X F ___ Raza: Pinsher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 Años Color: negro-café Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 4 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): rabia -
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - Don can
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene muchas pulgas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 8 /rpm F. Cardiaca: 24 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: F/S Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas, Brillantes, 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	AN
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: Enfermedad Periodontal grado 3/4.
Presencia de pulgas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Pulgas
2. Enfermedad Periodontal
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Enfermedad Periodontal
2. Ecto Parasitos
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 formula con Nexgard

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 50550

Powered by CamScanner

Fecha: 29/09/2024 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0636

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Daniel Ricardo Zuluaga Documento de identidad: 1088273199
Dirección: Cll 15 B #28-23 Teléfono: 3225992945
Correo Electrónico: danielzuluaga213@Hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Malina Sexo: M__ F X Raza: Siamés Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 7 años Color: Habano Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace un año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace un año (sin evidencia física)
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: No reporta
Alimentación: Concentrado (Mivingo) + Mollejas
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que desde hace una semana tiene dificultad para orinar, desde ayer esta teniendo micciones con sangre en gotas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38 0 C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 1.11 Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RtB 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	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: condición corporal 7/10; micciones con sangre + urolito

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dieta
2. temperamento paciente
3. estilo de vida
4. obesidad
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Creatinina en limite superior, Plaquetas bajas, calculo urinario

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

urolito

OBSERVACIONES

se recomienda Cx

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Duplocilina	0,3 ml	Inyectable	SC	C/72 hr
Dexametasona	0,5 mg/kg	Inyectable	SC	C/24 hr

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 39971

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 — Alcaldía de PEREIRA — Hospital Público VETERINARIO — No. Historia Clínica: 0637

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yoli Andrea Villada — Documento de identidad: 42160499
Dirección: Avenida 19 # 29-51 — Teléfono: 3026175262
Correo Electrónico: yolivillada321@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna — Sexo: M ___ F X — Raza: mestizo — Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 17 Años — Color: gris — Peso: 2,5 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 Años
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigentes
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución:
Alimentación: Concentrado -
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

masa localizada en la parte superior del cuello en

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 144 /lpm Temperatura: 38,5° oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactives
Mucosas: Brillantes, Rosada, humedas 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: Paciente Alerta al medio, Presenta abceso en la parte Dorsal del cuello, debido a los riesgos anestesicos y la calidad de vida se decide no realizar procedimiento Quirurgico

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. ~~abceso localizado~~ Neoplasia
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. mastocatoma
2. Fibroma
3. lipoma
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

Juan

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 50530

Powered by CamScanner

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
Nit: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

BECERRA * MARIA-CECILIA

Dirección: LT 48 LA SIRENA

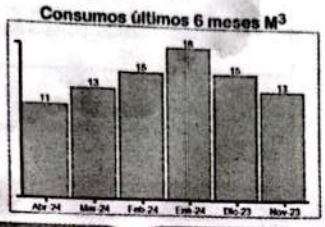
CICLO: 3 | ESTRATO: BAJO
RUTA: 5-30850 | Clase de uso: RESIDENCIAL
Medidor Nº: P1515MMRSA73414AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA
Factura de vent
Fecha de la fact
PERIODO DE C
TO
Fecha límite sin
Me quedo sin el s
Fecha último pago:
Lugar último pago:
Valor último pago:

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 1341
LECTURA ANTERIOR: 1330
CONSUMO M³: 11

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mens... M³: 14

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 Acueducto			$-12,787.63
Mí¿½nimo Vital	6		$-13,822.06
Consumo Periodo			$6,691.42
Ajuste a la Decena			$-1.42
Subtotal Acueducto:			$6,690

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 Alcantarillado			$-12,808.28
Mí¿½nimo Vital	6		$-12,619.49
Consumo Periodo			$7,927.12
Ajuste a la Decena			$2.88
Subtotal Alcantarillado			$7,930

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

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 MES-AÑO
FRECUENCIA (VEC
CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)
Aprovechables (TRA)
No Aprovechables (TRMA)
TARIFA ULTIMO MES
Componentes Tarifarios
Ultimo pago
Unidades Independientes | UR | UNR
TSL | TRT | TDF | TTI

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y AL... DE PER...

Esta factura se asemeja en todos sus ef... a una letra de cambio, art. 774 del C. ... y demás normas ejecutivas, art. 133, ley ...

(415)7709998952102(8020)060000560949060010000000(3900)0000014620(96)20240523

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56094908	644773	15-May-2024

Dirección del Predio: LT 48 LA SIRENA

AGUAS Y AGUAS:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.082.254

BECERRA
APELLIDOS

MARIA CECILIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1961
QUINCHIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-ABR-1985 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2400100-43157840-F-0042082254-20070411 0031007101A 02 212982873

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yuli Andrea Villada identificado con cédula de ciudadanía número 42160499 de Pereira en calidad de tutor de Luna, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 0637, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Yuly Andrea Villa

Propietario/acudiente

CC: 42160499.

Powered by CamScanner

Fecha: 24-9-24

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0638

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Martha Buitrago Documento de identidad: 24058270
Dirección: San gregorio Teléfono: 3135339013
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sofia Sexo: M__ F X Raza: Criollo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 13 años Color: Gris Peso: 3.6K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 4 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 año (Rabia)
Enfermedades Anteriores: ninguna
Tratamientos: -0-
Evolución: -0-
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: ——— Fecha ultimo Parto: ———

MOTIVO DE CONSULTA

Orina poco, vomita y no esta comendo.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 0C
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: ____ 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	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: Paciente activo, se desparasita
Se envia Ranitidina y cambio de concentrado
Tiene anoxitas

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
Canex	0,3ml	oral	OP	UD
Ranitidina	0,2ml	~~se~~ inyectable	SC	UD
Intoderm	—			UD
Melodol 5%.	0,1ml	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5182.

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

Datos del Suscriptor

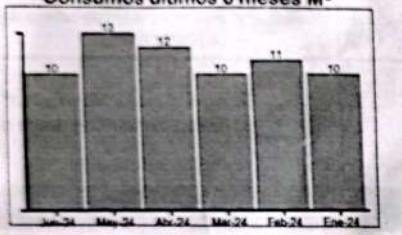
Nombre	BUITRAGO ARIAS NESTOR
Dirección	CL 18 ESTE # 12- 34 SAN GREGORIO
CICLO	1
ESTRATO	BAJO
RUTA	1-7100
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1515MMRSA67508AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	349506
Factura de venta N°	56423595
Fecha de la factura	12-Jul-2024
PERÍODO DE COBRO:	08-Jun-2024 al 09-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$48,950**
Fecha límite sin recargo:	22-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-03
Lugar último pago:	REBECA
Valor último pago:	43,100
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1369
LECTURA ANTERIOR:	1357
CONSUMO M³:	12

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	11

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
IVA	Abr-24	Sep-24	$2.469.27	$7.407.81	0.75	3
INST DOM ACUEDUCTO	Abr-24	Mar-27	$2.415.94	$79.722.81	0.75	33

Subtotal otros Cobros Asociados $4,885

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	12	$2,172.54	$26,070.48
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-13,621.88
Recargos Mes			$47.33
Consumo Periodo			$21,851.77
Ajuste a la Decena			$-4.21
Subtotal Acueducto:			$21,895

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	12	$2,573.74	$30,884.88
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-13,796.59
Recargos Mes			$42.66
Consumo Periodo			$22,127.34
Ajuste a la Decena			$-4.70
Subtotal Alcantarillado			$22,170

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 urbanos
Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago		% Sub	% Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TNT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Martha Lucia Bustos identificado con cédula de ciudadanía número 34058270 de Pereira en calidad de tutor de SOFIA, de especie Felino, raza Criollo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 09 del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Martha Lucia Bustos

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0639.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Vanessa Zapata Documento de identidad: 1087561166
Dirección: Camalito barrio nuevo Casa 143 Teléfono: 3135366458
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Abby Sexo: M ___ F X Raza: Schnauzer Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 18/06/2023 Color: Negra-blanca Peso: 3,75kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Agosto/2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Agosto/2024 (No trajo carnet)
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Dieta barf
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia, diarrea y vómito desde bebé, mantiene decaída, pelo no saludable.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 39.5 °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R H 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	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	AN
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. Distemper
2. parvovirus
3. gastroen
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 moquillo negativo

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

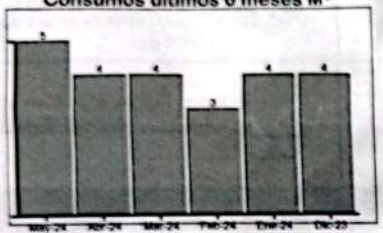
Nombre	PARRA * MARTHA-LUCIA
Dirección	VIA LA.VIRGINIA NUEVO CAIMALIITO Casa 143 (BARRIO NUEVO)
CICLO	14
ESTRATO	BAJO
RUTA	10-72450
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1715MMRSA94014AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1424480
Factura de venta Nº	56407352
Fecha de la factura	26-Jun-2024
PERIODO DE COBRO:	22-May-2024 al 21-Jun-2024
TOTAL A PAGAR:	$15,160
Fecha límite sin recargo:	06-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-01
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	12,480
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	277
LECTURA ANTERIOR:	270
CONSUMO M³:	7

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	4

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

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

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

Subtotal Alcantarillado $0

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 urbanos	
Rechazados	

Componentes Tarifarios

Último pago		% Sub	% Cont.
Unidades Independientes	UR	UNR	

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56407352	1424480	26-Jun-2024

Dirección del Predio: VIA LA.VIRGINIA NUEVO CAIMALIITO Casa 143 (BARRIO NUEVO)

TOTAL A PAGAR $15,160

Kit 9902

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0640

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: valeria montoya | Documento de identidad: 1088236202
Dirección: AV 93 # Bacmonte | Teléfono: 3005986087
Correo Electrónico: valeriamontoyar11@gmail.co

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: vans | Sexo: M___ F X | Raza: Mestizo | Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 24/09/23 | Color: Negro | Peso: 7,7

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

tiene tos, bota agua sangre se ramp mucho

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 41 /rpm F. Cardiaca: 125 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: NC reactivos
Mucosas: R I H 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: llega por agua sangre por vagina, se examina y se remite a ecografia

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Sangre en vulva
2. Dolor abdominal
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Piometra
2. Vaginitis
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 a cita con ecografía el día Sábado 28/09/24.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefanía. MVZ

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Valeria montoya identificado con cédula de ciudadanía número 1088236202 de Cartago en calidad de tutor de Venus, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Venus puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 21 de septiembr del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 1088236202

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/25 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0641

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: valeria montoya Documento de identidad: 1088236262
Dirección: Av belmonte a3 Teléfono: 3005982057
Correo Electrónico: valeriamontoya11@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: merlin Sexo: M X F Raza: mestiza Especie: felina
Fecha de Nacimiento: 27/04/24 Color: blanco Peso: ____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

como de apegutes, le dieron que tenia una ulcera en la nariz

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 164 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: flc Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R/H 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	AN

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: se observa inflamacion en area nasal por caida de dientes, sin ulceras aparentes, paciente aparentemente sano

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 en adecuadas condiciones a la hora del examen físico, paciente en recambio de dientes.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefania M.B.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

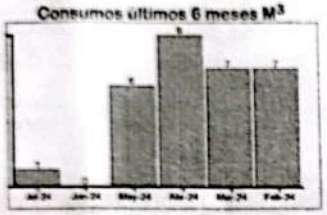
Duena de
Perlin y
de Venus

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nit: 816.002.026-7
Autorretenedores de servicios públicos
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	720
LECTURA ANTERIOR:	717
CONSUMO M³:	3

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	6

Datos del Suscriptor

Nombre	CONSTRUCTORA Y COMERCIALIZADOR
Dirección	AV BELMONTE # 93-10 TORRE 2 APTO 105 VILLA OLIMPICA SERREZUELA APARTAMENTOS
CICLO	14
ESTRATO	MEDIO ALTO
RUTA	1-40100
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1815MMRSA10[illegible]43AA
Diametro	1/2 P

H

MATRICULA	1767599
Factura de venta N°	56761345
Fecha de la factura	29-Ago-2024
PERIODO DE COBRO	23-Jul-2024 al 22-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$76,210
Fecha limite sin recargo:	06-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	07-Sep-2024
Fecha ultimo pago:	2024-07-06
Lugar ultimo pago:	PSEACH QR
Valor ultimo pago:	22,940
Edad	2

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

FIRMA GERENTE

Esta factura se presume de cobro sin perjuicio a una mora de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art. 130, ley 142/94

Codigo QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	3	$2,172.54	$6,517.62
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Contrib.Acue.(58.7%)			$9,345.50
Recargos Mes			$137.78
Consumo Periodo			$25,266.29
Ajuste a la Decena			$-4.07
Saldo Fact. Anteriores			$18,370.00
Subtotal Acueducto:			$43,770

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	3	$2,573.74	$7,721.22
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Contrib.Alcant.(58.7%)			$7,493.04
Recargos Mes			$90.67
Consumo Periodo			$20,258.01
Ajuste a la Decena			$1.33
Saldo Fact. Anteriores			$12,090.00
Subtotal Alcantarillado			$32,440

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 (DESDE - HASTA)

FRECUENCIA (HORAS - MES)

FRECUENCIA (DIAS - MES)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Rechazados

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UK | UNR

TBL	TRT	TDF	TYL	TLU	TC	TA

Cupon para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56761345	1767599	29-Ago-2024

Dirección del Predio: AV BELMONTE # 93-10 TORRE 2 APTO 105 VILLA OLIMPICA SERREZUELA APARTAMENTOS

TOTAL A PAGAR $76,210

Kit 790 - C_1

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.088.236.202**

MONTOYA PERDOMO

APELLIDOS

VALERIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-2004**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-ENE-2022 CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-3103400-01278795-F-1088236202-20220204 0078049878A 1 8503795231

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Maria jose Mejia lopez identificado con cédula de ciudadanía número 1085716741 de Belen de umbr en calidad de tutor de Merlin, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Merlin puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 21 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 1085716741

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0642

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: maria Largo Documento de identidad: 42069275
Dirección: M2-47-cs 12-samaria 2 Teléfono: 3053066181
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NEGRIN Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: (canino) Felino
Fecha de Nacimiento: 6 Años Color: negro Peso: 2.7kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 4 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): rabia —
Enfermedades Anteriores: No reporta — enfermedad urinaria
Tratamientos: No reporta
Evolución:
Alimentación: concentración
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hace 2 Dias se lo salio de la casa y aparecio todo enfermo sin ganas de comer y vomitando lo q es come.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 24 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 39,1° oC
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: ~~ictericas~~ ictericas 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	AN
3. Sistema Tegumentario	AN
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: Paciente presenta bajo condición corporal 4/10 de deshidratacion del 3%, ictenico e inapetente

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Ictericia
2. inapetencia
3. vomito
4. deshidratacion
5. casipa ambulante
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Lipidos hepaticos
2. pancreatitis
3. hemoparasitos
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 a hospitalización 24 horas clinica las americas

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5055o

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.069.275

LARGO PESCADOR
APELLIDOS

MARIA PRESENTACION
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1964
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-SEP-1982 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00181573-F-0042069275-20090929 0018645349A 1 4530109787

Powered by CamScanner

...TE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BECERRA GALEANO HENRY
URB MZ 47 CS 12 PS 2 SAMARIA II

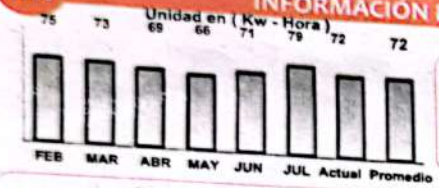
Ruta: 01-01-011-3700 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 14
Transformador: 10085J0000 Contribución: % Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0045 NT: 1

MATRÍCULA 2055621

Fecha de Emisión: 20/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 29/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59813199

ASEO:	23,607
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,557
ENERGÍA:	36,854
TOTAL	$65,411

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	75	66,397	30
MAR	73	64,997	30
ABR	69	63,163	30
MAY	66	60,842	31
JUN	71	66,469	30
JUL	79	65,768	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1130971	MXT	10187	10115	72	1	72	72	
Reactiva									

Periodo facturado: 20/JUL/2024 - 19/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor [redacted] 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	72	836.3899	60,220	-23,400	36,820

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

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
DIUu,te 1 FIUu,te 4
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 68,621 Fecha P 03/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 36,854

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	60,220	60,220
561	Subsidio	0	-23,400	-23,400
581	Intereses Mes	0	34	34

EEPOYPEZR MASIVO

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,607

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-ES

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
21050	23280	23280	23280	23370	23370

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	2	
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,614	13,614

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.04
TC:	1987.99
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Últ. Pago y Fec. 68,621 P 03/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
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): 13614.104

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo maria largo identificado con cédula de ciudadanía número 4206927 de Riosucio en calidad de tutor de NEGRIN, de especie felino, raza mestizo e historia clínica número 0642, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

María Largo

Propietario/acudiente

CC: 4206927 5

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/2024 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 643

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maryori Castiblanco Documento de identidad: 42139254
Dirección: Cll 46 A cra 4 B #5-40 Teléfono: 3128034497
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Susi Sexo: M ___ F X Raza: D.S.H Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 14 años Color: Amarillo Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace un año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace un año (sin evidencia física)
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: No reporta
Alimentación: Concentrado + Pollo + Pescado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Lleva 3 meses arrancandose el pelo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 80 /lpm Temperatura: 39,3 °C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 5" Ganglios Linfáticos: No (mal
Mucosas: Rosa seco 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	AN
4. Ojos	AN
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. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	AN
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Alopecia spot, presencia de materia fecal de pulga en oído derecho. Enfermedad periodontal grado 2, condición corporal 3/10, deshidratación del 5%, soplo cardiaco grado 4/5

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Mycoplasma
2. Insuficiencia Renal
3. Insuficiencia cardiaca congestiva
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

CH= plaquetas en limite inferior

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se envia formula con Doxiciclina 10 mg*/kg* y prednisolona. (envia documentos a whatsapp)

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Oxitetraciclina	10mg*/kg*	Inyectable	IV	BID
Dipirona	15mg*/kg*	Inyectable	SC	SID

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 34921

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0645

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Patricia Salazar Documento de identidad: 42130763
Dirección: M24-CS23 Simon Bolivar Teléfono: 3122154958
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Canela Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 4 meses Color: cafe Peso: 5 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Vigente - 31-08-24
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Vigente - 31-08-24
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: NO reporta
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - Chonka
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en la mano derecha y se rasca mucho

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.2 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: Rosados, brillantes, 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. 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: Paciente alerta al medio, se le realiza chequeo general y se encuentra en buenas condiciones, se corrije a Propetaria y se le enseña la forma correcta de agarre del Animal para evitar lesiones y se le envio control contra ectoparasitos

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Sano
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

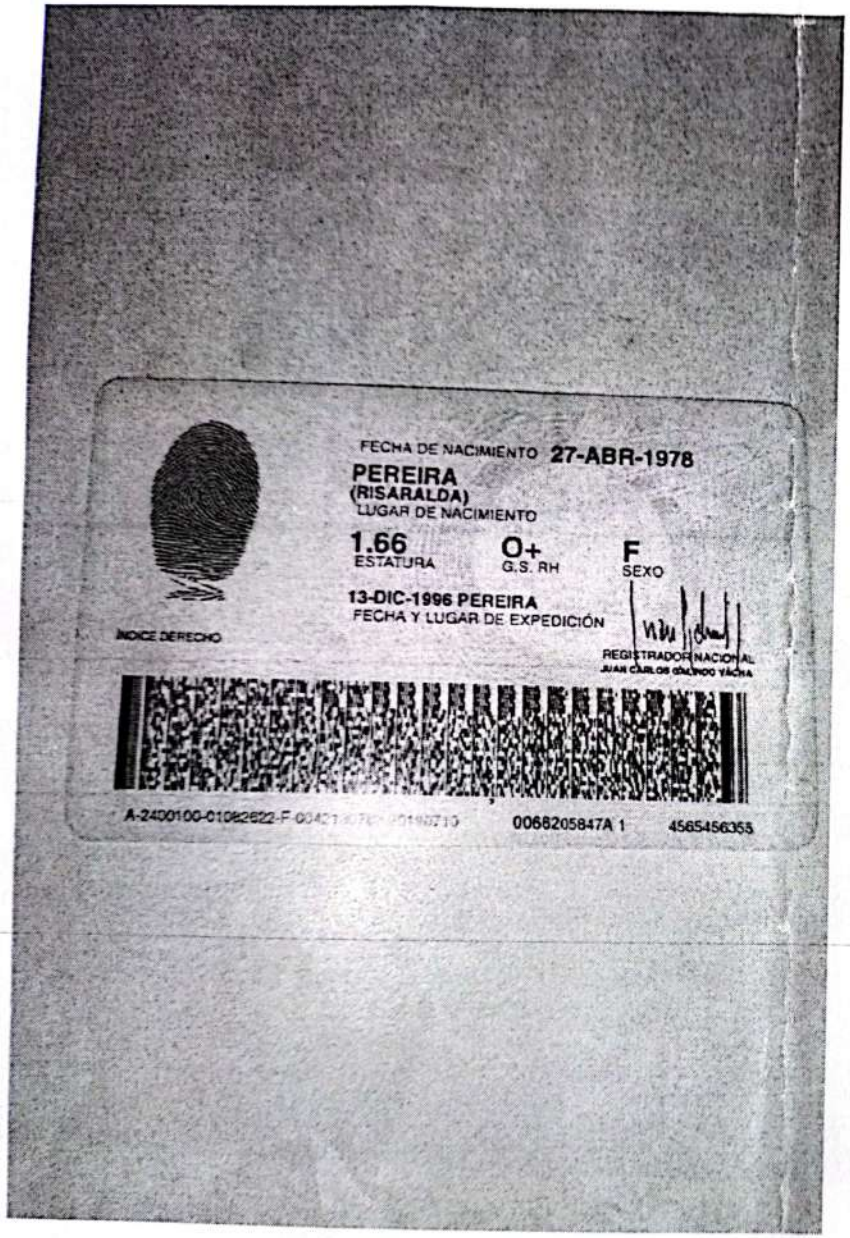
se le envia nexgard 4-10 Kg
suministrar via oral 1 tableta con el estomago lleno, como unica dosis

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

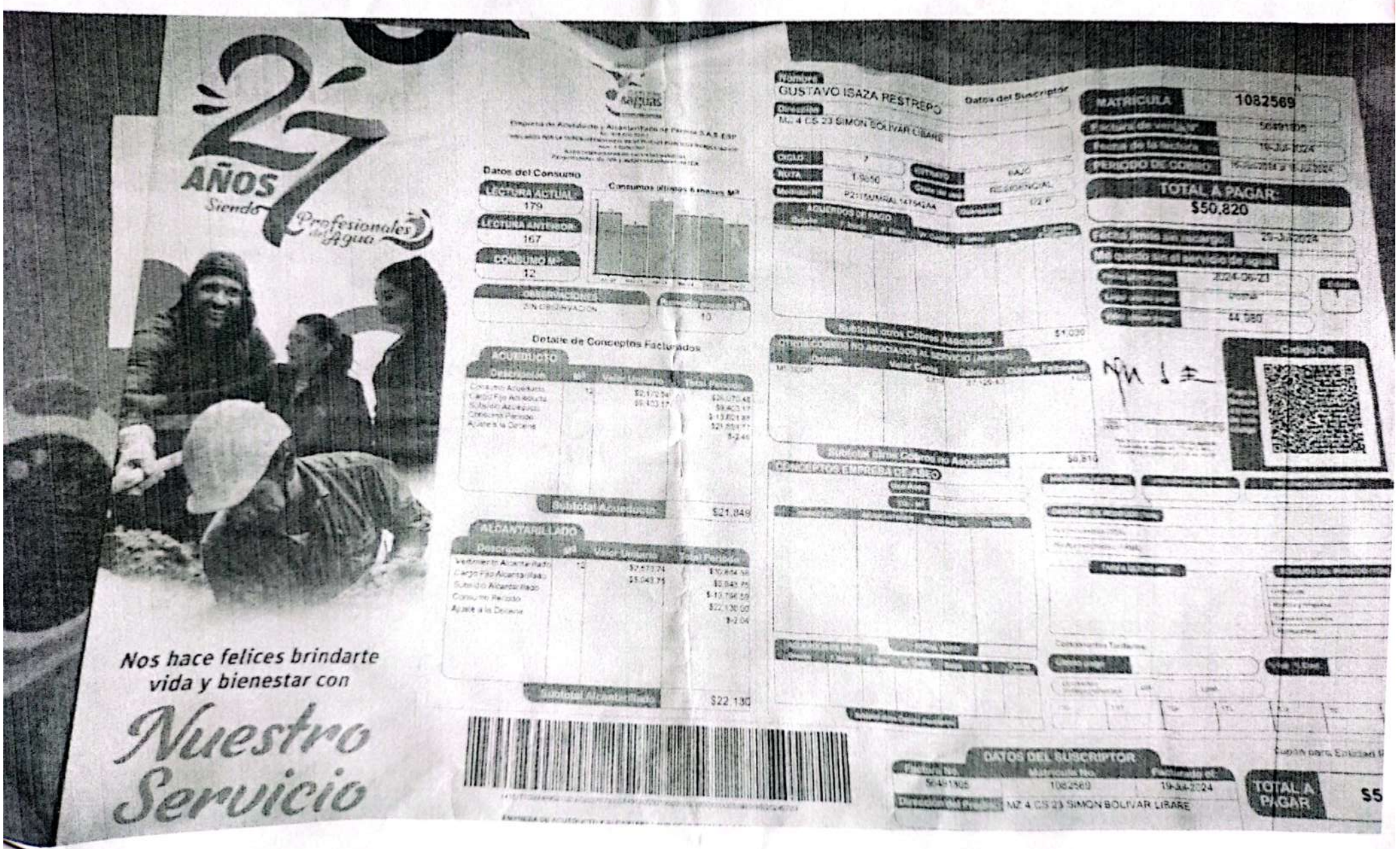
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5055

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0646

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luisa Fernanda Valencia Documento de identidad: 1088286289
Dirección: La playa Cll 65 # 25-97 Piso 2 Teléfono: 3122158980
Correo Electrónico: luisavalencia1997@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Maximiliano Sexo: M X F ___ Raza: Bulldog F. Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 29/12/2020 Color: Barcino Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 03/2024 - Virbac
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 06 abril 2024 - Hexadog
Enfermedades Anteriores: ____
Tratamientos: ____
Evolución: ____
Alimentación: Concentrado (Pricesmart Salmón y arroz) hace mes y medio lo consume.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: ____ Fecha ultimo Parto: ____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia, vómito, diarrea

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R y h 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: ____

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
Diprona	23mg	Inyectable	SC	Unica dosis
Ranitidina	2mg	Inyectable	SC	Unica dosis
Nuvabisol	1ml/5kg	Suspension	VO	Unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0647

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Patricia Salazar Documento de identidad: 42130763
Dirección: M2 4-CS 23 Simon Bolivar Teléfono: 3122154958
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Morocha Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 Años Color: negra Peso: 3,4kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 MESES
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Triple Felina
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - nutre cat
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

convulsiona mucho, q se esta pelando la cara

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: brillantes, humedas, 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. Oídos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente alerta al medio, con lesiones cutaneas el Cual presenta posiblemente epilepsia idiopatica

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Heridas cutaneas
2. alopecia
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Epilepsia idiopatica
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 Formula Paciente con Pregabalina y cannabis
pregabalina capsulas x 25mg = diluir en 10ml y suministrar
1 ml cada 8h por 30 dias o hasta acabar producto
CBD x 100mg / 30ml = Suministrar 0,5 ml cada 12h por tiempo indefinido

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 8058

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24. Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario No. Historia Clínica: 0648

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Amparo Monroy Documento de identidad: 24059222
Dirección: Cra 4-42-46 los Palmas Teléfono: 3216118625
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kati Sexo: M___ F X Raza: mestiza Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 24/09/2016 Color: negro Peso: 13.1

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): vigente
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta
Evolución: _____
Alimentación: Ringo, 2 veces al día.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

se esta engordando, de un momento a otro, tiene algo en el oido, moscos en el oido

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 oC
Pulso: fc Tiempo Llenado Capilar: 3 Sg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: R A B. 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	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: Paciente que al momento de la consulta, se evidencia Secreción en oído, Sin Pluritó. presenta Sarro dental.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Surco dental
2. Secreción ótica.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Otitis
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 formula para manejo en casa con Oticlean

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefania MB

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.059.222**
MONROY De CASTAÑO

APELLIDOS
AMPARO DEL SOCORRO

NOMBRES
Amparo Monroy

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1958**
ANSERMA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-1977 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00392133-F-0034059222-20120809 0030741442A 1 4531971181

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MONROY D. AMPARO D.
CRA 4 42 46 CAS 66 LAS PALMAS

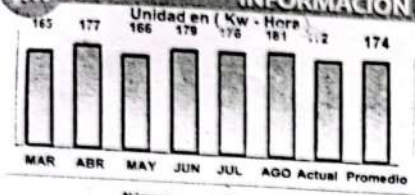
Ruta: 01-01-003-4925 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 8
Transformador: 10037H0000 Contribución: % Subsidio: -39.59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0025 NT: 1

MATRÍCULA >>> 281329

Fecha de Emisión: 14/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 23/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59998558

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	102,241
TOTAL	$129,572

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	165	146,911	30
ABR	177	162,026	30
MAY	166	153,026	31
JUN	179	167,577	30
JUL	176	146,521	30
AGO	181	151,387	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	95835	HXE	65272	65100	172	1	172	174	
Reactiva									

Periodo facturado: 14/AGO/2024 - 13/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Tarifa: 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	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	42	848.2198	35,625		35,625

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del Costo

(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

.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	0	FIUu,te	2
DIUu,n,a,m	0	FIUu,n,a,m	0
VC	.00		

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A. E.S.P.
Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25.01.02
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 0012000 del 28/12/2000
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira
Según Acuerdo 30/2000

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 137,693 Fecha P 20/AGO/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 102,241

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	145,894	145,894
561	Subsidio	0	-43,653	-43,653

EEPPOLEUMM MASIVO

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

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

Frecuencia (Veces/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 (M3): 1 Uso Asean: RESID-EST

Ultimos Cinco Meses

23280	23280	23280	23370	23370	23600

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,853	23,853
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	12,288	12,288
999	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8549.55
TDF:	3058.707
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 137,693 P 20/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VSA):	12287.596

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA – NIT: 800204634 – SAC

Energía de Pereira
Nit. 816.002.019-9
Matrícula 281329

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros	$124,622
Pago total	$129,572

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0619

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sandra Milena Sanchez Documento de identidad: 52746853
Dirección: Alfonso lopez C18 bis 2e 90 Teléfono: 3208933762
Correo Electrónico: -o-

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Candy Sexo: M__ F X Raza: Criolla Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: Blanco/AM. Peso: 6.0kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 años
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 año
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: Concentrado - Menudencia, zanahoria y arroz
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: ag 05 1024 Fecha ultimo Parto: -o-

MOTIVO DE CONSULTA

Infección en oidos hace 6 meses

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 31 /rpm F. Cardiaca: 131 /lpm Temperatura: 38 oC
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: R/H/B 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	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: 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

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Melodol	0.1 ml	inyectable	SC	UD
diclean	—		—	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Efigas
Aquí siempre

¡Hola!

JUAN PABLO OCAMPO ARIAS

Tu código de contrato es 1374927

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

Tu factura fue expedida el 10/09/2024 00:15:44

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 11.895
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 11.895**
Si no pagas antes de	23/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202323645
Referencia de pago	181268530

Escanea éste 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 Comercial (Art. 130 Ley 142-94).

Gerente

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

164 ANTIOQUIA EN EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TUDAS TUS INQUIETUDES 01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O PUNTOS A MEJORAR ESCRÍBENOS AL PQRS

Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

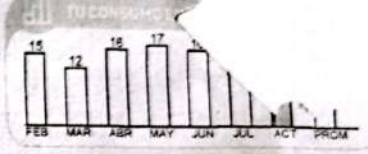
DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: KR 8BIS CL 2ESTE - 40 PISO 3
Dirección del predio: KR 8BIS CL 2ESTE - 40 PISO 3
Barrio: ALFONSO LOPEZ, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 144 − Lectura anterior: 136 × Factor de corrección: 0,8674 = Consumo m³: 7
Periodo de consumo: 04/AGO - 02/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: X-4697622-23
Observación de no lectura

TU CONSUMO



CONCEPTO	CARGO DEL MES CAPITAL	CARGO DEL MES INTERESES	SALDO PENDIENTE	CUOTAS PENDIENTES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1678518)				
Consumo de gas natural	$ 20.010			
Subsidio	$ -8.269			
Recargo por mora	$ 154			
TOTAL SERVICIO:	**$ 11.895**		$	$

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.

Paga tu factura a tiempo.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 40 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

*Aplica reglamento del programa.

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

Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el ANIVERSARIO Brilla





(415)7709998002425(8020)0181268530(3900)0000011895(96)20241023

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.001.271.214
ZAPATA SANCHEZ
APELLIDOS
JHERALD ESTEBAN
NOMBRES
Jherald Esteban Zapata
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-NOV-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-01115198-M-1001271214-20191126 0069069396A 1 8500073170

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Sandra Milena Sanchez identificado con cédula de ciudadanía número 52746853 de Bogota en calidad de tutor de Candy, de especie Canino, raza Criollo e historia clínica número 0699, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 09 del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Sandra Milena Sanchez

Propietario/acudiente
CC: 52'746 853

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24. Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0651

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: leticia valip Documento de identidad: 42093EE
Dirección: Cra 13c 20E (Pagre) Teléfono: 3226059160
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: tony Sexo: M X F ___ Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 27/09/2018 Color: CAFE Peso: 2,5

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NO REPORTA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NO REPORTA
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - Caldos.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

se cayo del menbre, no apoya la pata de atras

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 39,2 oC
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: NO REACTIVO
Mucosas: ROSADO 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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Ruptura ligamento cruzado lateral lateral al realizar prueba cajón, palpación MPD

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Ruptura ligamento
2. Colateral (externa).
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

Manejo del dolor. Con Previcox 57 mg por 15 días 1/4 tableta, Glucosamina más condroitina.
Se recomienda manejo del dolor con CBD 0,03 ml

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxic 0,5 %	0,1 ml	Inyectable	SC	Dosis única

Stefania MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Beatriz Ocnic identificado con cédula de ciudadanía número 42019388 de Pereira en calidad de tutor de Toby, de especie Canino, raza Pinscher. e historia clínica número 0651, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Toby puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Beatriz Ocnic

Propietario/acudiente

CC: 42019388

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

LLADA VALLE LETICIA
CRA 1 30 20 EL PROGRESO

01-01-002-7740 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 5
Transformador: 10010Y0000 Distribución: % Subsidio: -15.00 Estrato: 3
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0024 NT: 1

MATRICULA → 307975

Fecha de Emisión: 10/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 20/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59943179

ASEO:	32,141
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	42,251
ENERGÍA:	36,049
TOTAL	$78,300

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	217	193.210	31
ABR	208	190.404	30
MAY	196	180.682	30
JUN	205	191.918	31
JUL	22	18.315	30
AGO	1	836	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	99515	HXE	29725	29675	50	1	50	142	
Reactiva									

Periodo facturado: 11/AGO/2024 - 09/SEP/2024 Días facturadas: 30 Observación:
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	50	848.2198	42,411	-6,362	36,049

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 44,779 Fecha P 23/AGO/2024
Valor en Repartación Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 6 FIUu,te 14
DIUu.n.q.m 0 FIUu.n.q.m 1
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A. E.S.P.
Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0167 de 30/12/02
Grandes Contribuyentes a la DIAN (12/12/2012 al 31/12/2023)
Régimen Simplificado No. de matrícula y Contribuyente en Pereira
según acuerdo 029/2025

ENERGÍA 36,049

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	42,411	42,411
561	Subsidio	0	-6,362	-6,362

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: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 32,141

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 2 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	33480	2	33480	3	33470	4	33600	5	33600	6	33950

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
845	Recargo Mora	0	1	1
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:	8885.02
TDF:	3178.727
TC:	1924.74
TA:	185.747
TTL:	705.999
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 44,779 P 23/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 12769.748

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204634 - SA

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **42.019.388**

Apellidos
OSORIO UCHIMA

Nombres
BEATRIZ EUGENIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento
06 OCT 1980

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
14 DIC 1998, DOSQUEBRADAS

Firma
Beatriz Osorio

Fecha de expiración
10 MAR 2034

.CO

042786016

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL042786016224025<<<<<<<<<<
8010063F3403107COL42019388<<<8
OSORIO<UCHIMA<<BEATRIZ<EUGENIA

Powered by CamScanner

Envia Vacunas

Fecha: 24-9-24

Universidad Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0652

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angelica Alvarez Hernandez Documento de identidad: 42140515

Dirección: Colinas del Triunfo Teléfono: 321 312 1723

Correo Electrónico: angeH2 @ Hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sachi Sexo: M ___ F X Raza: Criollo Especie: Canino

Fecha de Nacimiento: 6 años Color: Blanca Peso: 10

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 8 dias 17 Sep-2024

Vacunas (Fecha/Marca/Lote): ~

Enfermedades Anteriores: ~

Tratamientos: ~

Evolución: ~

Alimentación: Dog show

Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X

Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea con sangre

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 96 /lpm Temperatura: 39.7 0 C

Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2S Ganglios Linfáticos: _____

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: _____

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 envia metronidazol 250 sobres 5 ml suspensión 2ml cada 24 horas por 5 dias

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
1				

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51 882

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Angelica Oliva Hernandez identificado con cédula de ciudadanía número 42140515 de _____ en calidad de tutor de sashi, de especie canino, raza criollo e historia clínica número 0652, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 9 del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Angelica Hernandez

Propietario/acudiente
CC: 42146515

Powered by CamScanner

Fecha: 24-04-24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0623

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jonatan Roiber Galvis Documento de identidad: 1087558062
Dirección: M2 F CS30 Bunidad 1Piso Teléfono: 312 242 1908
Correo Electrónico: YonaTanGalvis@Gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Shaira Sexo: M___ F X Raza: cocker Especie: canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: 19.5K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No Tiene
Enfermedades Anteriores: NO Tiene
Tratamientos: Novabronco| y caloxdol
Evolución: Poca mejora
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

No come Bien, Tiene Fiebre Hace 1 semana y Tiene Temblores

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 40.1 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rotidas Rosadas 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. Oídos	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: Paciente con dificultad respiratoria, Tiene Temblores y Fiebre, se Hace nebulizaciones, se envia control el dia sgt para hacer nebulizaciones

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

73300

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

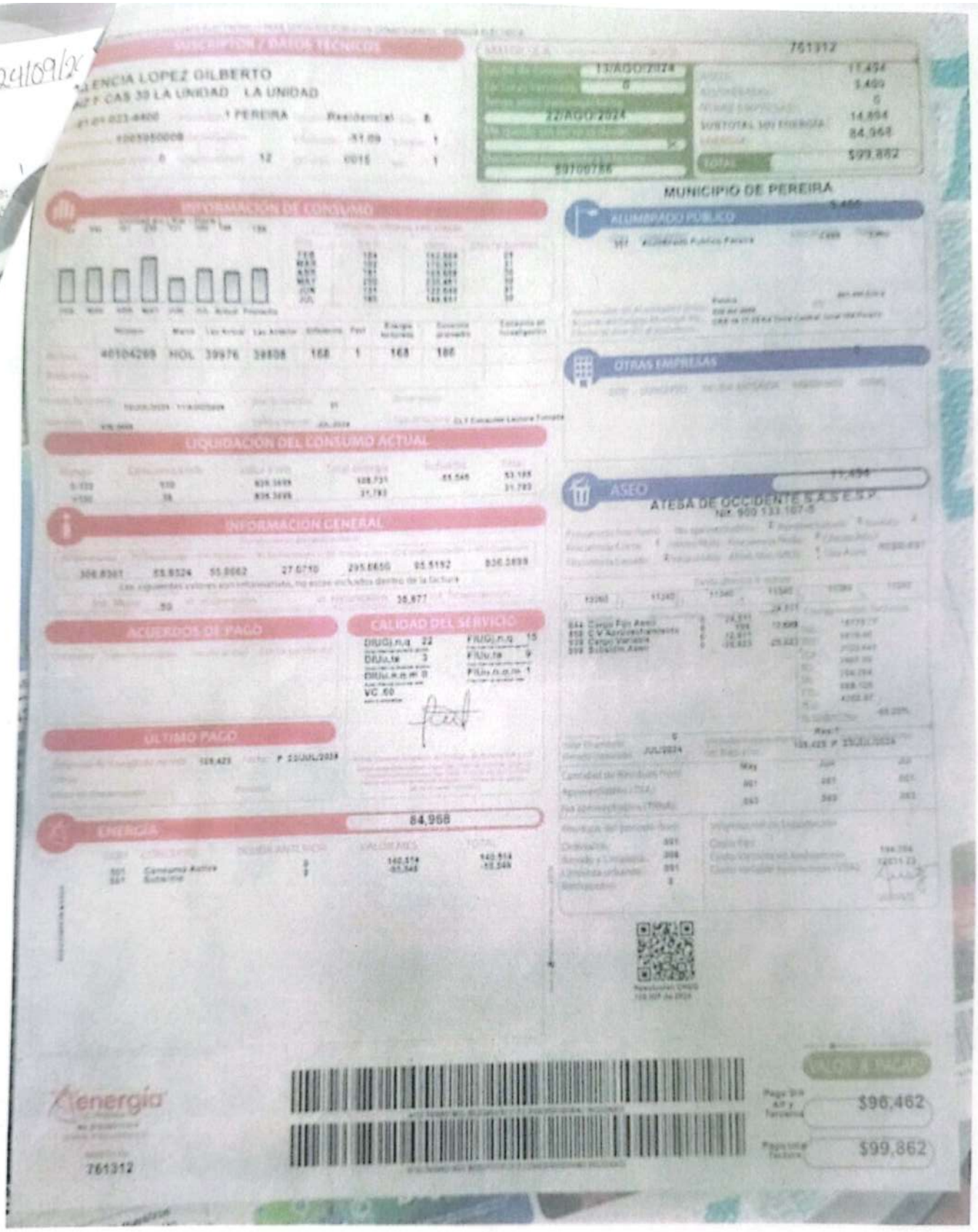
OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

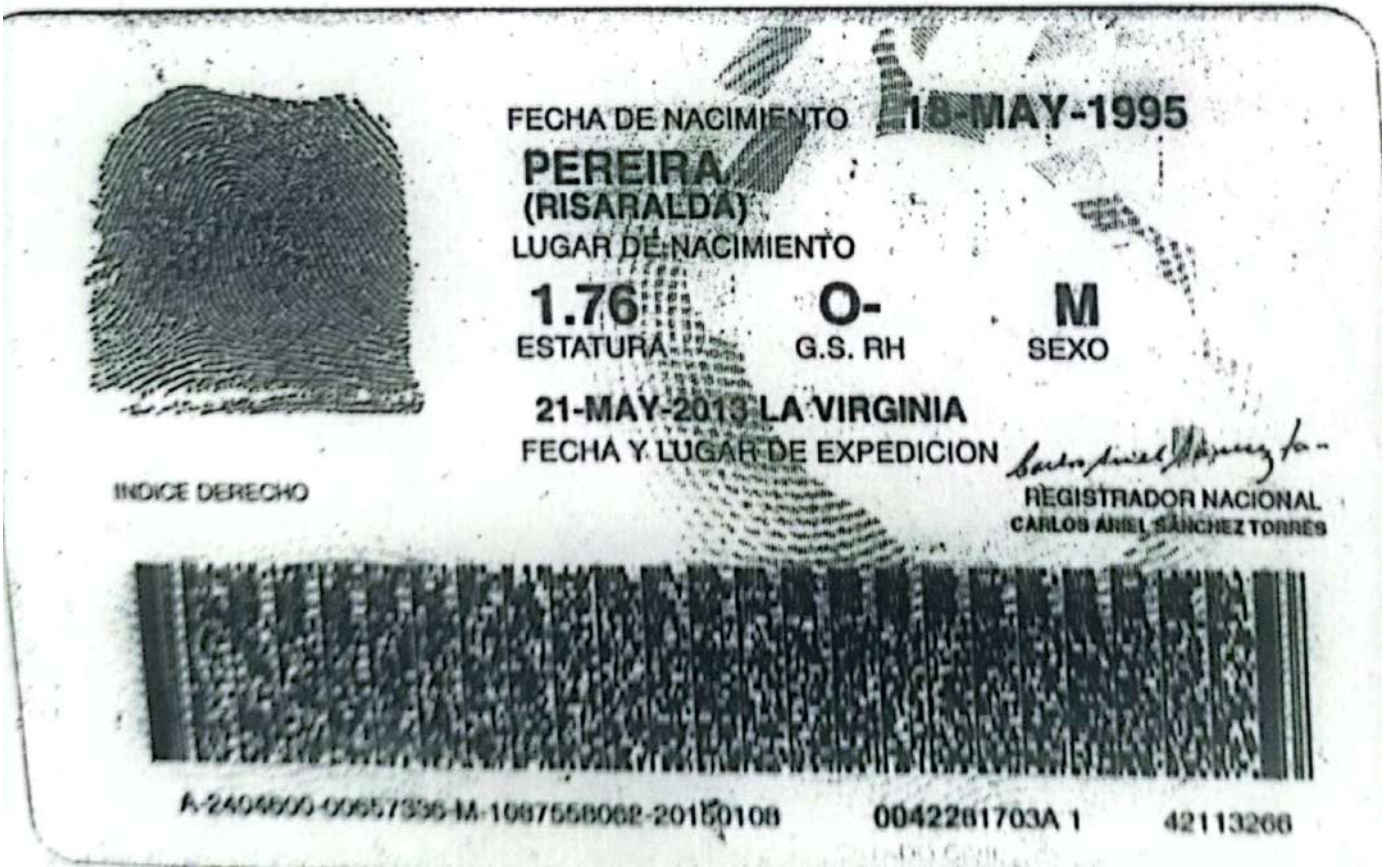
Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0.3ml			
Flumuicil	0.3ml			
cloruro	5ml			
Multibiotico	0.6ml	Inyectable	SC	UD
Canex	2ml	Oral	PO	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional 5.882

Powered by CamScanner


761312
13/AGO/2024
22/AGO/2024
MUNICIPIO DE PEREIRA
84,968
$96,462
$99,862





Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jonathan Darbey Galvis Ospina identificado con cédula de ciudadanía número 1087558062. de La Virginia (Rda). en calidad de tutor de Chiva. de especie Perro., raza coquer. e historia clínica número 0623, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 09 del 20 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente

CC: 1087558062.

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0588

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fanny Lucero Bueno Rivera Documento de identidad: 42062699
Dirección: Pedro Valencia MZ 9 CS 30 Teléfono: 3211918 (Fijo) 3127872096
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Niña Sexo: M___ F X Raza: Beagle Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 13/03/2008 Color: Tricolor Peso: 12.7

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): hace 8 meses / no ugente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No ugente
Enfermedades Anteriores: Tumor en bazo
Tratamientos: Esplenectomia
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

masa en la region Frontal

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38.3 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas, brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso___; Comatoso ___. Alerta X Otro: NO

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: Paciente alerta al medio, Presenta masas a nivel abdominal y toracico compatibles con lipomas, y una masa de Bx y Sen en la region Frontal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Neoplasias
2. leve opacidad en el ojo izquierdo
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. mastocitoma
2. fibroma
3. lipoma
4. papiloma
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 valoración quirurgica para realizar nodulectomia, se formular con prednisolona a dosis misma

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 8555

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0584

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Javier Acevedo Documento de identidad: 18603189
Dirección: Calle 6 Bis #16-02 Teléfono: 3183053350
Correo Electrónico: emily+catalinacacevedo@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M ___ F X Raza: Mestiza Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 6/12/2014 Color: Blanco Peso: 13,5

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Hace dos días le ubre la cabeza hacia adentro

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 104 /lpm Temperatura: 38,5 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos:
Mucosas: Rosadas / Hemorragicas 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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se evidencia mastitis, sin infección en los cuartos

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Lateralización cabeza
2. Nistagmo lado derecho
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Síndrome vestibular
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

Síndrome vestibular

OBSERVACIONES

Se envía tratamiento en casa

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetalcyd			SC	
Dexametasona			SC	

Stefanía MVB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

¡Hola!

LUCY RIVERA DE LEITON

Tu código de contrato es **351965**

Que nada suspenda tus momentos en familia, con Efigas, disfruta sin interrupciones.

Tu factura fue expedida el 26/08/2024 15:24:25

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 51.658
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 51.658**
Si no pagas antes de	10/09/2024
Te quedas sin servicio desde	11/09/2024
Documento equivalente	1201822022
Referencia de pago	180585792

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

PSE

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

...tura prestará mérito ...de acuerdo a las ...Derecho Civil y ...Art. 709 Ley 142 de...

Gerente

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega CL 74 KR 24 - 25 APTO 2

Dirección del predio CL 74 KR 24 - 25 APTO 2

Estrato 3

Barrio CUBA, (PEREIRA)

Municipio PEREIRA

Clase de servicio RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual 1544 − Lectura anterior 1536 × Factor de corrección 0,8874 = Consumo m³ 7

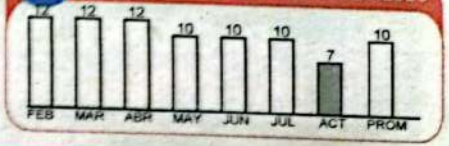
Periodo de consumo 22/JUL - 20/AGO

Días de consumo 30

Medidor U-1740492O

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,301049)				
SALDO ANTERIOR	$ 29.821			
Cargo fijo mensual	$ 4.036			
Consumo de gas natural	$ 17.445			
Recargo por mora	$ 356			
TOTAL SERVICIO:	**$ 51.658**	**$**	**$**	

Actualmente su obligación se encuentra en mora motivo por el cual la información relativa al incumplimiento será enviada a las Centrales de Información Crediticia. Si tienen alguna inconformidad con esta información por favor comuníquese con nosotros.

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 14 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

*Aplica reglamento del programa.

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

Brilla



Que nada suspenda los **buenos momentos** compartiendo con tu familia

Mantén tu factura al día y sigue disfrutando de los beneficios que Efigas tiene para ti



(415)7709998002425(8020)0180585792(3900)0000051658(96)20241010

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

NIT 800.252.395-3 / Responsable de IVA NUR 2-17001000-10 / VIGILADA S.S.P. / Somos grandes contribuyentes [Res. 12220 de 26-12-2022]. Autorretenedores [Res 0134 12-01-1999]. Agentes retenedores de IVA.

Powered by CamScanner

Fecha: 14-09-24

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0596

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Amneris Polgarin Gutierrez Documento de identidad: 25153828
Dirección: Conjunto naranjal APTO 301 Teléfono: 3022527616
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: TIGER Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 10 AÑOS Color: café-gris Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Diciembre - 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 23-07-24
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: —
Evolución: —
Alimentación: concentrado - Agila Gold - Pollo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia, extreñimiento, mal olor en la boca

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.4 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: Rosadas, brillantes, 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. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	A 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 alerta al medio, presenta sarro dental, enfermedad periodontal grado 4, Alopecia localizada en la region dorsal de la cabeza con probabilidad de hongos.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. gingivitis
2. Alopecia
3. obesidad
4. sarro dental
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Acaros
2. hongos
3. gingivitis
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 profilaxis dental y se envia Formula

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetalover	0,2 ml	Inyectar	S.C	U/D

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 50550

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Amneris Polgarin identificado con cédula de ciudadanía número 25153828 de _____ en calidad de tutor de Tiger, de especie Felino, raza D.S.H e historia clínica número 0590, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Amneris Polgarin G.

Propietario/acudiente

CC: 25153828.

Powered by CamScanner

Efigas
Ahí siempre

¡Hola!

TRINIDAD AMNERIS PULGARIN GUTIERREZ

Tu código de contrato es **703471**

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

Tu factura fue expedida el 27/08/2024 09:23:38

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 26.466
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 26.466**
Si no pagas antes de	10/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1201934695
Referencia de pago	180628854

Escanea éste 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 normas del Derecho Civil y Comercial (Art. 130 Ley 142-94).

Gerente

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.098.812-8 TED:167224 FAC:RES.-DP1 19350

164 ANTENA 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

DATOS DE TU PREDIO

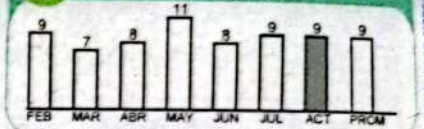
Dirección de entrega: CL 88 KR 38B - 50 TORRE 02 APTO 301 URB NARANJAL
Dirección del predio: CL 88 KR 38B - 50 TORRE 02 APTO 301 URB NARANJAL
Estrato: 3
Barrio: URB. EL NARANJAL
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual 1658 − Lectura anterior 1648 × Factor de corrección 0,8676 = Consumo m³ 9

Periodo de consumo: '23/JUL - 21/AGO
Días de consumo: 30
Medidor: X288261214
Observación de no lectura:

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



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,837173)				
Cargo fijo mensual	$ 4.036			
Consumo de gas natural	$ 22.430			
TOTAL SERVICIO:	**$ 26.466**		$	$

Paga tu factura a tiempo.

Disfrutar del servicio de gas es tan natural como realizar tu revisión técnica reglamentaria, prográmala con uno de nuestros técnicos de confianza Efigas a través de nuestras líneas oficiales. Suspensión del servicio 25/09/2024

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El plazo máximo para tu revisión técnica reglamentaria es: 30/09/2024, debes contar con el certificado actualizado 5 días antes de esta fecha, para evitar la suspensión según RES CREG 059 de 2012.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 6.000.000

*Aplica reglamento del programa.

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

Brilla







(415)7709998002425(8020)0180628854(3900)0000028466(96)20241010
NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.153.828

PULGARIN GUTIERREZ
APELLIDOS

TRINIDAD AMNERIS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1955
ANSERMA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-2402500-00174350-F-0025153828-20090631 0015593833A 2 5020008382

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0541

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Rafael Beltrán Documento de identidad: 1013E876
Dirección: Barrio San Nicolás Cra 16 B 12 Teléfono: 3196542227
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 24/09/2016 Color: Café Peso: 8.8 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): vigente contra rabia
Enfermedades Anteriores: Fractura. Canalización del carpo.
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

empezo con diarrea y vomito, desde el miercoles hasta ayer, baja de peso

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 84 /lpm Temperatura: 37 °C
Pulso: PLC Tiempo Llenado Capilar: 3 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	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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con vomito y diarrea la semana pasada, ha bajado de peso, tiene fractura consolidada en la canalización del carpo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomito
2. Diarrea
3.
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:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Gastroenteritis Bacteriana

OBSERVACIONES

Metronidazol 1,6ml/4 Floralac en casa. (2gr 24 horas)

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefania MP.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Rafael Buitrago identificado con cédula de ciudadanía número 1013EE76 de Pereira en calidad de tutor de MCO, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0591, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, MCO puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Rafael Buitrago Mario

Propietario/acudiente

CC: C.C. 10.138.846

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.138.876
BUITRAGO MARIN

APELLIDOS
RAFAEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1970
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

24-FEB-1989 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00069081-M-0010138876-20080911 0003247808A 1 4600008547

Powered by CamScanner

SUSC

BUITRAGO MARIN LUIS ALBERTO
CRA 16B 29 35 SAN FRANCISCO

Ruta 01-01-011-4400 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo: 6
Transformador 10065H0000 Contribución: % Subsidio: -51.67 Estrato: 1
Carga contratada (KW) 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0025 NT: 1

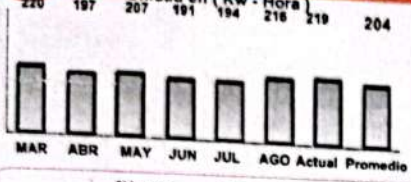
MATRÍCULA → 292672

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 23/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59973156

ASEO:	10,931
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,331
ENERGÍA:	128,784
TOTAL	$143,115

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	220	195,881	31
ABR	197	180,334	30
MAY	207	190,822	30
JUN	191	178,811	31
JUL	194	161,506	30
AGO	216	180,660	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11134858	MER	23954	23735	219	1	219	204	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 11/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	130	848.2198	110,269	-56,976	53,293
>130	89	848.2198	75,492		75,492

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
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 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 6 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

Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012220 del 26/12/2002
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 140,008 Fecha P 14/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 128,784

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	185,760	185,760
561	Subsidio	0	-56,976	-56,976

ESPACIO RESERVADO PARA EL USO

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 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 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 - 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	2	3	4	5	6
11340	11340	11340	11380	11380	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
999	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	7962.46
TDF:	2848.67
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	632.893
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 140,008 P 14/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .009
Limpieza urbanos: .001
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VBA): 185.747 11443.824

GERENTE

Resolución CREG 103 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204634 - SAC

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 292672

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

(415)7709998015092 (8020)000026723 (3902)000000139715 (96)20240923

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $139,715

Pago total factura $143,115

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Emmanuel Gaviria identificado con cédula de ciudadanía número 1089930141 de Pereira en calidad de tutor de Oreo, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 0592., manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Oreo. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Emmanuel Gaviria R.

Propietario/acudiente

CC: 1089930141

Powered by CamScanner

Fecha: 24-9-24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0584 0592

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Emanuel gavira Documento de identidad: 1089430241
Dirección: Samaria 1 M2 23 casa9 Teléfono: 3235123775
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Oreo Sexo: M X F ___ Raza: Criollo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: negro Peso: 12.5

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste por herida miembro anterior izquierdo
Olor fetido

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 20 /rpm F. Cardiaca: 129 /lpm Temperatura: 38.3 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1s9 Ganglios Linfáticos: _____
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: se encuentra herida en miembro anterior izquierdo, olor fetido

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 le envia Formula azimelox 200 durante 4 días alfa 3 y Pullar isabelino,

se Recomienda esterilizacion

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicol al 2%	0.1°	inyectable	sb	dosis unica
Pullerina	1ML	inyectable	sb	dosis unica
Alfa 3		aplicable		

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional 8e2

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

ANDRES MAURICIO CARDONA ARISTIZABAL
URB MZ 23 CS 9 P 3 SAMARIA I

01-01-009-3257	1 PEREIRA	Residencial	Ciclo	14
10088M0000		-50.00	Estrato	2
0	12	0061	NT:	1

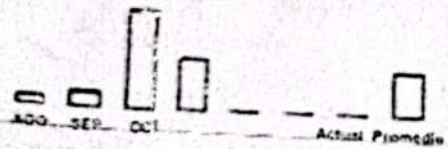
Matrícula: 2117866

Fecha de Emisión:	21/NOV/2023
Factura Vencida:	0
Fecha Próximo Vencimiento:	29/NOV/2023
Me quedo sin servicio desde:	
Documento equivalente a la factura:	57446024

ASEO:	20,977
ALUMBRADO:	0
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	20,977
ENERGÍA	18,447
TOTAL	$39,424

INFORMACION DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumos últimos tres meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
AGO	7	6,072	31
SEP	11	9,590	30
OCT	75	65,841	30

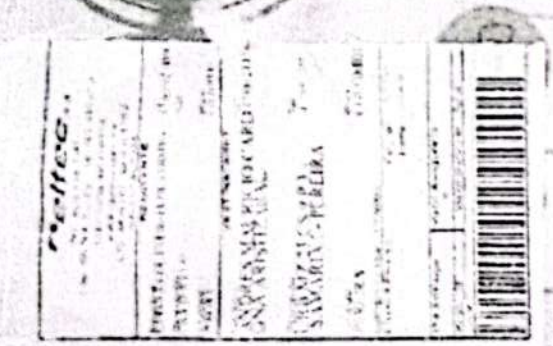
ALUMBRADO PUBLICO 0

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL



Usa tu lavadora solo con la carga completa y lava con agua fría.



Cambia el aire acondicionado, elige usar ventiladores que gastan menos energía.

Abre tu nevera cuando sea necesario. Verifica que sus empaques estén en buen estado y cierre herméticamente.

No dejes tu computador en modo suspender, seguirá consumiendo energía.

Usa bombillos ahorradores.

Escanéame y aprende más sobre ahorrar energía

Escanea este código e inscribete para recibir la factura digital

energía DE PEREIRA

Powered by CamScanner


ESTAMOS
FELICES
1 de las
de servici
domiciliar
con cal
AAA(col
aguas
&aguas
FitchRatings
Datos del Suscriptor
Nombre
ANDRES MAURICIO CARDONA ARISTIZABAL
Dirección
CL 33 E # 33 - 42 MZ 23 CS 9 PS 2 SAMARIA T
CICLO
ESTRATO
BAJO
RUTA
2-50230
RESIDENCIAL
Medidor N°
Diámetro
1/2 P
ACUERDOS DE PAGO
Detalle
Subtotal otros Cobros Asociados
OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO
Valor Cuota
Saldo
Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros no Asociados
CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO
TOTAL ASEO
MATRÍCULA
19635759
Factura de venta N°
55130858
Fecha de la factura
22-Nov-2023
PERIODO DE COBRO
19 Oct 2023 al 17-Nov-2023
TOTAL A PAGAR:
$27,460
Fecha límite sin recargo:
30-Nov-2023
Me quedo sin el servicio de agua:
Fecha último pago
2023-10-26
Lugar último pago
APOSTAR
Valor último pago
24,730
Edad
Código QR
Componentes Tarifarios
Último pago
DATOS DEL SUSCRIPTOR
Factura No.
55130858
Matrícula No.
19635759
Facturado el:
22-Nov-2023
Dirección del Predio
CL 33 E # 33 - 42 MZ 23 CS 9 PS 2 SAMARIA T
Cupon para Entidad Recaudadora
TOTAL A PAGAR
$27,460
Kit 1244
AAA(col)
hasta el 5 de octubre de 2024
O DE PEREIRA S.A.S ESP
AGUAS Y AGUAS.

Fecha: 24/04/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0593

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Idol Buitrago Documento de identidad: 42007SCE
Dirección: Cra 25 con 7era Teléfono: 3214004215
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Ma Sexo: M__ F X Raza: Mostizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 27/08/2016 Color: CAFE Peso: 6.6

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2023.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: Omeprazol, Multibio, Ketoprofeno, Complejo B.
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene una masa.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 44 /rpm F. Cardiaca: 98 /lpm Temperatura: 38.2 °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. 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: Paciente canina ingresa a consulta en estado de alerta, Sin ningún Signo de alteración. Presenta masa en glándula mamaria abdominal caudal Izquierda.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Masa en glándula mamaria
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Mastocitoma.
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 valoración por cirugía.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefanny MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Nombr
Direc
Cc

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo María Betrago identificado con cédula de ciudadanía número 42cc75082 de Pereira en calidad de tutor de MG, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0593, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, MG puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

María Betrago

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 29-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0594

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: William martinez Gutierrez Documento de identidad: 6765230
Dirección: Ciudadela cafe mz 28 cs 22 Teléfono: 3226890066
Correo Electrónico: willmarg60@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Pogdle Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2 Años Color: Blanco Peso: 6,1

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 6 meses
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NO vigente
Enfermedades Anteriores: gastritis
Tratamientos: Suero, Gotas
Evolución:
Alimentación: Concentrado, pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

NO puede caminar, la Pata derecha la raspa demasiado
Desde los 3 meses le partieron la columna

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 115 /lpm Temperatura: 39°C oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas, brillanter 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: Paciente alerta al medio, Presenta Pioderma en miembros pelvicos debido a lesion en columna

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Lección en columna
2. Heridas cutaneas
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Piodermia
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 formula con restander, shampoo de clorhexidina e Ivermectina 980 spray

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5858

Powered by CamScanner

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

Nombre: LUZ STELLA BEDOYA

Dirección: MZ 28 CS 22 PS 3 SEC-B CIUCAFE

CICLO: 6 | ESTRATO: BAJO

RUTA: 6-28605 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor Nº: P1915MMRAL123929AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 19621842

Factura de venta Nº: 56312726

Fecha de la factura: 18-Jun-2024

PERIODO DE COBRO: 14-May-2024 al 13-Jun-2024

TOTAL A PAGAR: $17,670

Fecha límite sin recargo: 27-Jun-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-05-24 | Edad: 1

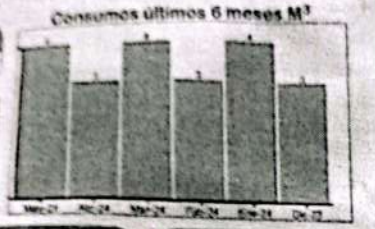
Lugar último pago: DROGUERIA [illegible]

Valor último pago: 37,850

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO M³
286	279	3

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 4

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	3	$2,172.54	$6,517.62
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-6,113.58
Consumo Periodo			$9,807.21
Ajuste a la Decena			$2.79

Subtotal Acueducto: $9,810

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Afiadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	3	$2,573.74	$7,721.22
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-4,901.75
Consumo Periodo			$7,860.00
Ajuste a la Decena			$-3.22

Subtotal Alcantarillado: $7,860

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDN - 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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Corte de césped

Escombros

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades independientes: UR | UNR

TSL	TAT	TDF	TTL	TLU	TG	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56312726	19621842	18-Jun-2024

Dirección del Predio: MZ 28 CS 22 PS 3 SEC-B CIUCAFE

AGUAS Y AGUAS

Cupon para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $17,670

Kit 2167

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9869861

MARTINEZ NAVAS
APELLIDOS

LUIS GUILLERMO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1983

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-2001 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2400100-54097531-M-0009869861-20011218 00117 01352B 02 118345393

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Monica Andrea Pachon Pena identificado con cédula de ciudadanía número 1016015761 de Bogota. en calidad de tutor de Kiara., de especie canino, raza criolla. e historia clínica número 0595, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de SEPTIEMBRE del 2024.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 1016015761.

Powered by CamScanner

Fecha: 24-9-21 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0595

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Monica Andrea Pachon Documento de identidad: 1016015761
Dirección: Bosques de santa monica Teléfono: 3209334972
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kiara Sexo: M___ F x Raza: criollo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 años Color: Amarillo Peso: 18

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 20 dias - canex
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 mes
Enfermedades Anteriores: —
Tratamientos: —
Evolución: —
Alimentación: sopas, croquetas
Historia Reproductiva: Entero x Esterilizado ___
Ultimo Celo: 1 semana Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Asiste por Resequedad y una pequeña lesion en las manos
Presenta una lesión en la Boca, sufre Reflujo, Sarro

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38.4 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 sg Ganglios Linfáticos: no reactivos
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	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: se le observa una lesión en la boca, le falta un diente,

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 le administra Ranitidina 1,2ml/sb y ~~Flow~~ meloxol al 2% 0,1ml/sb
Se envia Formula Hidroderm, asiflux 1.5 2veces al dia, Vaselina

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ranitidina	1.2ml	inyectable	sb	unica dosis
meloxol al 2%	0.1ml	inyectable	sb	unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51242

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S ESP
NIL 816.002.020-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

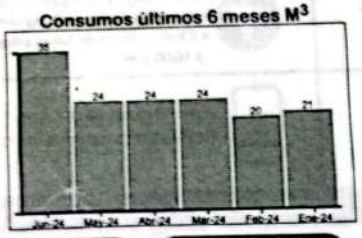
Nombre	LAESCO-LTDA
Dirección	CL 63 # 14- 40 CS 139 URBANIZACION BOSQUES DE SANTA MONICA
CICLO	11
ESTRATO	MEDIO MEDIO
RUTA	5-45700
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1615MMRSA84807AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1657345
Factura de venta Nº	56551198
Fecha de la factura	25-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	19-Jun-2024 al 19-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	$193,240
Fecha límite sin recargo:	02-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	03-Ago-2024
Fecha último pago:	2024-07-05
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	120,000
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1830
LECTURA ANTERIOR:	1800
CONSUMO M³:	30

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	25

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
Cuota Financiacion	Jun-24	Sep-24	$36,402.19	$107,558.78	0.75	3
Congelada por Financiaciones				$1,310.93		

Subtotal otros Cobros Asociados $36,402

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tú factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	30	$2,172.54	$65,176.20
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Consumo Periodo			$74,579.37
Ajuste a la Decena			$-.48

Subtotal Acueducto: $74,579

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	30	$2,573.74	$77,212.20
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Consumo Periodo			$82,255.95
Ajuste a la Decena			$2.98

Subtotal Alcantarillado $82,259

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 urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

(415)6000056551196001(8020)0000000(3900)0000193240(96)20240602

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56551198	1657345	25-Jul-2024

Dirección del Predio: CL 63 # 14- 40 CS 139 URBANIZACION BOSQUES DE SANTA MONICA

AGUAS Y AGUAS:

TOTAL A PAGAR $193,240

Kit 7229 - C_3

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.015.761

PACHON PEÑA

APELLIDOS

MONICA ANDREA

NOMBRES

MONICA PACHON

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

08-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00780446-F-1016015761-20151230 0047893947A 1 1713723684

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0596

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alba liliana notato Documento de identidad: 105970085
Dirección: Torres del campo san pablo Teléfono: 3147261075
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 1 AÑOS Color: negro Peso: 3,16 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NO vigente
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NO vigente
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - dali carne
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

consulta general - Desparasitar - esterilizar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38,3 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Brillantes, Rosadas, 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. 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. Sano
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
Canex	0,3ml	Oral - Solucion	Oral	1/D

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: B550

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

FIDECOMISO PEREIRA SAN JOAQUIN
CRA 26 78 80 TRR 3 BLQ B APTO 305 URBANIZACIO

Ruta: 01-01-011-8270 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 9
Transformador: 10171L0000 % Contribución: % Subsidio: -51.01 Estrato: 1
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0058 NT: 1

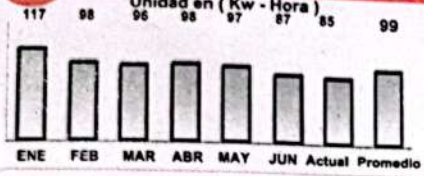
MATRÍCULA >>> 2052334

Fecha de Emisión: 16/JUL/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 25/JUL/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59491588

ASEO:	0
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	3,400
ENERGÍA:	34,663
TOTAL	$38,063

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	117	106,543	31
FEB	98	86,759	30
MAR	96	85,475	30
ABR	98	89,709	31
MAY	97	89,419	30
JUN	87	81,448	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	14093793	HIK	8387	8302	85	1	85	99	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/JUN/2024 - 15/JUL/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor [illegible] 832.5053 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	85	832.5053	70,763	-36,100	34,663

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(PR) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(CU) Costo kWh
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. 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
DIUu,te 12 FIUu,te 9
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P
Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012220 del 26/12/2022
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 023/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 38,730 Fecha P 17/JUN/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 34,663

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	70,763	70,763
561	Subsidio	0	-36,100	-36,100

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

MUNICIPIO DE PEREIRA

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 0

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

Frecuencia (vec/sem): 2 No aprovechables: 2 - Aprovechables: - Barrido:
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): .063 Uso Aseo: RESID-EST.

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios
TBL: 7433.17
TRT: 5940.42
TDF:
TC:
TA:
TTL:
TLU:
% SUB/CON: -69.20%
Res:1

Valor Financiado 0 Unidades Independientes 38,730 P 17/JUN/2024
Periodo Facturado JUN/2024 Últ. Pago y Fec.

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios:
Barrido y Limpieza:
Limpieza urbanos:
Rechazados:

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

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Impreso por Equapapeles S.A.S. NIT 860.063.875-4 63466

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Público $34,663

Pago total factura $38,063

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matricula 2052334

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

(415)7709998015692 (8020)010205233404 (3900)000000034663 (96)20240725
(415)7709998015692 (8020)010205233404 (3900)000000038063 (96)20240725

Powered by CamScanner

Envía la foto de cc al whatsapp.

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0597

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Nara liceth Vallejo Documento de identidad: 42080566
Dirección: Mnz 28 Cs 14 Villa Maria 2 Teléfono: 3108354019
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Yina Sexo: M ___ F X Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 14 años Color: Gris Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): junio 2024 -
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 2023 - Rabia
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado (Cat Chow)
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Glaucoma en ojo izquierdo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 129 /lpm Temperatura: 37 °C
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg. Ganglios Linfáticos: No Reactivos
Mucosas: R H B 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. 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. aumento (proptosis)
2. perdida de peso
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. glaucoma.
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

Redeban
Siempre

¡Hola!

MARIA LICET VALLEJO

Tu código de contrato es **285111**

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

Tu factura fue expedida el 14/09/2024 11:48:55

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 33.546
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 33.546**
Si no pagas antes de	26/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202476075
Referencia de pago	181458707

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

11188

Factura prestará mérito ejecutivo a las ... 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, PONTE EN CONTACTO.
Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351
www.efigas.com.co
cliente.efigas.com.co/home/chat

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: VILLA MARIA-2500 LOTES MZN 28 CS- 14 PS- 1
Dirección del predio: VILLA MARIA-2500 LOTES MZN 28 CS- 14 PS- 1
Estrato: 2
Barrio: VILLA MARIA-2500 LOTES, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 3766 − Lectura anterior: 3743 × Factor de corrección: 0,8673 = Consumo m³: 20

Período de consumo: 09/AGO - 07/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: U-523822J
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,201933)				
Consumo de gas natural	$ 57.172			
Subsidio	$ -23.626			
TOTAL SERVICIO:	**$ 33.546**		$	$

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 8 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
*Aplica reglamento del programa
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

Explora nuestro Mundo Sostenible 2023
Efigas

(415)7709998002425(8020)0181458707(3900)0000033546(96)20241026
NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

NIT 800.202.395-3 / Responsable de IVA NUIR 2-17009000-10 / VIGILADA S.S.P. / Somos grandes contribuyentes (Res. 12220 de 16-12-2022). Autorretenedores (Res. 0134 17-01-1997). Agentes retenedores de IVA.

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0598

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Janeth Camona Documento de identidad: 30372845
Dirección: mz H CS 80 Barrio Cocorná 1 Teléfono: 3105369500
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupita Sexo: M X F X Raza: Poodle Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 27-ener-2009 Color: Blanco Peso: —

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Urgencia por perdida del ojo -

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	NE
2. Estado de Hidratación	NE
3. Sistema Tegumentario	NE
4. Ojos	NE
5. Oídos	NE
6. Nariz	NE

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

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

Quimica 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

Doctor Luis carlos lo remite a eutanacia Despues de evaluarla

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3552

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24-04-24

Yo Yaned Caimond **Identificado con CC:** 30.372.845
con Dirección: Cachipay avenue **; Tutor de** Lupita
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 15 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS
Esterilización

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
Lupita

En constancia que Lupita 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 _____ 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 Yaned Caimond. **Firma**
CC: 30.372.845
3105369500

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **30.372.845**
CARMONA TOBON

APELLIDOS
YANED

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1972**
PACORA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 **O-** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO
13-ENE-1993 PACORA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0907900-01076420-F-0030372845-20190524 0065510104A 1 9906268280

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nun: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

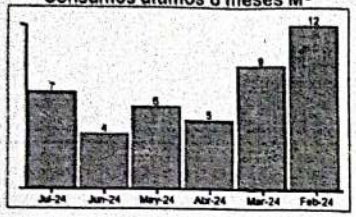
Nombre	GIRALDO MORALES EUNICE
Dirección	MZ H CS 80 CACHIPAY EUNICE
CICLO	5
ESTRATO	BA[illegible]
RUTA	11-84950
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	H22VA046068
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	802538
Factura de venta Nº	56642863
Fecha de la factura	20-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	14-Jul-2024 al 13-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$11,290**
Fecha límite sin recargo:	28-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-26
Lugar último pago:	RECAUDO DATAFONO
Valor último pago:	38,780
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	193
LECTURA ANTERIOR:	191
CONSUMO M³:	0

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	7

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
INST.DOM ACUEDUCTO	Nov-22	Oct-25	$1,030.00	$15,450.38	0.73	15

Subtotal otros Cobros Asociados $1,030

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Afiadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	5,810	87,129.40	15.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $5,810

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-6,506.99
Consumo Periodo			$2,896.18
Ajuste a la Decena			$3.13

Subtotal Acueducto: $2,899

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-3,490.28
Consumo Periodo			$1,550.00
Ajuste a la Decena			$-3.48

Subtotal Alcantarillado $1,550

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

Componentes Tarifarios

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)	
Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbanos	
Rechazados	

Último pago | % Sub | % Cont

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

(415)7709998952102(8020)000000566428630010000000(3900)0000011290(96)20240828

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56642863	802538	20-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ H CS 80 CACHIPAY EUNICE

TOTAL A PAGAR	$11,290

Kit 13659

AGUAS Y AGUAS:

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario No. Historia Clínica: 0599

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel angel Porras Documento de identidad: 10063053
Dirección: C1129 #66 San Nicolas Teléfono: 3113382064
Correo Electrónico: o—o

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: SIMON Sexo: M X F ___ Raza: criollo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 10 años Color: blanco/gris Peso: 3.9kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NR
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NR
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: concentrado y agua
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ——— Fecha ultimo Parto: ———

MOTIVO DE CONSULTA

lleva dias sin comer BIEN, 2 MESES, Toma mucha agua y la orina es MUY fuerte.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 129 /lpm Temperatura: 37.7 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: normales
Mucosas: Pulidas 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	AN
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 gingivitis severa y perdida de 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

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
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

Gnbiuitis

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Multibio	a3	Inyectable	SC	UD
Diprona	01	Inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 51882

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Miguel Angel Torres identificado con cédula de ciudadanía número c. 10063053 de Pereira en calidad de tutor de Simon, de especie _____, raza _____ e historia clínica número 0509, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Abril del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.063.053
PORRAS GARCIA

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1948
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-JUL-1989 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00317442-M-0010063053-20110729 0027507424A 1 4531428583

Powered by CamScanner

AHORA ES SU PUNTO DE PAGO

...DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

CALDERON GARCIA MARIA CLARISA
CLL 29 14 66 SAN NICOLAS

Rut 01-01-001-2970 | Municipio 1 PEREIRA | Servicio Residencial | Ciclo: 13
Transformador 10061A0000 | % Contribución: | $ Subsidio: -38.86 | Estrato: 2
Carga contratada (KW) 0 | Grupo calidad: 12 | Circuito: 0025 | NT: 1

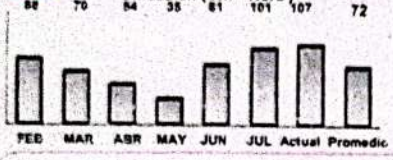
MATRÍCULA 289363

Fecha de Emisión: 21/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 29/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59821665

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,555
ENERGÍA:	54,720
TOTAL	$83,275

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	88	77,906	30
MAR	70	62,326	30
ABR	54	49,432	30
MAY	35	32,265	31
JUN	81	75,831	30
JUL	101	84,083	30

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	30014189	CHI	28637	28530	107	1	107	72	
Reactiva									

Periodo facturado: 21/JUL/2024 - 20/AGO/2024 | Días facturados: 31 | Observación:
Valor kWh: 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	107	836.3899	89,494	-34,774	54,720

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 79,803 | Fecha P 30/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación | Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 22 | FIUGJ,n,q 15
DIUu,te 2 | FIUu,te 11
DIUu,n,q,m 0 | FIUu,n,q,m 1
VC .00

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

Servicio autorreteneedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 01 7235 del 26/12/2022
Servicio autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 025/2020

ENERGÍA 54,720

		DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
500	Consumo Activa	0	89,494	89,494
501	Subsidio	0	-34,774	-34,774

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,605

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	21050	2	23280	3	23280	4	23280	5	23370	6	23...

		DEUDA ANTERIOR	MES	
844	Cargo Fijo Aseo	24,511		24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,614	13,614
999	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.04
TC:	3987.99
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes Res:1 | Cuotas Pendientes (
Periodo Facturado JUL/2024 | Últ. Pago y Fec. 73,803 P 30/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
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): 13614.104

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0600.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jennifer Alejandra Tujillo Documento de identidad: 1192729385.
Dirección: MZ 18 CS 17 remanso Teléfono: 3102772194
Correo Electrónico: Jennysaraandres@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kaiser Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: Octubre 2015 Color: Cafe. Peso: 13.3 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Marzo 2023.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Marzo 2023.
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución:
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"Lo castre hace 7 años, y hace como 3 meses le vi la bola"

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 3 Seg. Ganglios Linfáticos: No reactivos,
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. 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: Paciente ingresa a consulta con lipoma al lado del prepucio, alopecia multifocal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Alergia a la pulga.
2. Lipoma.
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 cirugía. Baños con Clorhexidina.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Stefanny N.B.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.192.729.385

TRUJILLO LONDOÑO

APELLIDOS

JENNIFER ALEJANDRA

NOMBRES

Jennifer A. Trujillo L.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1996

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

A+ G.S RH

F SEXO

03-ABR-2014 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2400100-00564715-F-1192729385-20140416 0037945760A 1 41094136

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

LONDOÑO PALACIO DUBY PATRICIA
URB MZ 18 CS 11 PROYECTO EL REMANSO VILLA

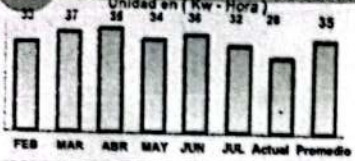
Ruta: 01-01-020-0753 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 3
Transformador: 10157C0000 Contribución: % Subsidio: -51.09 Estrato: 1
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0016 NIT: 1

MATRÍCULA >>> 2007054

Fecha de Emisión: 29/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Fecha límite para pagar hasta: 09/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59878800

ASEO:	11,494
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,894
ENERGÍA:	11,455
TOTAL	$26,349

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	33	29.215	30
MAR	37	32.944	31
ABR	38	34.785	30
MAY	34	31.343	30
JUN	36	33.703	30
JUL	32	26.640	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	703004922	SHE	12086	12058	28	1	28	35	
Reactiva									

Periodo facturado: 30/JUL/2024 - 28/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor: 836.3899 Tarifa a mas 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	28	836.3899	23,419	-11,964	11,455

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
DIUu,te 14 FIUu,te 12
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 1
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P
Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0047 de 25/01/02
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012720 del 24/12/2020
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira
según acuerdo 021/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 58,044 Fecha P 09/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 11,455

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	23,419	23,419
561	Subsidio	0	-11,964	-11,964

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 11,494

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 10610	2 11690	3 11690	4 11690	5 11730	6 11730

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	12,611	12,611
999	Subsidio Aseo	0	-25,823	-25,823

Componentes Tarifarios
TBL: 16179.77
TRT: 8819.46
TDF: 3123.641
TC: 3067.89
TA: 194.784
TTL: 868.125
TLU: 4362.97
% SUBCON: -69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuentas Pendientes (
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 58,044 P 09/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.063	.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 (VBA): 194.784 12611.23

GERENTE

Resolución CREG 108 007 de 2024

energía DE PEREIRA
NIt. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 2007054

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:
Pago SIN AP y Terceros $22,949

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jennifer trujillo identificado con cédula de ciudadanía número 1192729385 de Pereira en calidad de tutor de Kaiser, de especie canino, raza Mestizo e historia clínica número 0609, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Kaiser puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Jennifer trujillo

Propietario/acudiente

CC: 1192729385

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0601

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Soraya Galeano Documento de identidad: 42095102.
Dirección: Mz 67 Cs 21 Hacienda Cuba Teléfono: 3175978638
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Douglas Sexo: M X F Raza: Schnauzer Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 21 años Color: Gris Peso: 10kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa por herida en la mandíbula, posible fractura y está con presencia de masas.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 72 /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: RH 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	AN
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: 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:____
Endoscopìa:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

se realiza procedimiento de eutanasia, ya que no cuenta con las 5 libertades, presenta miasis periodontal, con evolución de 7 días, sin consumo de alimento, con dolor y edad muy avanzada.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

AUTORIZACION DE EUTANASIA Y DISPOSICION FINAL

Yo, Soraya Galeano G. identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 42.095.102 manifiesto que he recibido información clara sobre el procedimiento de EUTANASIA, y autorizo voluntariamente al Hospital público veterinario y a su cuerpo médico veterinario para aplicar la eutanasia a Douglass, especie canino, de raza SCHAUZER, sexo M X H ___ de 21 años de edad, con 10 kg de peso y número de historia clínica 0601, que fue diagnosticad@ con miasis periodontal.

Entiendo que:

1. El Médico Veterinario está autorizado para utilizar los fármacos necesarios y a las dosis indicadas para causar el deceso del paciente.
2. Es importante haber evaluado con el Médico Veterinario los problemas de salud que mi mascota presenta, para tomar la decisión de acuerdo al deterioro del problema actual.
3. La eutanasia será realizada solo en casos de enfermedades terminales o problemas de salud que se puedan potencializar y que vayan en contra del bienestar del paciente.
4. El Hospital público veterinario pone a mi disposición todos sus servicios y recursos, pero no asume el costo de servicios adicionales a los requeridos, para el procedimiento a realizar. Como tutor debo asumir el costo de los servicios adicionales luego de que el paciente fallezca.

He sido informado de los costos y las opciones de destino final para el paciente y he decidido:

Cremación individual		Disposición en casa		Incineración colectiva (Emdepsa)	X

Declaro con la suscripción del presente documento que desde ahora acepto las condiciones del Hospital público veterinario y exonero de toda responsabilidad civil contractual o extracontractual en virtud del servicio que me han prestado; Declaro con fundamento en el artículo 33 de la constitución nacional que soy el tutor de la mascota aquí descrita y por tanto puedo disponer o que estoy autorizado para disponer en este contrato de los testimonios expresados.

Además, certifico que Dooglass no ha mordido a ninguna persona o animal durante los últimos 15 días y no ha estado expuesto a brotes de rabia en este periodo de tiempo.

Yo Manuela Ramirez Aran con tarjeta profesional número _____ en calidad de médico veterinario, hago constar que he suministrado toda la información requerida por el propietario y que se da de baja la historia clínica del paciente en el sistema de historias clínicas.

Para constancia se firma el 21 de 09 de 20 21

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Médico Veterinario:
MP:

Soraya Galeano
Propietario/acudiente:
CC: 42.095.102.

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MORENO TABERA HECTOR NUBIO
CRA 46 A NO. 74B-22 MZ 67 CS 21 HACIENDA C

Ruta: 01-01-010-1030 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 10
Transformador: 1015950000 % Contribución: % Subsidio: -39.59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0033 NT: 1

MATRÍCULA >>> 2006225

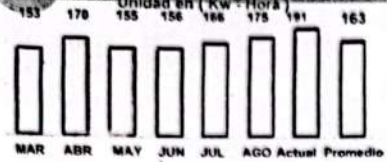
Fecha de Emisión: 16/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 25/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60038590

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	118,357
TOTAL	$145,688

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	153	136,226	30
ABR	170	155,618	31
MAY	155	142,886	30
JUN	156	146,045	30
JUL	166	138,196	31
AGO	175	146,368	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	703009507	SHE	26940	26749	191	1	191	163	
Reactiva									

Periodo facturado: 16/AGO/2024 - 15/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor 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	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	61	848.2198	51,741		51,741

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
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 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 258,673 Fecha P 27/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación — Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 5 FIUu,te 9
DIUu,n,q,m 0 FIUu n,q,m 1
VC .00

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

Somos autorretenedores segun Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 01 2220 del 26/12/2022
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira
segun acuerdo 023/2020

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

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	2	3	4	5	6
23990	23990	23990	24080	24080	23600

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	12,288	12,288
999	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8549.55
TDF:	3058.707
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Res:1
Periodo Facturado AGO/2024 Unidades Independientes Cuotas Pendientes
Ult. Pago y Fec. 258,673 P 27/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA):	12287.596

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

ENERGÍA 118,357

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
560	Consumo Activa		62,010	62,010
561	Subsidio	0	-43,653	-43,653

EEPCARIBE-MASIVO

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204634 - SA

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 2006225

Escanee y pague tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $140,738

Pago total factura $145,688

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.095.102**

GALEANO GONZALEZ

APELLIDOS

SORAYA

NOMBRES

Soraya Galeano G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1970**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUL-1988 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00063081-F-0042095102-20080902 0002915109A 1 4590001071

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0602

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana marcela rios Documento de identidad: 42133586
Dirección: parque industrial mz 23 c9 Teléfono: 3004612657
Correo Electrónico: chiquirios79@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dulce Sexo: M___ F X Raza: Jack Russell Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: negro-blanco Peso: 14 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Diciembre - 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigent
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: .
Alimentación: concentrado - ringo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado Y
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

por lipoma en la miembro posterior izquierdo pelvico

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 39,4 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas, 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	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: Paciente alerta al medio, se remite para realizar citologia s/o patologia de masa (Neoplasia) en miembro pelvico izquierdo en la region de la rodilla

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. lipoma
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 citologia

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona x 500mg	0,5 ml	Inyectable	SC	unica dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 80550

Powered by CamScanner

Nombre: Yudy

DATOS DEL PROPIETARIO

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Diana marcela rios identificado con cédula de ciudadanía número 42133586 de Pereira en calidad de tutor de Dulce, de especie canina, raza a Jack Russell e historia clínica número 0602., manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Diana Rios

Propietario/acudiente

CC: 42133586

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP
NIT 816.002.026-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nro. 1-66000-2
Administradores de servicios públicos
Responsables de IVA y Administradores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre: RIOS GOMEZ PAULA-ANDREA

Dirección: CR 3 D # 58- 37 MZ 23 CS 9 SEC-B CIUCAFE

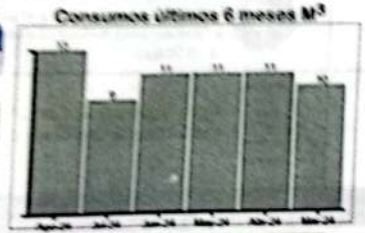
CICLO	6	ESTRATO	BAJO
RUTA	6-439XX	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1515MMRSA73034AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	958082
Factura de venta Nº	56833107
Fecha de la factura	19-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	15-Ago-2024 al 15-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$46,910**
Fecha límite sin recargo:	27-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-23
Lugar último pago:	PSEACH QR
Valor último pago:	82,390
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1034
LECTURA ANTERIOR:	1021
CONSUMO M³:	13

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	11

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

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	13	$2,172.54	$28,243.02
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-38.4%)			$-14,456.14
Consumo Periodo			$23,190.05
Ajuste a la Decena			$-.05

Subtotal Acueducto: $23,190

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	13	$2,573.74	$33,458.62
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-14,784.91
Consumo Periodo			$23,717.46
Ajuste a la Decena			$2.54

Subtotal Alcantarillado $23,720

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 urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub | % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$46,910

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
958082

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42133586

RIOS GOMEZ
APELLIDOS

DIANA MARCELA
NOMBRES

Diana Marcela Ríos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1979

VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUN-1997 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-54082112-F-0042133586-20000906 19504 00228A 02 086628242

Powered by CamScanner

Triage.

Fecha: 24/09/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0603.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yudy Patricia Mayorga. Documento de identidad: 1099940082.
Dirección: MZ 2 CS 14 Rincon del Café Teléfono: 3142877787.
Correo Electrónico: Mayorgapatricia86@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Emi Sofia Sexo: M__ F X Raza: Pinscher Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: No reporte 2 AÑOS Color: Cafe. Peso: 4,3 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2023
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta.
Evolución:
Alimentación: Doychow
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"la atropello un taxi el día de hoy).

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 Sg Ganglios Linfáticos: No reactivos
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	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	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: A la palpación se identifica posible luxación coxo femoral, en miembro posterior izquierdo.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Claudicación
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Luxación coxo femoral. MPI
2.
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:____

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

A-FAST Negativo, No se evidencia líquido libre en abdomen.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda Rx torax Vista latero lateral y ventro dorsal, Vista cadera dorso ventral y latero lateral.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	0,18 ml	Inyectable	Sc	Dosis única

Stefanía MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yudy Patricia Mayorga. identificado con cédula de ciudadanía número 1099940082 de Bucaramanga. en calidad de tutor de Emi Sofía, de especie Canino, raza Pinscher e historia clínica número 0603, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Emi Sofía puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Patricia Mayorga

Propietario/acudiente

CC: 1099940082

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Gloria Patricia Hoyos T identificado con cédula de ciudadanía número 21248765 de Pto Caviero en calidad de tutor de Laika Gomez, de especie _____, raza Criollo e historia clínica número 0604, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente
CC: 21248765

Powered by CamScanner

Fecha: 24-09-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0604

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gloria Patricia Hoyos Documento de identidad: 21248765
Dirección: Cr24 #7452 Cdg Teléfono: 3148729976
Correo Electrónico: Mallas4810@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: laika Gomez Sexo: M__ F X Raza: criolla Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 7 agosto 2014 Color: GRIS Peso:____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): nunca
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): nunca
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: ← Fecha ultimo Parto: →

MOTIVO DE CONSULTA

Hace popo con gusanos y le duele el estomago

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria:____ /rpm F. Cardiaca: 72 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso:____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: R/H/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: Paciente cachorro con Parasitos intestinales se desparasita

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
Canpex	0.2ml	Oral.	PO	3veces diarconsecutivo

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Diana Lorena Taborda O. identificado con cédula de ciudadanía número 1.054.992.882 de Chinchiná en calidad de tutor de Daga, de especie Canino, raza Bulldog e historia clínica número 0605, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Septiembre del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Diana Lorena Taborda O.

Propietario/acudiente

CC: 1.054.992.882

Powered by CamScanner

Fecha: 24-9-24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0605

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana lorena tabares Documento de identidad: 1054992882
Dirección: Samaria 2 urb M 2 16 casa Teléfono: 3114735884
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dago Sexo: M X F Raza: Bulldog Frances Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Blanco gris Peso: 6.5

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): —
Enfermedades Anteriores: Paciente gastrico
Tratamientos: Gastro Pets
Evolución: —
Alimentación: —
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asisto porque todo lo que come lo vomita

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 27 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 38.8 0C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Palidas, Secas 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	AN	7. Sistema Digestivo	AN
2. Estado de Hidratación	AN	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	AN	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	AN	12, S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente gastrico no come porque todo lo vomita igual que el agua se le administra famotidina 0.4ml y se Recomienda endoscopia

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
Ranitidina	02ml	inyectable	sb	unica dos

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 4856069

COL

COTIZ GUTIERREZ
APELLIDOS

JESUS DAVID
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

22607732
DNI Nro.

22-SEP-1993
FECHA DE NACIMIENTO

15-DIC-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-MAY-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E0183714



INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4856069<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9309223M3105308VENE0183714<<<0
COTIZ<GUTIERREZ<<JESUS<DAVID<<

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BENITEZ RAMIREZ DIANA MARIA
URB MZ 16 CS 23 PS 4 SAMARIA II

Rut: 01-01-011-4424 | Municipio: 1 PEREIRA | Servicio: Residencial | Ciclo: 14
Transformador: 10085O0000 | % Contribución: | % Subsidio: 45.78 | Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 | Grupo calidad: 12 | Circuito: 0045 | N: 1

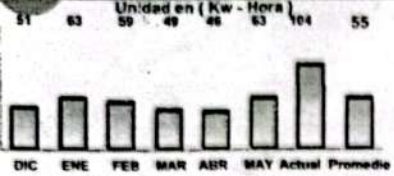
MATRÍCULA → 2060508

Fecha de Emisión: 20/JUN/2024
Facturas Vencidas: 1
Tengo plazo para pagar hasta:
27/JUN/2024
Me quedo sin servicio desde:
28/JUN/2024
Documento equivalente a la factura:
59783882

ASEO:	46,657
ALUMBRADO:	9,910
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	56,567
ENERGÍA:	84,746
TOTAL	$141,313

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
DIC	51	45,412	30
ENE	63	57,369	31
FEB	59	53,232	30
MAR	49	43,528	30
ABR	46	42,109	30
MAY	63	58,075	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	8549513	ELS	5845	5741	104	1	104	55	
Reactiva									

Periodo facturado: 21/MAY/2024 - 19/JUN/2024 | Días facturados: 30 | Observación:
Valor kWh: 936.1853 | Tarifa a mes de: MAY-2024 | Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	104	936.1853	97,363	-44,571	52,792

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(PR) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(CU) Costo kWh
401.6194	47.9634	68.9040	37.7913	285.6944	94.2128	936.1853

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
DIUu,te 3 | FIUu,te 7
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: 51,283 | Fecha: P 30/ABR/2024
Valor | Reclamación | Proceso

ENERGÍA 84,746

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	58,076	97,363	155,439
561	Subsidio	-26,285	-44,571	-70,856
581	Intereses Mes	4	159	163

ALUMBRADO PÚBLICO 9,910

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	9,910	9,910

Responsable del Alumbrado Público: Pereira | Nit: 891.480.030-7
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central Incal 104 Pereira

ASEO 46,657

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 3 - 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 ultimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
20970	20970	21050	23280	23280	23280

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	9,876	24,510	34,386
845	Recargo Mora	0	12	12
858	C V Aprovechamiento	195	195	390
939	Cargo Variable	13,207	13,229	26,436
999	Subsidio Aseo	0	-14,567	-14,567

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9213.29
TDF:	3294.7
TC:	3967.99
TA:	194.764
TTL:	721.261
TLU:	4362.5
% SUB/CONT:	-38.40%

Valor Financiado: 0 | Unidades Independiente Res: 1 | Cuotas Pendientes: 1
Periodo Facturado: MAY/2024 | Ult. Pago y Fec.: 51.283 P 30/ABR/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Mar	Apr	May
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): 3229.252

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD | CONCEPTO | DEUDA ANTERIOR | VALOR MES | TOTAL

Powered by CamScanner

Fecha: 24/08/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0606

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Johanna Guevara Documento de identidad: 1088239184
Dirección: Cra 15bis #188 Cs 33 Estación Villegas Teléfono: 3215673261
Correo Electrónico: carloscata82@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tony Sexo: M X F Raza: Pug Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: No se Sabe. Color: Negro Peso:

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Junio 2024 -
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No tiene.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado, Caldos con visceras pollo.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado
Ultimo Celo: Fecha ultimo Parto:

MOTIVO DE CONSULTA

Test parvovirus.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: /rpm F. Cardiaca: /lpm Temperatura: °C
Pulso: Tiempo Llenado Capilar: 4 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RH 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	AN	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	AN	8. S. Respiratorio	AN
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	AN
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:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Artrosis
2. Artritis
3. dolor Articular.
4. ectoparasitos
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. erliqua.
2.
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

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.239.184

GUEVARA VALENCIA
APELLIDOS

LEIDY JOHANNA
NOMBRES

LEIDY J GUEVARA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1986
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-JUN-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2400100-54129031-F-1088239184-20040824 06945 04236B 02 169606135

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR DATOS TÉCNICOS

CATAÑO LARGO CARLOS [illegible]ERTO
CRA 15B 188 78 ESTACION VIL[illegible]GALICIA

Ruta: 01-01-003-2402 | Municipio: 1 PERE | Servicio: Residencial | Ciclo: 16
Transformador: 10126J0000 | % Contribución: | Subsidio: -38.77 | Estrato: 2
Carga contratada (KW): .5 | Grupo calidad: 32 | Circuito: 0049 | NT: 1

MATRÍCULA >>> 2043393

Fecha de Emisión: 10/JUL/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 19/JUL/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59412253

ASEO:	24,087
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,037
ENERGÍA:	35,275
TOTAL	$64,312

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	84	76,492	31
FEB	80	70,824	30
MAR	85	75,681	30
ABR	95	86,963	31
MAY	81	74,669	30
JUN	75	70,214	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1210010080	GNS	13736	13667	69	1	69	83	
Reactiva									

Periodo facturado: 09/JUN/2024 - 09/JUL/2024 | Días facturados: 31 | Observación:
Valor kWh: 832.5053 | 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	69	832.5053	57,443	-22,270	35,173

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(PR) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(CU) Costo kWh
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. reconexión 53,587 | 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 35 | FIUu,te 17
DIUu,n,q,m 0 | FIUu,n,q,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.
Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0047 de 25/01/02
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012720 del 26/11/2012
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira
Según acuerdo 02 de 2007

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 67,173 | Fecha P 04/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 35,275

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	57,443	57,443
561	Subsidio	0	-22,270	-22,270
581	Intereses Mes	0	102	102

EEPOHOLGUINA #ASIVO

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,950	4,950

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 24,087

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	21680	2	21770	3	23990	4	23990	5	23990	6	24080

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	6	6
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
922	Aseo Pereira	0	713	713
939	Cargo Variable	0	13,229	13,229
	Otros conceptos	0	-14,567	-14,567

Componentes Tarifarios

TBL:	16170.77
TRT:	3213.39
TDF:	3204.7
TC:	2937.99
TA:	194.764
TTL:	21.258
TLU:	4382.97
% SUB/CON:	-35.40%

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes Res.1 | Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUN/2024 | Ult. Pago y Fec. 67,173 P 04/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

Fecha: 24/09/24 Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0607

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: stefania hoyos Documento de identidad: 1088025726
Dirección: belmonte bajo cs 79A Teléfono: 3108412346
Correo Electrónico: sthephaniehoyos@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: nina Sexo: M ___ F X Raza: mestiza Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 15 años Color: Amarillo Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): agosto 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): agosto 2024
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

dolor articular, ulcera corneal, ataques

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R H. 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. 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. ulcera corneal
2. ataques
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. epilepsia.
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 envia formula con CBD.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.025.726**
HOYOS OROZCO

APELLIDOS
ESTEFANIA

NOMBRES

Estefanía Hoyos Orozco

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1996**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

28-MAR-2014 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2402500-00570683-F-1088025726-20140508 0038385264A 1 41702501

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 PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Nuir: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre: ESTEFANIA HOYOS OROZCO

Dirección: AV 30 DE AGOSTO N0 115-80 BELMONTE BAJO CASA 79A BELMONTE OCTAVIO O.

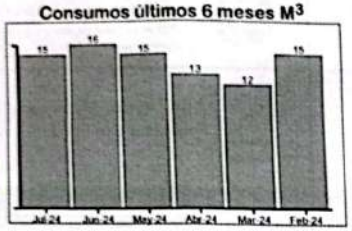
CICLO	14	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	3-11250	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H23VA595844	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	389346
Factura de venta N°	56758120
Fecha de la factura	29-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	23-Jul-2024 al 22-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$42,140
Fecha límite sin recargo:	06-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-08
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL NORMAL
Valor último pago:	42,180
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	156
LECTURA ANTERIOR:	141
CONSUMO M³:	15

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	14

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
INST DOM ACUEDUCTO	Sep-23	Ago-26	$1,165.93	$29,148.27	0.75	25
INST DOM ACUEDUCTO	Oct-21	Sep-24	$1,023.73	$2,047.47	0.75	2

Subtotal otros Cobros Asociados: $2,189

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	6,990	174,685.94	25.00

Subtotal otros Cobros no Asociados: $6,990

FIRMA GERENTE — EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP

Esta factura se asemeja en todos sus aspectos a una letra de cambio, art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art.130, ley 142/94

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	15	$2,172.54	$32,588.10
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-26,051.16
Recargos Mes			$8.94
Consumo Periodo			$15,940.11
Ajuste a la Decena			$1.29

Subtotal Acueducto: $15,950

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	15	$2,573.74	$38,606.10
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,643.64
Recargos Mes			$8.50
Consumo Periodo			$17,001.50
Ajuste a la Decena			$-4.72

Subtotal Alcantarillado: $17,010

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 urbanos
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:
56758120	389346	29-Ago-2024

TOTAL A PAGAR $42,140

Powered by CamScanner