1.6.1 HISTOTIAS CLINICAS 26 DE SEPTIEMBRE 2024

Fecha: 26/sep/24 Documentos los dejo en recepción en lunes de la entrega. Triaje.

No. Historia Clínica: 0715

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Monica Cristina Badaya Documento de identidad: 1088263183
Dirección: Mz Cs 40 Laureles wba. Teléfono: 3122605734
Correo Electrónico: Mbadajamejia@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lukas Sexo: M X F ___ Raza: Pug Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: Amarillo Peso: 10 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 año.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2 años.
Enfermedades Anteriores: NIP
Tratamientos: NIP
Evolución: NIP
Alimentación: Concentrado, sopa de pechuga.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

lo operaron el lunes y ayer en la tarde comenzó a sangrar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Taqueo /rpm F. Cardiaca: 156 /lpm Temperatura: 38,8 oC
Pulso: F II C Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Normal.
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	N
5. 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 evalua la zona de la sutura y se evidencia exudado espeso de color verdoso.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Exudado espeso · verdoso
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Infección x cirugia.
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

Infección

OBSERVACIONES

Se realiza limpieza con clorhexidina y se cita para control mañana.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
Multibio	1ml	1 iny	SC	UD

Laura Granados
Médico Veterinario:
Matricula Profesional: 9580

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Monica Cristina Bedoya identificado con cédula de ciudadanía número 1088263183 de Pereira en calidad de tutor de Lukas, de especie canino, raza Pug e historia clínica número 0715, 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, Lukas 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 26 de septiembre del 2024

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

Monica Bedoya

Propietario/acudiente

CC: 1088263783

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. UNIVERSIDAD DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 0716.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luisa fda Gonzalez Documento de identidad: 1088315055.
Dirección: M123 cs 3 2500 Lotes. Teléfono: 3017172131.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby. Sexo: M X F ___ Raza: Cocker Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 23/2/16 Color: _____ Peso: 24,4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2/9/24.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 17/07/24
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - pollo. - Brocoli - zanahoria
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Rasca el oido.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28. /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 39,3. oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas - Humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X. Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: otitis en el oido izquierdo reincide.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza limpieza y formula medica.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Diclofenaco	2,4.			

Vanessa V.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

...NTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA.

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

CANTOR FORERO JOSE WALDO
URB MZ 23 CS 3 LOS HEROES II 2500 LOTES SE

...ta: 01-01-007-8010 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 12
...ansformador: 10062C0006 Contribución: % Subsidio: -38.86 Estrato: 2
...rga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0033 NT: 1

MATRÍCULA

703751

Fecha de Emisión: 20/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 28/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59805320

ASEO:	47,212
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	52,162
ENERGÍA:	70,701
TOTAL	$122,863

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	147	138,138	30
MAR	155	138,007	31
ABR	148	135,480	30
MAY	135	124,449	30
JUN	141	132,002	31
JUL	139	115,718	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
ctiva	90096627	MER	29465	29330	135	1	135	144	
...ectiva									

...: 19/JUL/2024 - 17/AGO/2024 Días facturables: 30 Observación
...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
0-120	120	836.3899	100,731	-42,249	58,482
>120	5	836.3899	4,182		4,182

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (R) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CV) Costo variable

306.0361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.1899

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

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
.00		38,877	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 FIUG[,n,q 15
DIUu,te 4 FIUu,te 8
DIUu,n,c,m 0 FIUu,n,c,m 0
VC .00

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

ULTIMO PAGO

...mpresa de Energía de Pereira 128,953 Fecha P 01/AGO/2024
...tros
...alor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 70,701

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	112,913	112,913
161	Subsidio	0	-42,249	-42,249
581	Interseco Mes	0	37	37

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: 891 480 030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No: 037 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 1 d Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 47,212

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	42110	2	46560	3	46560	4	46560	5	46730	6	46730

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	49,021	49,021
845	Recargo Mora	0	2	390
858	C V Aprovechamiento	0	390	27,228
939	Cargo Variable	0	27,228	

Componentes Tarifarios

TBL:	27,379.54
TRT:	19041.02
TDF:	874.06
TC:	[illegible]
TA:	369.928
TTL:	1442.512
TLU:	8725.34
% SUB/CONT:	-38.86

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Rec:2 Cuotas Pendien
Periodo Facturado JUL/2024 Lit. Pago y Fec. 128,953 P 01/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	J
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.0
No aprovechables (TRNA):	.088	.088	.0

Residuos del período (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):

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
GONZALEZ AGUIRRE

NUIP 1.088.315.055

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 FEB 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
QUIMBAYA (QUINDIO)

Fecha y lugar de expedición
03 FEB 2012, PEREIRA

Firma

Luisa F. Gonzalez

Fecha de expiración
10 ENE 2033

.CO

012751796

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL012751796224001<<<<<<<<<<
9402010F3301100COL1088315055<9
GONZALEZ<AGUIRRE<<LUISA<FERNAN

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0717

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luis Fernando cardona Documento de identidad: 1088270177
Dirección: Nr 7 a 11 sector E P.I Teléfono: 3132175827
Correo Electrónico: cardona.luis0902@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Naña Sexo: M__ F_X_ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 meses Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No reporta
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace 2 meses (sin evidencia).
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero X__ Esterilizado___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea, Inapetencia, Decaimiento, Vómito.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 118 /lpm Temperatura: 39.3 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas húmedas. 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. ectoparasitos
2. vomito
3. diarrea
4. dolor abdominal
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	UD
ranitidina	2 mg	inyectable	SC	UD
nexabismol	1 ml/5kg	suspension	VO	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42088470**



ALVAREZ ZULUAGA
APELLIDOS

NANCY
NOMBRES

Nancy Alvarez
FIRMA



INDICE DERECHO

17-FEB-1968
FECHA DE NACIMIENTO

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-NOV-1986 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-54097741-F-0042088470-20020215 07467 02045A 01 118320473

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: GLORIA NELLY VALENCIA HERNANDEZ

Dirección: VIA VILLASANTANA, LAS BRISAS VILLA SANTANA LAS BRISAS FRENTE AL COLEGIO JAIME SALAZAR ROBLEDO

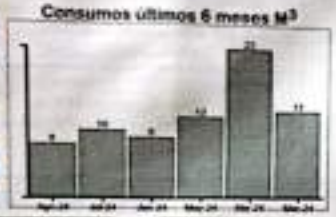
CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	5-2386	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1515MMRSA60529AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	19605471
Factura de venta Nº	56849705
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Ago-2024 al 16-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	$19,070
Fecha límite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-27
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	16,150
Edad:	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	799
LECTURA ANTERIOR:	789
CONSUMO M³:	10

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual 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 (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Pague su 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 (-69.2%)			$-21,540.97
Consumo Periodo			$9,587.60
Ajuste a la Decena			$2.40

Subtotal Acueducto: $9,590

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	10	$2,573.74	$25,737.40
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.78	$5,043.78
Subsidio Alcant (-69.2%)			$-21,300.58
Consumo Periodo			$9,480.00
Ajuste a la Decena			$-0.60

Subtotal Alcantarillado: $9,480

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

Tifa - M³

CONCEPTO	LECTURA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TFIA)

No Aprovechables (TFMA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Reciclaje y ampliación

Limpieza urbana

Reciclables

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNS

TBL	TRT	TOF	TFL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS: $19,070

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: $0

Matrícula No. 19605471

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

(415)7709998052102(8020)0000005849705001(3900)0000019605471(96)20240916

Kit 2764

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: (0716)0788

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yuliana Hernandez Documento de identidad: 1098306899
Dirección: M210 - CS 2-14 villa eliza Teléfono: 3125677104
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 1 mes y medio Color: negro Peso: 1.2

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 25-09-24
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): _____
Enfermedades Anteriores: Anemia marcada
Tratamientos: Pelonic R Suspensión - Ignevit Fortiflora Probioticos - Ronda Poppy
Evolución: Proplan
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente llega decaida, debil como desmayada por urgencia

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 170 /lpm Temperatura: 38.3 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: palidas Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	
2. Estado de Hidratación	
3. Sistema Tegumentario	
4. Ojos	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 llega por urgencia con sintomas neurologicos, nistagmos - hipospupilar, llega con examen hemoparasito, anemia marcada antes realizados en otro centro veterinario.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Parasitosis
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 recomienda al Propietario seguir con el Plan terapeutico previamente establecido y se agenda control de cuadro hematico el 28/09/21

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
Canex	0,2/kg	Solucion oral	oral	U/D

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 55530

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Efigas
siempre

¡Hola!

GILBERTO DE JESUS VILLEGAS RIVERA

Tu código de contrato es 347192

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

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

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES
01 8000 96 63 46
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES OTRAS EMERGENCIAS COMUNÍCATE CON NOSOTROS
Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 896 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: VILLA ELIZA MZN 10 CS- 214 PS- 3
Dirección del predio: VILLA ELIZA MZN 10 CS- 214 PS- 3
Estrato: 2
Barrio: VILLA ELIZA, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 1913 − Lectura anterior: 1900 × Factor de corrección: 0,8872 = Consumo m³: 12
Periodo de consumo: 07/AGO - 05/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: U-1540848N
Observación de la lectura

TU CONSUMO EN M³ LOS ÚLTIMOS MESES

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 20.127
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 20.127**
Si no pagas antes de	24/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202377962
Referencia de pago	181361429

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 292656)				
Consumo de gas natural	$ 34.302			
Subsidio	$ -14.175			
TOTAL SERVICIO:	$ 20.127		$	$

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.

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

pse

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 11 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:

$ 6.700.000

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

www.efigas.com.co

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

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

Gerente

CANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.096.918-8

1207

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.306.899
HERNANDEZ CARDONA

APELLIDOS
YULIANA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1987
GENOVA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUL-2005 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2400100-00384679-F-1098306899-20120628 0030349624A 1 4541903419

Powered by CamScanner

Fecha: 26/Sep/24. | No. Historia Clínica: 0719

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Stefanya Jaramillo Franco Documento de identidad: 1004519649
Dirección: M2.47 Cc. 96 el remanso Teléfono: 3135920925
Correo Electrónico: 3220736095stefa@gmail.com 3103673595.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sombra Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10 años Color: Dorado Peso: 25Kg.

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Decaimiento, inapetencia, con 15 días de evolución

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: Filc Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: ictericas. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso X; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	AN
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	AN
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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	AN

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Respiracion=espiracion profunda. Mucosas ictericas, abdomen distendido, orina muy amarillo.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Mucosas ictericas.
2. Inapetencia
3. Decaimiento
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Intoxicacion
2. Distemper.
3. leptospirosis
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea: Y
Rayos X:
Ecografía:
Cuadro Hemático: Y
Frotis (raspado piel):

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros: x Test Distemp

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Negativo.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente no logra mantenerse de pie, mucosas ictericas, respiracion forzada, se envia muestra a eje lab para descartar una leptospirosis.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	1,25ml	iny	SC	UD
multivio	2.5ml	iny	SC	UD
ATP	2.5ml	iny	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 95040

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

ETANCUR SALAZAR DORA MARIA
RB MZ 47 CS 9B EL REMANSO VILLA SANTANA L
01-01-020-3036 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 3
Informador 1015750000 Contribución: Subsidio: -51.09 Estrato: 1
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0016 NT: 1

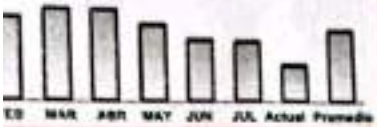
MATRÍCULA >>> 2025908

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: 59876674

ASEO:	11,494
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,894
ENERGÍA:	27,002
TOTAL	$41,896

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	145	128.368	30
MAR	160	142.459	31
ABR	161	147.380	30
MAY	137	126.293	30
JUN	110	102.980	30
JUL	109	87.413	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
iva	11019535	MER	15741	15675	66	1	66	136	
activa									

Días facturados: 30
Observación:
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	66	836.3899	55,202	-28,200	27,002

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

306.2361 55.0334 55.0662 27.0710 295.0650 95.5182 836.3899

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 58,052 Fecha P 05/AGO/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 27,002

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	55,202	55,202
561	Subsidio	0	-28,200	-28,200

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: 891.480.019-2
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): 2 No aprovechables: 2 Aprovechables: 5 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Año o Mes (Mt.): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1 10610	2 11890	3 11890	4 11890	5 14230	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24.511	24.511
850	C V Aprovechamiento	0	105	105
939	Cargo Variable	0	12.611	12.611
988	Subsidio Aseo	0	-25.823	-25.823

Componentes Tarifarios

TBL:	10178.77
TRT:	8810.46
TDF:	3123.511
TC:	3057.90
TA:	134.764
TTL:	608.125
TLL:	4362.97
% SUB CONT:	28.20%

Valor Financiado: 0 Unidades independientes: Res. 1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado: JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 58,052 P. 05/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 Aprovechables:
Costo Variable Aprovechable (VBA): 134.764 12611.25

Resolución CREG 105 607 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSO LTDA. - NIT. 800234634-1

VALOR A PAGAR:

Pago Sin AP y Terceros $38,496

Pago total factura $41,896

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

Escanea y paga

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. PEREIRA | VETERINARIO No. Historia Clínica: 0022.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Blanca Nallery Gomez Documento de identidad: 42113837.
Dirección: Guaycabal M2 CS 21 Teléfono: 3126908810.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Niño Sexo: M X F ___ Raza: Ansher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: Negro Peso: 3,8.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 9/24.
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 19/7/24.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tos-

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg. 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	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 Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Etarios. Inviernos

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V. G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/Sep/24 — Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario — No. Historia Clínica: 0023

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Beatriz Elena Largo — Documento de identidad: 42105881
Dirección: MZ 5 CS 32 Barrio Tokio — Teléfono: 3148439197
Correo Electrónico: ———

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mathias — Sexo: M X F ___ — Raza: Shit-zú — Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 meses — Color: Blanco — Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 2 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sin vacunas
Enfermedades Anteriores: NP
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: Concentrado Dog chow cachorros
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia, Vómito, Decaimiento, Diarrea.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 136 /lpm Temperatura: 39'2 °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: Rosas secas 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	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: El paciente se encuentra animica/ bien se evidencian mucosas rosas y animal alerta y activo.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Diarrea
2. Decaimiento.
3. Vomitos.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros: x test parvov

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Positivo.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se le explica a la Sra. la gravedad de la enfermedad, se medica el paciente y se le recomienda a la Sra. hospitalizar el paciente.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Mytibio	0,5ml	(N)	SC	UD
ATP	0,5ml	(N)	SC	UD
Ranitidina	0,9ml	(N)	SC	UD
Navaberm 01	1 mm	Oral	PO	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matricula Profesional: 45820

Powered by CamScanner

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

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autoretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

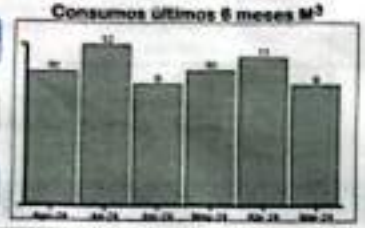
Nombre	BEATRIZ ELENA LARGO
Dirección	MZ 5 CS 32 PROYECTO DE VIVIENDA TOKIO
CICLO	7
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	7-5100
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	C15LA889853AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1575968
Factura de venta N°	56846986
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Agt-2024 al 16-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$20,610**
Fecha limite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha ultimo pago:	2024-09-15
Lugar ultimo pago:	APOSTAR
Valor ultimo pago:	19,070
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1122
LECTURA ANTERIOR:	1111
CONSUMO M³:	11

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	10

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Pague su 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			$38.35
Consumo Periodo			$10,256.74
Ajuste a la Decena			$4.91

Subtotal Acueducto: $10,300

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			$37.92
Consumo Periodo			$10,272.08
Ajuste a la Decena			$-1.23

Subtotal Alcantarillado $10,310

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo	
TSL - M²	

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)	
No Aprovechables (TRNA)	

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbana	
Reciclados	

Componentes Tarifarios

Ultimo pago	
% Sub. % Cont.	
Unidades independientes	UR / UNR

TSL	TRT	TSW	TTL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$20,610

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Cupón para Entidad Recaudadora

Matrícula No.
1575968

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

Kit 4404

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0724

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel Angel Moreno Documento de identidad: 1088356437
Dirección: Mz 1 Cs 15 Antonio José Uribe Teléfono: 3215825685
Correo Electrónico: jguelmimoreno@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Apolo Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo-Ddog Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 16/05/2024 Color: Negro-Amar. Peso: 14kg.

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

vomito diarrea inapetencia

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 20 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2seg 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. 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: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. diarrea
2. vomito
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	35mg	inyectable	sc	UD
Ranitidina	2mg	inyectable	sc	UD
novabismol	1ml/5kg	suspension	vo	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.356.437
MORENO ASPRILLA
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES



Miguel Angel
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1999
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

22-AGO-2017 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-00941657-M-1088356437-20171002 0057654513A 1 48175840

Powered by CamScanner

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

MARIN PARRA RUBIELA

MATRÍCULA 958702

Dirección: MZ 1 CS 15 ANTONIO JOSE VALENCIA

Factura de venta N° 56175324

Fecha de la factura 23-May-2024

PERIODO DE COBRO 16-Abr-2024 al 17-May-202

CICLO 10 | ESTRATO BAJO

RUTA 1-32850 | RESIDENCIAL

Medidor N° P1415MMRSA41664AA | 1/2 P

TOTAL A PAGAR:

$46,910

Fecha límite sin recargo 31-May-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

2024-05-02

TORRE CENTRAL NORMAL

42,640

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL 2753

LECTURA ANTERIOR 2740

CONSUMO M³ 13

Consumos últimos 6 meses M³

OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual: 13

ACUERDOS DE PAGO

Detalle | Valor Cuota | Saldo | Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL PERIODO ACTUAL

Detalle | Valor Cuota | Saldo | Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	13	$2,172.54	$28,243.02
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-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 Alcantarillado			$-14,784.91
Consumo Periodo			$23,717.46
Ajuste a la Decena			$2.54

Subtotal Alcantarillado $23,720

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CANTIDAD EXPRESADA EN TONELADAS

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

Componentes Tarifarios

Unidades Independientes | UR | UNR

TRL | TRI | TIM | TTL | %V | TC

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No	Matrícula No	Facturado el
56175324	958702	23-May-2024

Dirección del Predio: MZ 1 CS 15 ANTONIO JOSE VALENCIA

TOTAL A PAGAR $46,91

Cupón para Entidad Rec

Kit 808

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

envia document
wpp.

Fecha: 26/9/24 | No. Historia Clínica: 025

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Liz Elena Perez Documento de identidad: 1088302205.
Dirección: M27 C539 Pinares Alto Teléfono: 3212399575.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Rosita Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 8 años. Color: _____ Peso: 5,4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: No
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 2017 Rabia.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

No come - inapetencia - dolor abdominal.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ~~[illegible]~~ /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.1 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosada - 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: Se encuentra bajo de peso
Gingivoestomatitis.

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 envio formula medica con stomorgyl y lindodent

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz Elena Perez. identificado con cédula de ciudadanía número 1088302705 de Pereira en calidad de tutor de Rosita., de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 0725, 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, Rosita 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 26 de Sep del 20 24.

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

Luz Elena perez

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0726

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Clarena gaspar Documento de identidad: 42085286
Dirección: M218 CS1 - Sinai 2500 lotes Teléfono: 3225561357
Correo Electrónico: clarenaaaaaaaaaa10@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M___ F X Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 5 Años Color: gris Peso: 8.9

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigente
Enfermedades Anteriores: No reporte
Tratamientos: No reporta
Evolución:
Alimentación: concentrado – chonka, mixingo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Desde el martes esta muy quieta, No esta comiendo
No esta activa, tiene una corrosidad en las orejas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: jadeo /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 35,3 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Pálidas Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso___; Comatoso ___. Alerta ___ Otro:___

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	,	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	AN	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	AN
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 que presenta pupilas muy dilatadas, deshidratación, anemia modera, posiblemente micoplasma, hipotermo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Midriasis
2. deshidratacion
3. Taquicardia
4. anemia
5. Ing Retencion
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Micoplasma
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 Cuadro hematico q se le hace hidratación con oxitetraciclina, Vetistan, Dexametasona, q ATP

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Oxitetraciclina	1.6ml	Diluido		
Vetistan	0.6ml		SC	
Dexametasona	0.6ml			
ATP	1ml	Diluido		

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5055

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Clarena gaspar identificado con cédula de ciudadanía número 42085286 de Pereira en calidad de tutor de Luna, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 0726, 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 26 de Septiembre del 2021

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

Clarena Gaspar.

Propietario/acudiente

CC: 42085286

Powered by CamScanner

Fecha: 26-04-23 | No. Historia Clínica: 0727

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angie Aguirre. Documento de identidad: 1004790033
Dirección: Mz 1 Cs 14 Portal Arboleda Teléfono: 3125501570.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: AMy. Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 10 años Color: Negro Peso: 7,7 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 2023.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 2023.
Enfermedades Anteriores: NO.
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Dont Cat.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Presenta tos -

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 24. /rpm F. Cardiaca: 84. /lpm Temperatura: 37,3 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosa - Humedas - Brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. 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: Se realiza nebulización.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza nebulizacion frumuen - Dexametasona.
Se envia formula medica.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Angie Aguirre. identificado con cédula de ciudadanía número 1004790033 de Pereira en calidad de tutor de Amy, 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, Amy 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 26 de Sep del 20 21

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

Angie Aguirre R

Propietario/acudiente

CC: 1004790033

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0728

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luis Carlos Bonilla G. Documento de identidad: 10133939
Dirección: Vereda Guayabal predio 30 cordova Tibunas Teléfono: 3127646958
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Oddie. Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2018 Color: Negro Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Febrero 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): sep 2024 Rabia /
Enfermedades Anteriores: NO
Tratamientos: NO
Evolución: NO
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Herida en el ojo y presenta cojera en el miembro anterior derecho, inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 134 /lpm Temperatura: 38.4 oC
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 3 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	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. inapetencia
2. lesión en ojo
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 a cita con cirujano, animal agresivo necesita limpieza en ojo izquierdo y posible sutura

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

LUZ DEYBI MUÑOZ GRAJALES

Tu código de contrato es **1035974**

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

Tu factura fue expedida el 12/09/2024 00:15:04

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 1.335
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 1.335**
Si no pagas antes de	24/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202339864
Referencia de pago	181335112

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

EMPRESAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.098.913-8

1050

164 ANTIOQUIA 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 0950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351
www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: VTE CONDINA - 0 VDA BRISAS CONDINA MZ 1918 NUPR 26 PS 1
Dirección del predio: VTE CONDINA - 0 VDA BRISAS CONDINA MZ 1918 NUPR 26 PS 1
Estrato: 1
Barrio: VEREDA LA GRAMINEA (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 51 − Lectura anterior: 50 × Factor de corrección: 0,8473 = Consumo m3: 1
Periodo de consumo: 07/AGO - 05/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: 24-21061563-18
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES – CAPITAL	CARGO DEL MES – INTERESES	SALDO PENDIENTE / CUOTAS PENDIENTES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1258288)			
Consumo de gas natural	$ 2.845		
Subsidio	$ -1.510		
TOTAL SERVICIO:	**$ 1.335**	**$**	**$**

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 52 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:

$ 6.225.000

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

Brilla









NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2024

Ficha: 660011641277500001187

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUZ DEYBI**

Apellidos: **MUÑOZ GRAJALES**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **42139688**

Municipio: **Pereira**

Departamento: **Risaralda**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**03/12/2021**
Ultima actualización ciudadano:	**29/04/2024**
Ultima actualización vía registros administrativos:	**25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS**
Dirección:	**Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1**
Teléfono:	**3248703**
Correo Electrónico:	**sisben@pereira.gov.co**

¿Hemos actualizado tu información? Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas posteriores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4 : 139.688
NUMERO

MUÑOZ GRAJALES
APELLIDOS

LUZ DEYBI
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1980
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-1998 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2400100-70156668-F-0042139688-20080122 0007500021M 02 981462860

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luis Carlos Bonilla identificado con cédula de ciudadanía número 10133939 de Pereira en calidad de tutor de Oddie, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 428, 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, Oddie. 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 26 de Septiembre del 2024

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

Luis Carlos B

Propietario/acudiente

CC:

10133939

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario No. Historia Clínica: 0729.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Kalenne Montenegro Documento de identidad: 66753999.
Dirección: la esneda. Teléfono: 3205199390
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Ñera Sexo: M__ F x Raza: Mestiza Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 17 años. Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No.
Enfermedades Anteriores: Masa en abdomen
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado Mirringo.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado V
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Perdida apetito- Tos-

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 36.8 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Pálidas. 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	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: Tiene pulsado ojos - presenta masa - NAI.
Se le recomienda (recetan) nebulizaciones.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda eutanasia.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V. 6.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Katerine Montenegro identificado con cédula de ciudadanía número 66753999 de Unión Valle. en calidad de tutor de Nera, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 0729., 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, Nera. 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 26 de Sep del 2079

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

KATHERINE

Propietario/acudiente
CC: 66.753999

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: 26/9/24 **Fecha y Hora:** 26/9/24.

Yo Katerine Montenegro **Identificado con CC:** 66753999.
con Dirección: la esneda ; **Tutor de** Ñera.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 17 año
Historia Clinica No: 0029.

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

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

Eutanasia.

En constancia que Ñera ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Vanessa Villegas **con matrícula profesional No** 4077., **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 Katerine Montenegro
CC:

Firma KMontenegro
66.753.999.

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | UNIVERSIDAD DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0730

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Anderson Daniel Cardona Documento de identidad: 1073245163
Dirección: Poco Alto Sc Buenos Aires Sc D C A Teléfono: 3213181434
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Zeus Sexo: M X F ___ Raza: Husky Siberiano Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 05/2016 Color: Negro - Blanco Peso: 40 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esta mañana presentó por primera vez un episodio convulsivo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 89 /lpm Temperatura: 38.6 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos.
Mucosas: 1 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	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. _____
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 envía remisión para toma de perfil convulsivo, se le manda fórmula con CBD medicinal hasta traer el reporte de resultados.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Anderson Daniel Cardona identificado con cédula de ciudadanía número 1073245163 de Nosquera (Cundinamarca) en calidad de tutor de Zeus, de especie Canino, raza Husky Siberiano e historia clínica número 0730, 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, Zeus 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 26 de Septiembre del 2024

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

Propietario/acudiente

CC: 1073245163

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | Universidad Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0731

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paola Andre Lopez Documento de identidad: 42154699
Dirección: M27 Cs 227 mercedes Teléfono: 3147886631
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lala-Nala Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 AÑOS Color: Blanco negro Peso: 5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 2 AÑOS
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: No reporta
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - sopa de higado, huevo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esta vomitando mucho aproximadamente 8 dias

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 150 /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: NO Ganglios Linfáticos: NO reactivos
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	NE
2. Estado de Hidratación	NE	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	NE	9. S. Nervioso	NE
4. Ojos	NE	10. S. Musculoesquelético	NE
5. Oídos	NE	11. S. Cardiovascular	NE
6. Nariz	NE	12. S. Genitourinario	NE

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con inapetencia, con regurgitación, de difícil manejo lo cual imposibilita un correcto examen medico. Gastritis c/o reflujo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. ansiedad
2. Reflujo
3. agresividad
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Gastritis
2. ansiedad
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 sedolax vet gotas x 10ml, Gastroamel tabletas esomeprazol tabletas x 20 mg

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5550

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.154.699**

VILLARRAGA LOPEZ

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

Paola A. Villarraga

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1983**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-OCT-2001 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2405400-00535489-F-0042154699-20140111 **00365**71350A 2 39812592

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MEDINA LOPEZ MARIA FANNY
URB MZ 7 CS 227 VENDEDORES AMBULANTES CAMI

Ruta 01-01-018-1335 | Municipio 1 PEREIRA | Servicio Residencial | Ciclo 12
Transformador 10050C0000 | Contribución | $ Subsidio -38.77 | Estrato 2
Carga contratada (KW) 0 | Grupo calidad 12 | Circuito 0033 | NT 1

MATRÍCULA >>> **444018**

Fecha de Emisión: 19/JUL/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 29/JUL/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59537801

ASEO:	23,370
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,320
ENERGÍA	134,690
TOTAL	$163,010

INFORMACIÓN DE CONSUMO

194 317 230 216 196 227 212 212
Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor $	Días facturados
ENE	194	176,668	31
FEB	217	192,103	30
MAR	230	204,785	31
ABR	216	192,216	30
MAY	196	190,682	30
JUN	227	212,514	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	95406	HXE	31314	31102	212	1	212	212	
Reactiva									

Período facturado: 19/JUN/2024 - 18/JUL/2024 | Días facturados: 30 | Observación:
Valor: 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	130	832.5053	108.226	-41.958	66.268
>130	82	832.5053	68.265		68.265

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

G	T	PR	R	D	C	CU
317.2381	52.6374	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 7 | 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.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 185,268 | Fecha P 03/JUL/2024
Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 134,690

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	176,491	176,491
501	Subsidio	0	-41,958	-41,958
501	Intereses Mes	0	157	157

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: 891.480.035-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2009
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central local 104 Pereira

ASEO 23,370

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
NIL 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 (M3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

20970	21050	23280	23280	23290	23279

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	2	2
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,229	13,229
999	Subsidio Aseo	0	-14,567	-14,567

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	8213.09
TDF:	3294.7
TC:	3967.99
TA:	*** ***
TTL:	721.258
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado: 0 | Unidades independientes | Res.1
Período Facturado: JUN/2024 | Ult. Pago y fec: 185,268 P 03-JUL-2024

	Apr	May	Jun
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA)	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA)	.068	.068	.068

Residuos del período (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo	194.784
Costo Variable No Aprovechable	13229.048
Costo Variable Aprovechable (VBA):	

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

energía DE PEREIRA
NIL 816.002.819-6
www.epp.com.co
Matrícula
444018

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:
Pago sin Alumbrado Público: $158,060
Pago total factura: $163,010

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. | No. Historia Clínica: 0332.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carolina Velez Garcia. Documento de identidad: 1088019480
Dirección: Av no 15-53. Teléfono: 3128378230
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nina Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años. Color: Blanco Peso: 3.3K

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 3 meses.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 1/12/23.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: _____
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Vomito - inapetencia

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 92 /lpm Temperatura: 39.1 oC
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2S Ganglios Linfáticos: No activos
Mucosas: Palidas, 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	A/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 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

Se recomienda endoscopia

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.019.480

VELEZ GARCIA

APELLIDOS

CAROLINA

NOMBRES

Carolina Velez G.

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1994

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-AGO-2012 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2402500-01053267-F-1088019480-20181227 0063940356A 2 3936544925

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

CASTAÑO BERNARDO
AVD DEL RIO 15 53 PROVISIONAL AMERICA

Ruta 01-01-003-3425 | Municipio 1 PEREIRA | Servicio Residencial | Ciclo 1
Transformador 10013L0000 | Cond/Red/Alm | Subsidio -38.77 | Estrato 2
Carga contratada (KW) 5 | Grupo calidad 12 | Circuito 0042 | NT 1

MATRÍCULA

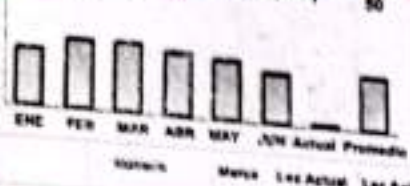
Fecha de Emisión: 30/JUL/2024
Facturas Vencidas: 0
Ningún plazo para pagar hasta: 08/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59599411

2056881

ASEO:	23,375
ALUMBRADO:	20,250
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	43,625
ENERGÍA:	572
TOTAL	$44,197

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	48	41,889	30
FEB	56	48,576	30
MAR	56	48,861	30
ABR	51	46,686	30
MAY	49	45,170	31
JUN	41	38,384	31

	Medidor	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	15907669	MER	5945	5944	1	1	1	50	
Reactiva									

Periodo facturado: 28/JUN/2024 - 27/JUL/2024 | Días facturados: 30 | Observación:
Tarifa aplicada: JUN-2024 | Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	1	832.5053	833	-323	510

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

G (Generación)	T (Transmisión)	PR (Pérdidas)	R (Restricciones)	D (Distribución)	C (Comercialización)	Costo unitario
317.2381	52.8274	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 1

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 | FIUG[,n,q 15
DIUu,te 2 | FIU
DIU
VC .09

ÚLTIMO PAGO

de Energía de Pereira 44,193 | Fecha H 27/JUL/2024
Valor en Reclamación | Principal

ENERGÍA 572

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	833	133
561	Subsidio	0	-323	-323
581	Intereses Mes	0	62	62

ALUMBRADO PÚBLICO 20,250

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
357	Alumbrado Publico Pereira	19,807	19,807
315	Interes Alumbrado Pereira	443	443

Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2000
Oficina de atención al contribuyente: CRA 15 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 23,375

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables 2 | Aprovechables 2 | Barrido 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) | Frecuencia Poda 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) | Días Mes (MES) 1 | Usu Rural 4130-0197

Tarifa últimos 6 meses

20978	21990	23290	23288	23258	23078

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	24,511	24,511
845	Recargo Mora	7	7
858	C V Aprovechamiento	195	195
938	Cargo Variable	13,229	13,229
999	Subsidio Aseo	-14,567	-14,567

Componentes Tarifarios

CU	10179.77
CDT	8213.09
CPT	1294.7
PC	2837.99
CA	194.104
PTL	721.258
TLD	4162.87
% SUBSIDIO	38.46%

Valor Financiado: 0 | Unidades Independientes: Res 1 | Usuarios Residenciales: 4
Periodo Facturado: JUN/2024 | Fecha Pago x Fac: 16-JUL-2024

Cantidad de Residuos (Ton)

	Apr	May	Jun
Aprovechables (TAA):	301	301	301
No aprovechables (TRNA):	268	268	268

Residuos del periodo (Ton)

Ordinarios	801
Barrido y Limpieza	806
Limpieza urbanos	801
Rechazados	0

Información de Liquidación
Costo Fijo
Costo Variable No Aprovechable: 194,104
Costo Variable Aprovechable (VBA): 1,223,048

OTRAS EMPRESAS 0

COD | CONCEPTO | DEUDA ANTERIOR | VALOR MES | TOTAL

energía DE PEREIRA
NIT. 816.002.019-6
www.eep.com.co

Matrícula
2056881

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Público: $23,947
Pago total factura: $44,197

Powered by CamScanner

Fecha: 20/08/24 — UNIVERSIDAD DE PEREIRA — HOSPITAL VETERINARIO — No. Historia Clínica: 0733

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Lisandra Milena Tapasco — Documento de identidad: 42148905
Dirección: Cll 78 #35-71 Campo Alegre — Teléfono: 3007556755.
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lulu — Sexo: M ___ F X — Raza: French P — Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 18/03/2018 — Color: Gris — Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 4 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 8 meses.
Enfermedades Anteriores: NO
Tratamientos: NO
Evolución: NO
Alimentación: Monello
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Alergia (Brote en la piel)

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38.2 oc
Pulso: F.C 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	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: 2º episodio en pcc de inflamacion de la piel, costras

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. alergia al pollo
2. Acaros
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 envia formula con alernex y prednisolona, con revision en 15 dias, se hace la recomendacion de cambio de alimento.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
vethistam	2mg	inyectable	sc	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: -

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | No. Historia Clínica: 0934

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angie valencia Documento de identidad: 1006.022.760
Dirección: Cll 17A #30B San Luis Gonzaga Teléfono: 3157645552
Correo Electrónico: Anggenatallavalenciagonzalez@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dara Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 11 AÑOS Color: café Peso: 37 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Le estan saliendo uno tumores, en varias zonas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 3080 /rpm F. Cardiaca: 104 /lpm Temperatura: 38,5 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 segundos 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	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 con dermatitis generalizada neoplasia, en MPD lipoma en porción del tarzo meta tarso MPD, equis al lado derecho en la porción de las morales un linfoma en el pecho

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Neoplasia
2. Enfermedad periodontal
3. Epulis
4. dolor
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Alergia odontica
2. epulis
3. displacia de caninos
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 consulta con cirugana, se le formula shampo clorhexidina, Nexgard, 25-50 kg, Prednisolona x 20mg Pregabalina x 75 mg, Alican Senios

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5598

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.022.760**

VALENCIA GONZALEZ

APELLIDOS

ANGGE NATALIA

NOMBRES

Angge Natalia Valencia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-1997**

FRESNO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-JUL-2015 MADRID

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1516000-00745581-F-1006022760-20150911 **0046**386537A 1 44863372

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

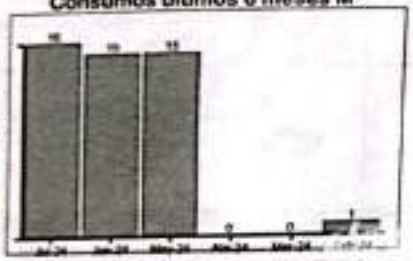
Nombre	ADOLFO LEON GIRALDO GIRALDO
Dirección	CL 17 A # 30 B - 51 PS 2 SAN LUIS GONZAGA
CICLO	8
ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	6-12035
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	A15FA257859
Diametro	1/2 P

MATRÍCULA	19610952
Factura de venta N°	56681789
Fecha de la factura	23-Ago-2024
PERÍODO DE COBRO:	17-Jul-2024 al 16-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$62,340**
Fecha límite sin recargo:	02-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-30
Lugar último pago:	DROGUERIA 31-31
Valor último pago:	80,710
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1007
LECTURA ANTERIOR:	1007
CONSUMO M³:	12

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	MEDIDOR FRENADO
Promedio mens	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

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Pe
Consumo Acueducto	12	$2,172.54	$2 .48
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$ .17
Subsidio Acue (-12.7%)			$- 05.15
Consumo Periodo			$30,968.50
Ajuste a la Decena			$1.50

Subtotal Acueducto: $30,970

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 Alcant (-12.7%)			$-4,562.94
Consumo Periodo			$31,365.69
Ajuste a la Decena			$4.31

Subtotal Alcantarillado $31,370

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios
Barrido y limpieza
Limpieza urbana
Recibido

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub. | % Contr.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TNT	TDV	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Angge valencia identificado con cédula de ciudadanía número 1006022760 de Fresno tolima en calidad de tutor de Dara, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 0734, 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 26 de septiembre del 2024

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

Angge valencia.

Propietario/acudiente

CC: 1006022760

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Universidad Pública de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0735

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Martha Ospina Valencia. Documento de identidad: 42.055.429
Dirección: Mnz 10 Cs 9B Comfamiliar P. Teléfono: 3124672359
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pirata Sexo: M X F Raza: Bulldog F. Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2021 Color: Blanco Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No sabe.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No reporta.- Rabia.
Enfermedades Anteriores: ____
Tratamientos: ____
Evolución: ____
Alimentación: Concentrado (Dog Chow)
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ____ Fecha ultimo Parto: ____

MOTIVO DE CONSULTA

Malestar en el oído, la propetaria reporta dolor aparentemente en la cadera, tiembla mucho, inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: F.C Tiempo Llenado Capilar: 3 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	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	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	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de Ips Hallazgos: No se evidencia dolor a la palpacion, tiene presencia de sangre y cerumen en oido derecho

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Secreción
2. Sangre en canal auditivo
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 limpieza con oticlean y se envia formula con Orenda solución, otocure

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	0.3mg	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: MARTHA OSPINA VALENCIA

Dirección: CR 4 C # 66- 03 MZ 10 CS 9 PS 2 COMFAMILIAR BOQUIA

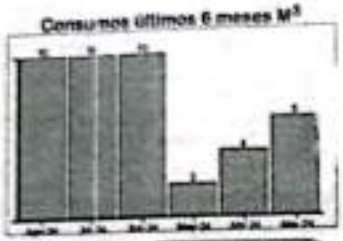
CICLO	6	ESTRATO	BAJO
RUTA	13-23700	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1915MMRAL122688AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1279736
Factura de venta N°	56835676
Fecha de la factura	19-Sep-2024
PERIODO DE COBRO	15-Ago-2024 al 15-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$14,640**
Fecha límite sin recargo:	27-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-09-05
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	11,710
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	621
LECTURA ANTERIOR	610
CONSUMO M³	11

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

Código QR

Pague su 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.(-38.4%)			$-12,787.83
Recargos Mes			$9.37
M¿Ínimo Vital	6		$-13,822.06
Consumo Periodo			$6,691.42
Ajuste a la Decena			$-.79

Subtotal Acueducto: $6,700

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	11	$2,573.74	$28,311.14
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-12,808.28
Recargos Mes			$11.10
M¿Ínimo Vital	6		$-12,819.49
Consumo Periodo			$7,927.12
Ajuste a la Decena			$1.78

Subtotal Alcantarillado $7,940

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TD - M³

CONCEPTO		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 (CADA MES)

FRECUENCIA (CADA BIMESTRE)

CANTIDAD DE PERIODOS CON:

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA VIGENTE MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Escombros y tierra

Limpieza urbana

Reciclables

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades independientes: UR | UNR

TBL	TAT	TOM	TFL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS $14,640

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS $0

Matrícula No. 1279736

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.055.429

OSPINA VALENCIA

APELLIDOS

MARTHA

NOMBRES



Martha Ospina

FIRMA

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0736

HISTORIA CLÍNICA

Triaje

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Daniela Austriaba | Documento de identidad: 1059208048
Dirección: Carrera 7 # 16-27 Centro | Teléfono: 3137265399
Correo Electrónico: Danielaaustriaba1416@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Oddie | Sexo: M X F ___ | Raza: Mestizo | Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 meses | Color: Café clavo | Peso: 6 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sábado 21 de septiembre
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Puppy y refuerzo - rabia.
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

Test de parvovirus, diarrea con sangre, maloliente. vómito, inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NE /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: NG °C
Pulso: NE Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: Rosas Húmedas Brillosas 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. Diarrea con sangre
2. Vomitos
3. inapetencia
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se realiza test de Parvovirus. Positivo.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Parvovirosis

OBSERVACIONES

Paciente positivo a parvovirus se aplica medicacion se explica a la propietaria los riesgos, se le recomienda hospitalizacion y se envia con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Multivio	0,6ml	Iny	SC	UD
Ranitidina	0,5ml	Iny	SC	UD
ATP	0,6ml	Iny	SC	UD.
Novalgimol	1,2ml	Oral	PO	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45940.

Powered by CamScanner

Fecha: 26/sep/24. No. Historia Clínica: 0037

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fabian A. Corrales Documento de identidad: 1002593709
Dirección: M2 3 Cs. 31 El Dorado Teléfono: 3177155810
Correo Electrónico: fabiancorralesconstructores@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Zoe Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 9 meses. Color: blanco amarillo Peso: 5 Kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 10/09/24.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Plan vacunal sospechoso.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: ___
Evolución: ___
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

diarrea con sangre

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NE /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: NE Tiempo Llenado Capilar: NE Ganglios Linfáticos: normales
Mucosas: palidas. 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	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 revisó el plan vacunal y no dice que vacuna le aplicaron ni su lote-vencimiento, si no sticker de elaboración; asi q se le explica que probablemente no fue vacunada.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomitos
2. Diarrea con sangre
3. Inapetencia
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Positivo

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente positivo a parvovirus se aplica medicacion se explica a la propietaria los riesgos se le recomienda hospitalizacion y se envia con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
multivio	0,5ml	iny	SC	UD
Ranitidina	0,4ml	iny	SC	UD
ATP	0,5ml	iny	SC	UD
Novabismol	1ml	Oral	PO	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840.

Powered by CamScanner

Envio documentos wpp.

Fecha: 26/9/24. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 0738

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sofia Alvarez Documento de identidad: 1061368365
Dirección: Mz 19 Cs13 Mirador Nancy Teléfono: 3046694654
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

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

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Carcinoma.

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: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Carcinoma.

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

Eutanasia.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 26/9/24.

Yo Sofia Alvarez **Identificado con CC:** 1061368365
con Dirección: Cr 19 CS 13 Mirador Ilano Grande **Tutor de** Lupe.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** F. **Edad** _____
Historia Clínica No: _____

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

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

Eutanasia

En constancia que Lupe. ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Vanessa Villegas **con matrícula profesional No** 41072. , **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 Sofia Alvarez **Firma**
CC: 1061368365

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 0739

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Pedro Luis Pacero Documento de identidad: 1088256263
Dirección: Mz 15 Cs 13 Nuevo plan Vitis Teléfono: 3214545039
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mateo Sexo: M X F Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2023 Color: Blanco Negro Peso:

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Julio 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Julio 2024 - Rabia. (No presenta Carnet)
Enfermedades Anteriores: No
Tratamientos: NO
Evolución: NO
Alimentación: Concentrado (Mirringo)
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Herida en la parte inferior de la mandibula y el cuello, presenta lesión en M.A.I.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 126 /lpm Temperatura: 37.5 oc
Pulso: F.C Tiempo Llenado Capilar: 4 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Actitud y Temperamento: Letárgico ___:
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Herida con Contenido purulento, con mucha costra.
lesión en miembro anterior izquierdo a nivel del codo, se observa muy inflamado y duro, presenta mucho dolor a la palpación.

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 realiza limpieza, se envía fórmula con B-fex, meloxipet y baxidin. Se remite para toma de Rx a nivel del codo para ver la gravedad de la lesión

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Uniclav	15mg	Inyectable	SC	UD
Meloxicam 0.5%	0,2mg	Inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24 | Alcaldía de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0748

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Eleazar Medina Salazar Documento de identidad: 18.512.701
Dirección: M2 18 Cas 16 Teléfono: 3046135468
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bati Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: _____ Peso: 9,5.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Cannex 26/9/24.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No tiene.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Ringo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

_____
_____

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 25. /rpm F. Cardiaca: 118. /lpm Temperatura: 38,8. 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosado Palido. 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: _____
_____
_____
_____
_____

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 desparasita y vitaminiza.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Eleazar Medina Salazar. identificado con cédula de ciudadanía número 18512701 de Pueblo Rico en calidad de tutor de Pati, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0740., 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, Pati 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 26 de Sep. del 2024

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

Eleazar Medina Salazar

Propietario/acudiente

CC: 18512701

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.512.701



Apellidos
MEDINA SALAZAR

Nombres
ELEAZAR

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 AGO 1975

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUEBLO RICO (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
30 SEPT 1993, DOSQUEBRADAS

Firma

Fecha de expiración
30 MAYO 2033

Eleazar Medina Salazar

.CO

021925425

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL021925425024025<<<<<<<<<<
7508251M3305304COL18512701<<<4
MEDINA<SALAZAR<<ELEAZAR<<<<<<<

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MEDINA.RIVERA.ROBERTO.ANT
MNZ 18 CAS 16G DORADO I DORADO-B VILLACON

Ruta: 01-01-011-5273 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Folio: 11
Transformador: 1007920000 Corresponsable: Subsidio: -50.67 Estrato: 1
Carga contratada (kW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0041 NT: 1

MATRÍCULA >>> 1137355

Fecha de Emisión: 17/SEP/2024
Facturas Vencidas: 1
Tenga plazo para pagar hasta: 26/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde: 27/SEP/2024
Documento equivalente a la factura: 800552415

ASEO:	22,431
ALUMBRADO:	6,800
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,231
ENERGÍA:	104,537
TOTAL	$133,768

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	79	62.326	31
ABR	91	71.302	30
MAY	84	71.435	30
JUN	69	64.197	31
JUL	75	62.478	30
AGO	104	86.981	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Factura en proceso
Activa	80000318	MER	17891	17751	140	1	140	82	
Reactiva									

Periodo facturado: 17/AGO/2024 - 16/SEP/2024 Días facturados: Observación:
Valor kWh: $ 618.2199 Tarifa a mes de: AGO/24 Tipo de lectura: 01 Promedio Lectura Sistema

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Tarifa	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2199	110,269	-86,976	$3,297
>130	10	848.2199	8,482		8,482

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

211.9041 51.1421 57.3023 31.3630 294.5094 36.2119 848.2199

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

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
$0		$8,877	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 8 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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira $8,360 Fecha P 22/JUL/2024
Otros
Valor reclamación Proceso

ENERGÍA 104,537

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	86,585	118,751	205,336
561	Subsidio	-44,436	-56,976	-101,412
511	Intereses Mes	0	213	213

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 6,800

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	6,800	6,800

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 N° 15-82 Edf Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,431

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 ultimos 6 meses

1	11340	2	11340	3	11340	4	11380	5	11380	6	11400

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,833	23,833
845	Recargo Mora	0	6	6
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	11,434	11,444	22,878
999	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.35
TRT:	7962.48
TDF:	2948.87
TC:	3924.74
TA:	193.747
TTL:	632.893
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	49.20%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Rec: Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: AGO/2024 Ult. Pago y Fec: $8,360 P 22/JUL/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:	193.747
Costo Variable Aprovechable (VSA):	11443.824

GERENTE

Resolución CREG 503 007 de 2024

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

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0741

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Rosella Ladino Documento de identidad: 30383264
Dirección: M24-CS32 TOKIO Teléfono: 3145901478
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NIÑO Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 AÑOS Color: Cafe Peso: 7,8 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Hace 2 meses estornudo muy fuerte y se le vino la sangre y cada rato se le viene la sangre

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38,3 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas, Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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 epistaxis unilateral en vías aereas altas, mucosas rosadas No presenta secreción ocular

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIF...

1. Neoplasia
2. objeto extraño
3. Ter do Reverso
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 Prednisolona x 5 mg, amoxicilina 250mg/5ml y Pelcell

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 30850

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: LADINO LOAIZA ROSELIA

Dirección: MZ 4 CS 32 PROYECTO DE VIVIENDA TOKIO

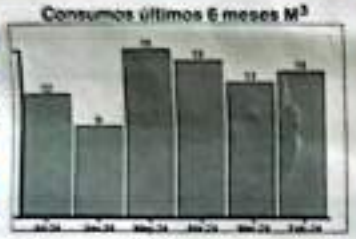
CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	7-3300	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	C1TLA171805AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1575620
Factura de venta N°	56668252
Fecha de la factura	22-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Jul-2024 al 15-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$10,230
Fecha límite sin recargo:	30-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-24
Lugar último pago:	EFECTY
Valor último pago:	8,780
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	725
LECTURA ANTERIOR:	712
CONSUMO M³:	13

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	13

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

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripcion	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.(-69.2%)			$-26,051.16
Mí¿½nimo Vital	6		$-6,911.03
Consumo Periodo			$4,684.00
Ajuste a la Decena			$-4.00

Subtotal Acueducto: $4,680

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.(-69.2%)			$-26,643.64
Mí¿½nimo Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$5,548.96
Ajuste a la Decena			$1.02

Subtotal Alcantarillado $5,550

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo:

Tifa - M³:

CONCEPTO	LECTURA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Aprovechable

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.	Matrícula No.	Facturado el:
56668252	1575620	22-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 4 CS 32 PROYECTO DE VIVIENDA TOKIO

TOTAL A PAGAR $10,230

Kit 4365

AGUAS Y AGUAS:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Roselia Ladino identificado con cédula de ciudadanía número 30383264 de Riosucio caldas en calidad de tutor de NIÑO, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 0741, 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 26 de Septiembre del 2024

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

Roselia Ladino Londoño

Propietario/acudiente

CC: 30383264

Powered by CamScanner

Fecha: 26 09 /24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0742

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: elizabeth palacio Documento de identidad: 1088333241
Dirección: M2 9 CS33 montelibano Teléfono: 3127890159
Correo Electrónico: elizabethoriana922@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: kiara Sexo: M__ F X Raza: cocker s Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2023 (1año) Color: Amarillo Peso: 9kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): n/r
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

vomito y diarrea consangre

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 132 /lpm Temperatura: 38.7 oc
Pulso: F/C 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. Oidos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente con dolor abdominal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se empieza plan de desparasitación 3 días con cahney

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha 26/9/24. | No. Historia Clínica: 0743.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paco Cuellar. Documento de identidad: 42.108.773.
Dirección: San nicolas C 15 # 34-18 Teléfono: 3137520954
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Teo Sexo: M X F ___ Raza: _____ Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 4/8/14 Color: _____ Peso: 4

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 6 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Junio/2023.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Ringo - pollo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Bolitas en el ojo y diferentes partes del cuerpo. hace 3 meses no come bien.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 144 /lpm Temperatura: 38.9 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1seg. Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: Rosado Palido. 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	AN.	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oidos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N.

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se encuentran heridas que con pus cerca al ojo y nariz.

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:____
Cuádro 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 Cefalong
Apetil
Limpiezas.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.108.773

CUELLAR
APELLIDOS

ROCIO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1973
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-MAR-1992 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2400100-54149371-F-0042108773-20060830 0668806241A 02 190886290

Powered by CamScanner

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

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre	ROCIO CUELLAR
Dirección	CR 15 # 34- 18 PS 1 VILLA MERY HERIBERTO CUELLAR NARANJO
CICLO	5
ESTRATO	BAJO
RUTA	5-55100
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1915MMRAL124203AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	584391
Factura de venta N°	56466361
Fecha de la factura	17-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	13-Jun-2024 al 13-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$25,210**
Fecha límite sin recargo:	26-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-22
Lugar último pago:	REDBAN
Valor último pago:	72,280
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	967
LECTURA ANTERIOR:	953
CONSUMO M³:	14

Consumos últimos 6 meses M³

OBSERVACIONES	Promedio meses
SIN OBSERVACION	14

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

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 Acueducto			$-14,456.14
Mí¿½nimo Vital	6		$-13,822.06
Consumo Periodo			$11,540.53
Ajuste a la Decena			$-.53

Subtotal Acueducto: $11,540

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,573.74	$36,032.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-14,784.91
Mí¿½nimo Vital	6		$-12,619.49
Consumo Periodo			$13,670.00
Ajuste a la Decena			$-1.71

Subtotal Alcantarillado $13,670

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	MEDIA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

Componentes Tarifarios

Cupón para Entidad Recaudadora

DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56466361	584391	17-Jul-2024

Dirección del Predio: CR 15 # 34- 18 PS 1 VILLA MER[illegible]IBERTO CUELLAR NARANJO

TOTAL A PAGAR $25,210

Kit 6571

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

Fecha: 20/09/24 | Universidad Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0744

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carolina Zuluaga. Documento de identidad: 1088326597
Dirección: Mnz H Cs 119 Naranjal Teléfono: 3205863249
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lulu Sexo: M__ F X Raza: Mestiza Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 05/2022 Color: Amarillo Peso:

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace + de 1 año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No tiene vacunas al día. (Solo rabia)
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos: Estuvo en tratamiento por un golpe.
Evolución:
Alimentación: Chunky (Adulto 17 Pyra)
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Ha estado orinando y haciendo popo con Sangre, tiene olor fetido.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 96 /lpm Temperatura: 37.8 oC
Pulso: F.C 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	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

Se le da la 1ra dosis de cannex y se envía por otros 2 días más.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Cannex	1ml	Suspensión	V.O	Se envía por 3 días consecutivos.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 0745

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Melanie Jaramillo Documento de identidad: 1089931102
Dirección: Altos del oka Mz 10 C S Teléfono: 3233697093
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Oddie. Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 05/09/2017 Color: Amarillo-Blanco Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 06/2024 – Galgocal
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No tiene vacunas.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Caldos con verduras
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Presenta problemas en la orina, está orinando muy poco, presenta este problema hace 1 mes.

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se realiza ecografía ya que tiene la vejiga muy llena y se observa mucho sedimento.

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

Vejiga con presencia de sedimento.

OBSERVACIONES

Se envía fórmula con Cambio de alimentación a Concentrado urinario. Se envía control en 15 días.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Melanie Jaramillo identificado con cédula de ciudadanía número 1089931102 de Pereira en calidad de tutor de Oddie., de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0745, 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, Oddie. 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 26 de Septiembre del 2024.

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

Melany Jaramillo M.

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-2024 | No. Historia Clínica: 0745

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz damaris castrillos Documento de identidad: 42069589
Dirección: Cra 7A # 30-39 Pereira Teléfono: 3117846398
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Pug Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 28/2016 Color: gris claro Peso: 12 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No vigent
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigente
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - zanahoria - nutre can - gelatina de pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene displacia de cadera leve

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 112 /lpm Temperatura: 38.8 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
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	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	AN
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	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 presenta compresión regulada y displacia de cadera degenerativa

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dolor
2. Ataxia neurogenica
3. Displasia de cadera
4. Compresion medular
5. Signo dental
6. Sobrepeso
7. Paraplejia

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. D.J Placa de cadera
2. Compresion Medular lumbo-sacra
3. Ruptura de ligamentos rodilla
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 formula Pregabalina capsula x 25mg Somministrar 1 capsula cada 12 hr / Previcox tableta x 57mg via oral 1 tableta cada 24 hr / All can senior Somministrar via oral 2ml cada 24 hr x 15 Dias - control 1 mes

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5030

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/2024 | UNIVERSIDAD PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica 019

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Antonio José Valencia Documento de identidad: 1007148
Dirección: Cellera 12 #20E28 Alvado Teléfono: 312 721 3593
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kiro Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: Gris Peso: 25 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): hace 8 meses
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): hace 8 meses
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: Concentrado Dorian
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Claudicación en MPI

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ 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	AN
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	AN
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Otitis, condición corporal 4/5

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Claudicación MPI
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Artritis: Artritis
2. Claudicación x golpe.
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

Claudicación x golpe 6 4 ARTritis.

OBSERVACIONES

Se le recomienda al Propietario bajar de peso a Kiro, se medica y envia formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 2%	0,4ml	1 mg	SC	UD.

Laura Granados
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: AS840

Powered by CamScanner

Efigas
siempre

¡Hola!

TERESA GALVIS PALACIO

Tu código de contrato es **248101**

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

Tu factura fue expedida el 10/05/2024 12:00:13

EN TOTAL TE FACTURAMOS:

Servicio público	$ 28.761
Brilla	
Otros servicios	$ 17.990
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 46.751**
Si no pagas antes de	27/05/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1199028760
Referencia de pago	177475454

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

PSE

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

Gerente

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 805.015.918-8

4222

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES

01 8000 96 63 44

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Armenia 606 735 8956
Manizales 606 878 2323 | Pereira 606 345 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: KR 12 CL 20 ESTE - 28
Dirección del predio: KR 12 CL 20 ESTE - 28
Estrato: 1
Barrio: BARRIO SECTOR PIMPOLLO
Municipio: PEREIRA
Uso del servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 4858 − Lectura anterior: 4834 × Factor de corrección: 0,8674 = Consumo m³: 21
Período de consumo: 03/ABR - 03/MAY
Días de consumo: 31
Medidor: U0053559G
Observación de no lectura:

TU CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES – CAPITAL	CARGO DEL MES – INTERESES	SALDO PENDIENTE	CUOTAS PENDIENTES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,165129)				
Consumo de gas natural	$ 58.911			
Subsidio	$ -30.150			
BRILLA SEGUROS (Número de servicio,344818)				
Plan microseguros	$ 17.990			
TOTAL SERVICIO:	**$ 46.751**	**$**	**$**	

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 le faltan 25 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.735.000

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

Brilla

Tu Sueño Brilla

Financia con Brilla y aprovecha tu cupo adicional de $1'000.000

Brilla

Cada acción cuenta para cuidar el medio ambiente. Inscríbete a la factura digital y dale un respiro al planeta.

Subsidio del Ministerio de Minas y Energía y Efigas por más de 1 millón de pesos para la instalación de la red de gas natural

Cuéntale a tus familiares y amigos.

(415)7709998002425(8020)2017475454(3900)0000001751(96)20240628

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.071.148**
VALENCIA

APELLIDOS
ANTONIO JOSE

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1950**
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-SEP-1972 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00090042-M-0010071148-20081007 0004074940A 1 4560002540

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | No. Historia Clínica: 0798

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz damaris castrillon Documento de identidad: 42069589
Dirección: cr 2A# 30-33 pereira Teléfono: 3117846398
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NIÑO Sexo: M X F ___ Raza: Poodle Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10 AÑOS Color: Blanco Peso: 8 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 22 enero 2024
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 22 enero 2024
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: _____
Alimentación: Leche con -
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hernia inglinal, masa

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 3000 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38.6 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Yeactivos
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: **Normal** AN: **anormal.** NE: **No Examinado**

Descripción de los Hallazgos: Paciente alerta al medio, Presenta enfermedad periodonta, 3/4, presenta aritmia, masa en la region ventral del torax, tiene un lipoma

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Hernia inguinal
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

Paciente se remite a valoracion con cirujano

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Juan P

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5050

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

CASTRILLON MONTOYA RAFAEL IRLAN
CRA 2A 30 33 JOSE MARTI

Ruta: 01-01-011-0060 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 8
Transformador: 1001190000 % Contribución: % Subsidio: -39.59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0024 NIT: 1

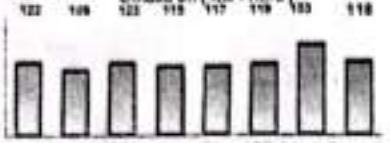
MATRÍCULA >>> 310193

Fecha de Emisión: 14/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 23/SEP/2024
Me queda sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59996727

ASEO:	44,761
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	49,711
ENERGÍA:	86,125
TOTAL	$135,836

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	122	108,625	30
ABR	109	99,779	30
MAY	123	113,387	31
JUN	115	107,661	30
JUL	117	97,403	30
AGO	119	99,530	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	2000179470	HXE	39152	38999	153	1	153	118	
Reactiva									

Período facturado: 14/AGO/2024 - 13/SEP/2024
Días facturados: 31
Observación:
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	23	848.2198	19,509		19,509

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

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

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira: 113,016 Fecha: P 24/AGO/2024
Otros:
Valor en Reclamación: Proceso:

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 6 FIUu,te 13
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A E.S.P
Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0147 de 25/01/02
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 013520 del 24/12/2003
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 16/2008

ENERGÍA 86,125

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	129,778	129,778
561	Subsidio	0	-43,653	-43,653

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. 052 del 2008
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 44,761

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 3 - Barrido:
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Asem: RESID-E

Tarifa últimos 6 meses

1 46560	2 46560	3 46560	4 46730	5 46740	6 47210

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	47,718	47,718
858	C V Aprovechamiento	0	371	371
939	Cargo Variable	0	24,575	24,575
999	Subsidio Aseo	0	-27,903	-27,903

Componentes Tarifarios

TBL:	31363.9
TRT:	17099.59
TDF:	6117.414
TC:	7340.48
TA:	371.494
TTL:	1358.686
TLU:	8504.22
% SUB/CON:	34.40%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Rem.2 Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: AGO/2024 Últ. Pago y Fec.: 113,016 P 24/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Jul	Aug
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.069	.083	.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:	371.494
Costo Variable Aprovechable (VBA):	24575.152

Resolución CRA/G 108 907 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204634-

energía DE PEREIRA NIT. 816.002.019-9 www.cep.com.co

Matrícula 310193

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros	$130.886
Pago total factura	$135,836

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 42.069.589
CASTRILLON MONTOYA
APELLIDOS
LUZ DAMARIS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1962
ABRIAQUI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO
27-SEP-1982 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luisa Maria Alvarez Valdes identificado con cédula de ciudadanía número 1053789439 de Manizales en calidad de tutor de Ozzy Fernandel de especie Gato, 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 26 de Septiembre del 2024

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

Luisa Maria Alvarez.

Propietario/acudiente

CC: 1053789439

Powered by CamScanner

Fecha: 26-9-24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0749

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luisa Valdez Documento de identidad: 1053789439
Dirección: Calle 20 #8-66 Teléfono: 3246860876
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Asi Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: 1 año. Color: _____ Peso: 4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NO.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Nirmgo - huevos. - higado pollo.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

S Paciente llega sin uñas en MP ambos. vomito

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: 38.9 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosada Palidas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X. Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Tene 5 uñas ausente e infectadas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.053.789.439

Apellidos
ALVAREZ VALDEZ

Nombres
LUISA MARIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 AGO 1988

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
19 OCT 2006, MANIZALES

Firma
luisa maria V.

Fecha de expiración
14 JUL 2031

CO

0005373025

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0005730250090O1<<<<<<<<<<
8808176F3107140COL1053789439<3
ALVAREZ<VALDEZ<<LUISA<MARIA<<<

Powered by CamScanner

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

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Autorretenedores de servicios públicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

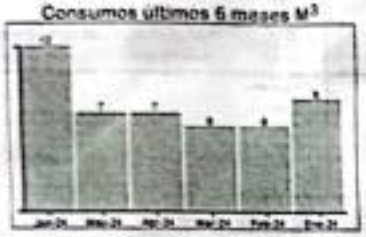
Nombre	ESTRADA SANIN CECILIA-MARIA
Dirección	CL 20 # 8- 61 PLAZA DE BOLIVAR
CICLO	1
ESTRATO	MEDIO ALTO
RUTA	6-42550
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1715MMRSA100097AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	193516
Factura de venta Nº	56421971
Fecha de la factura	12-Jul-2024
PERÍODO DE COBRO:	08-Jun-2024 al 09-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$37,990**
Fecha límite sin recargo:	22-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-24
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	113,320
Estad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	2069
LECTURA ANTERIOR:	2067
CONSUMO M³:	2

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SE VERIFICO LECTURA	8

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. final	Vr. Cuota	Saldo	Nº	Cuotas pendientes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas pendientes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	2	$2,172.54	$4,345.08
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Contribución Acueducto			$8,070.22
Consumo Periodo			$21,818.47
Ajuste a la Decena			$1.53
			$21,820

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	2	$2,573.74	$5,147.48
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Contribución Alcantarillado			$5,582.25
Consumo Periodo			$16,170.00
Ajuste a la Decena			$-2.48
			$16,170

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO





EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.026-7

DATOS DEL SUSCRIPTOR

56421971	193516	12-Jul-2024
CL 20 # 8- [illegible] PLAZA DE BOLIVAR		

AGUAS Y AGUAS

Cupon para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR	$37,990

Kit 8214

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0750

HISTORIA CLÍNICA

Triage.

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alberto Blandón Documento de identidad: 9513633
Dirección: Villa Elra Mz b casa 27 Teléfono: 3233317951
Correo Electrónico: Betoblandon83@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Zeus Sexo: M X F Raza: Cocker Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 27 Junio 2024 Color: Café Peso: ~~7~~ Kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sin desparacitar
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sin vacunar
Enfermedades Anteriores: NIR
Tratamientos: NIR
Evolución: NIF
Alimentación: Concentrado Pringo cachorro, caldo de pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia. Decaimiento, vomito con sangre.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 68 /rpm F. Cardiaca: 180 /lpm Temperatura: 39,7 °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: Normales.
Mucosas: RHB 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	AN
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: Presenta dolor a la palpacion abdominal, muy decaido.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomitos
2. decaimiento
3. inapetencia.
4. dolor abdominal
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Parvovirus
2. obstruccion intestinal.
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: test Distemper.

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se realiza test de Parvovirus. ⇒ positivo

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se le explica al propietario los riesgos de la enfermedad, se sugiere hospitalizacion, se medica y se envia con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Multivo	0,5ml	1 inj	SC	UD.
Ranitidina	0,4ml	1 inj	SC	UD
ATP	0,5ml	1 inj	SC	UD
Novabismol	1 ml	Oral	PO	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/2021 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 0751

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Trivino Documento de identidad: 1088236854
Dirección: Villa Santa Fronte Colegio Teléfono: 300 875 6944
Correo Electrónico: Jaime Bata zar

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Iris Sexo: M ___ F X Raza: Mestiza Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: gris pardo Peso: 2 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 año - noviembre
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 1 año - noviembre
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Pienso - Carnes blandas
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa por resequedad en la piel e hinchazon en la zona de la cara

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 122 /lpm Temperatura: 37.3 0C
Pulso: 122 Tiempo Llenado Capilar: 3 Seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: Secas 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	NA
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	AN
5. Oidos	AN
6. Nariz	AN

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 encuentran casros en la piel

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
ketrotham	0.5mg	inyectable	sc	UD
dexametasona	0.2mg	inyectable	sc	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 0752

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Natalia Anderson Udall Documento de identidad: 1088306128 1004754591
Dirección: Mz 1 Cs 21 Ebenezer Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Neron Sexo: M X F Raza: Pitbull Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 8 meses Color: gris/blanco Peso: 12 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: /rpm F. Cardiaca: 96 /lpm Temperatura: 38,7 °C
Pulso: Fuerte Tiempo Llenado Capilar: 1 segundo Ganglios Linfáticos: No reactivos
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	AN	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, lo rescataron hace 1 mes, Paciente sano, presenta condicion corporal baja 3/10

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. baja condicion corporal
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 Formula con vitacalox, huevo cocido y cambio de alimentacion

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Canvex	0,1/kg	Suspencion oral	oral	U/D

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5055

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.E. E.S.P.
NIT. 816002 094-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nivel 1 Código 10012
Autorretenedores de ventas agrícolas
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

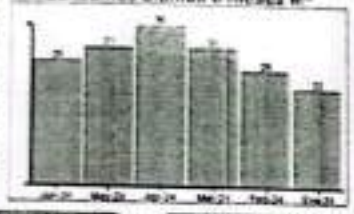
Nombre	MORALES FLOREZ GILBERTO
Dirección	MZ 1 CS 21 EBENEZER
CICLO	12
ESTRATO	BAJO
RUTA	3-57750
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1515MMRSA80415AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1156777
Factura de venta N°	56567220
Fecha de la factura	26-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	20-Jun-2024 al 20-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$118,400**
Fecha límite sin recargo:	03-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-15
Lugar último pago:	CUBA
Valor último pago:	118,400
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1632
LECTURA ANTERIOR:	1604
CONSUMO M³:	28

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³:	29

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	N° 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

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	m³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	28	$2,172.54	$60,831.12
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-14,456.14
Recargos Mes			$139.45
Consumo Periodo			$55,776.15
Ajuste a la Decena			$2.40

Subtotal Acueducto: $55,920

ALCANTARILLADO

Descripción	m³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	28	$2,573.74	$72,064.72
Cargo Fijo Alcantarillado		$8,043.75	$8,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-14,784.91
Recargos Mes			$166.61
Consumo Periodo			$62,222.56
Ajuste a la Decena			$63

$62,480

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.306.128**

SANCHEZ VELEZ

APELLIDOS

LEIDY NATALY

NOMBRES

Leidy Sanchez Velez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1993**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-FEB-2011 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00264542-F-1088306128-20110317 0026136640A 1 35378805

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0953

Twap

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alejandro Antonio Documento de identidad: 1117837360
Dirección: El Remanso Teléfono: 3145407581
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Canal Sexo: M X F ___ Raza: Pit bull Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 13 años Color: Café y Blanco Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sin desparasitar hace más de 1 año
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Sin vacunas vigentes.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: — Fecha ultimo Parto: —

MOTIVO DE CONSULTA

Trauma por atropellamiento.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Submand. Reactivos.
Mucosas: Palidas 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	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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta respiración profunda en inspiración. Dolor a la palpación abdominal. Abdomen distendido. Paciente con baja condición corporal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dolor abdominal
2. Inflamación MPD
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Atropello. con carro
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 recomienda al propietario que realice radiografía de cadera, se medica, se realiza A-Past. y no presenta ningún abdominal se envía formula y control en 9 días

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
tramadol	1.2ml	1 mg	SC	UD
meloxicam 2%	0.5ml	1 mg	SC	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 95840

Powered by CamScanner

ONVAION WEP.

Fecha: 26/9/24. | No. Historia Clínica: 0754.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gloria Ines Naranjo. Documento de identidad: 24695793
Dirección: Canceles Teléfono: 3104613755.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Dugglas Sexo: M X F ___ Raza: _____ Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: 3,6

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Carne - empanadas - chanco. - pan - sardebono
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene mal aliento, se rasca mucho

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 97. /lpm Temperatura: 37.9 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X. Otro: _____.

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	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: presencia de pulgas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda desparasitación externa. Lindodent.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Gloria Ines Naranjo. identificado con cédula de ciudadanía número 24695793 de Anselma en calidad de tutor de Dagas, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0754., 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, 0754. 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 26 de Sept del 2024

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

Gloria Naranjo.

Propietario/acudiente

CC: 24695793.

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-2 | Universidad de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0755

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angela Dane Tusarma Documento de identidad: 1004683.773
Dirección: Cl 24 # 72-56 Piso 2 casa Teléfono: 3163989539
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Melusa Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 Meses Color: Blanco carey Peso: 500 gr

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta General

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 148 /lpm Temperatura: 37°7 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas, brillantes, humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta ___ Otro: _____

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en buenos condiciones generales, sano

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

control en 15 días para test de sida o leucemia

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5.885

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.683.773**

TUSARMA GONZALEZ

APELLIDOS

ANGELA DANIELA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-2002**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

24-JUL-2020 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-2400100-01149943-F-1004683773-20200729 0071370281A 1 8500514147

Powered by CamScanner

&aguas

y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP

Datos del Suscriptor

Nombre: JAVIER MARIN ALZATE

Dirección: CR 24 # 72- 56 PS 2 CUBA

CICLO: 11 | ESTRATO: MEDIO BAJO

RUTA: 741550 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor Nº: PI315MMCEL33588AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 1571207

Factura de venta Nº: 56725565

Fecha de la factura: 27-Ago-2024

PERIODO DE COBRO: 20-Jul-2024 al 19-Ago-2024

TOTAL A PAGAR: $33,330

Fecha límite sin recargo: 04-Sep-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-08-01

Lugar último pago: PSEACH OF

Valor último pago: 33,370

Edad: 1

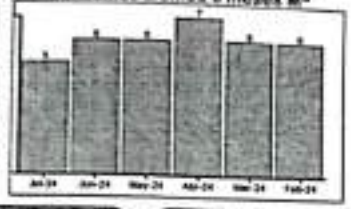
Consumo

LECTURA ACTUAL: 1109

LECTURA ANTERIOR: 1104

CONSUMO M³: 5

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 6

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aseo)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	5	$2,172.54	$10,862.70
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-2,573.77
Consumo Periodo			$17,692.10
Ajuste a la Decena			$-2.10

Subtotal Acueducto: $17,690

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	5	$2,573.74	$12,868.70
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-2,274.88
Consumo Periodo			$15,637.57
Ajuste a la Decena			$2.43

Subtotal Alcantarillado: $15,640

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Dias Aseo

Total M³

Código PGIRS	Medida Actividad	Valor M³	Total

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

CANTIDAD DE RESIDUOS TOTAL

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Recipientes

Componentes Tarifarios

Última pago

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TAT	TQF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56725565	1571207	27-Ago-2024

Dirección del Predio: CR 24 # 72- 56 PS 2 CUBA

TOTAL A PAGAR: $33,330

Kit 10067

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

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | UNIVERSIDAD PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0756

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose Axel Bobão Documento de identidad: 5841488
Dirección: M2 7 Casa 31 Piso 3 Perla Teléfono: 320 560 8265
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tete Goloños Sexo: M X F ___ Raza: Mesti20 Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: Amarillo Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace de 6 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Solo rabia
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Pienso - Agua
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Se Fugó anoche y llegó Hoy con la pata Fracturada

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 136 /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se observa hueso expuesto de miembro posterior derecho a nivel de la articulación Tarsotibial - Resto del examén clinico normal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Subluxación
2. Fractura.
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

Se

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

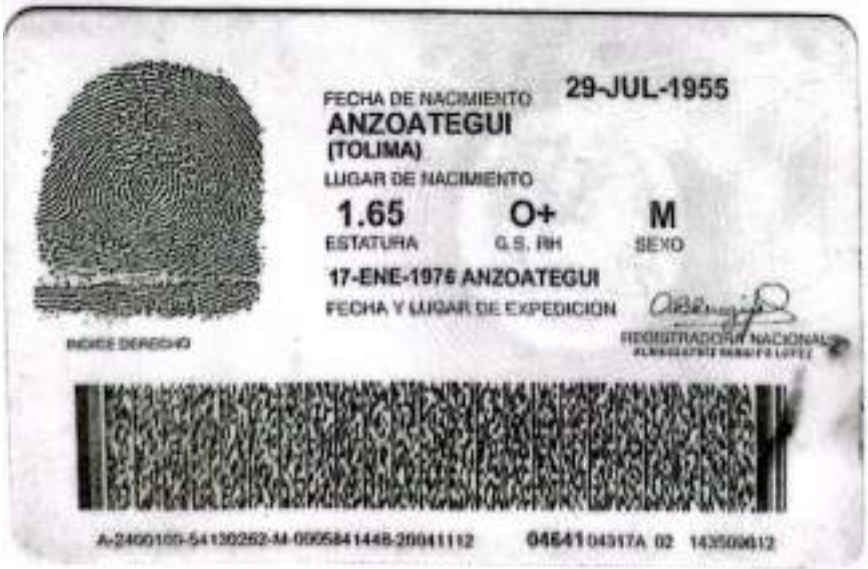
Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Unclav.	0.6ml.	Inyectable	SC	
meloxicam	02mg.	Inyectable	SC	
Tramadol	3mg.	"	SC.	

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 28651

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 5.841.448
BOLAÑOS FRANCO
APELLIDOS
JOSE ABEL
NOMBRES



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1955
ANZOATEGUI
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
17-ENE-1976 ANZOATEGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-2400100-54130262-M-0005841448-20041112 04641 04317A 02 143500612

Powered by CamScanner

Nombre
JOSE ABEL BOLAï¿½OS FRANCO

Datos del Suscriptor

Dirección
MZ 9 CS 31 PS 3 PERLA DEL SUR

CICLO	10	ESTRATO	BAJO
RUTA	6-51600	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P2115MMRAL[illegible]5183AA	Diámetro	1/2 P

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 [illegible]

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

MATRÍCULA N 19631320

Factura de venta Nº 56894193

Fecha de la factura 24-Sep-2024

PERIODO DE COBRO: 19-Ago-2024 al 19-Sep-2024

TOTAL A PAGAR:
$20

Fecha límite sin recargo: 02-Oct-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-09-09

Lugar último pago: DROGUERIA SI-SI

Valor último pago: 14,660

Edad 1

Código QR

Paga tu factura a través de este código

FIRMA GERENTE

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

FRECUENCIA (VECES-AÑO)

FRECUENCIA (VECES-MES)

FRECUENCIA (VECES-SEM)

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

% Subs % Cont.

Unidades independientes	UR	UNR

TSL	ERT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matricula No.
19631320

EMPRESAS ALIADAS

Kit 14454

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BOLAÑOS FRANCO JOSE ABEL
URB MZ 9 CS 31 PISO 3 PERLA DEL SUR

Rut: 01-01-001-8619 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 9
Transformador: 1001420000 % Contribución: % Subsidio: -39.59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0031 NIT: 1

MATRÍCULA

Fecha de Emisión: 16/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 24/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento en adelante a la factura: 60015102

2027203

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	40,482
TOTAL	$67,813

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	91	81.023	30
ABR	83	75.978	31
MAY	68	62.685	30
JUN	71	66.469	30
JUL	69	57.443	31
AGO	73	61.056	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	8098733	ELS	11596	11517	79	1	79	76	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/AGO/2024 - 14/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: [illegible] 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	79	848.2198	67,009	-26,527	40,482

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

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 129,636 Fecha P 20/AGO/2024
Otros
Valor Reclamación Proceso

ENERGÍA 40,482

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	67,009	67,009
561	Subsidio	0	-26,527	-26,527

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

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

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

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) - Años Mes (Mes): 1 Uso Aseo: RESID-ES

Tarifa últimos 6 meses

1 23280	2 23280	3 23280	4 23370	5 23370	6 23650

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 Tarifa
TBL: 15681.95
TRT: 8548.55
TDF: 3056.727
TC: 2221.73
TA: 183.747
TTL: 579.342
TLU: 4252.11
% SUBSIDIO: -59.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res: 1 Costos Financ
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec: 129,636 P 20/AGO/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Jul	Au
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.00
No aprovechables (TRNA):	.069	.069	.06

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 183.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 3237.696

GERE

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIS LTDA - NIT: 800204634

energía DE PEREIRA NIT 816.001.219-9 www.eep.com.co
Matrícula 2027203
Factura y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $62,863
Pago total factura $67,813

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. Universidad Pereira | Hospital Veterinario No. Historia Clínica 0752.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sebastian Valencia Documento de identidad: 1088341697
Dirección: Mz 29 Casa 2500 Teléfono: 3493289536
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kratos Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 11 años Color: _____ Peso: 4.8

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: —
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: —
Enfermedades Anteriores: Infección Pulmor, Hernia discal
Tratamientos: _____
Evolución: Bien
Alimentación: Doncat
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Problemas Respiratorios

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 104 /lpm Temperatura: 38.8 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: No Reactivos
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	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Test sida / leucemia Negativo.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CIALES

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Sebastián Valencia Montoya identificado con cédula de ciudadanía número 1.088341697 de Pereira en calidad de tutor de Kratos, de especie felina, raza Mestizo e historia clínica número 0757, 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 26 de Septiembre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC: 1.088.341.697

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.341.697**

VALENCIA MONTOYA
APELLIDOS

SEBASTIAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1997**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

07-ABR-2015 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00703929-M-1088341697-20150508 0044105149A 1 42905251

Powered by CamScanner

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

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	248
LECTURA ANTERIOR	238
CONSUMO M³	10

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	10

Datos del Suscriptor

Nombre	HUMBERTO ALVAREZ FERNANDEZ
Dirección	MZ 29 CS 4 PS 2 2500 LOTES COMUNIDAD VILLA MARIA
CICLO	12
ESTRATO	BAJO
RUTA	5-73950
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P2115MMRAL148304AA
Diámetro	1/2 P

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados $1,030

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	$ 810	$ 5,810.77	14.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $5,810

MATRÍCULA	1862267
Factura de venta N°	56746535
Fecha de la factura	28-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	21-Jul-2024 al 20-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$45,060
Fecha límite sin recargo:	05-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-12
Lugar último pago:	CUBA
Valor último pago:	42,060
Edad:	1

Código QR

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			$42.19
Consumo Periodo			$19,175.20
Ajuste a la Decena			$1.92

Subtotal Acueducto $19,219

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Alcantarillado	10	$2,572.74	$25,737.40
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant (38.4%)			$-11,819.96
Recargos Mes			$39.10
Consumo Periodo			$18,960.91
Ajuste a la Decena			$-.28

Subtotal Alcantarillado $19,000

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO			

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56746535	1862267	28-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 29 CS 4 PS 2 2500 LOTES COMUNIDAD VILLA MARIA

Cupon para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $45,060

Kit 7804

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/2024 | Universidad Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0158

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paula Valentina Beltran Documento de identidad: 1001 6917970
Dirección: Calle 6 # 11-61 Berlin Teléfono: 3206415543
Correo Electrónico: paulavalentinaos21@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 7/12/2023 Color: Amarillo Peso: 2,6 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sin desparasitar
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabisin, Vilax CS 06/04/2024.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: Concentrado Nutrecan.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Trauma en MAD por caida.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 37,7 °C
Pulso: FLC 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	AN
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. Claudicacion MAD
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Fractura
2. Ruptura ligamentos
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 recomienda Rx para confirmar diagnostico y poder realizar tratamiento

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Diprona	0,15ml	Iny	SC	SD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840.

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0758

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: camilo polo | Documento de identidad: 1004775317
Dirección: CRA 2B6 # 13-86 | Teléfono: 3105466961
Correo Electrónico: CamiqPolo@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mala | Sexo: M ___ F X | Raza: Mestiza | Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 9-03-2023 | Color: tigresa | Peso: 2 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2024 agosto
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2024 agosto
Enfermedades Anterjores: micoplasma
Tratamientos: sin tratamiento
Evolución: sin evolucion
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

diagnosticada con micoplasma.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R4 H 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	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	2
5. Oídos	2
6. Nariz	2

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	2
8. S. Respiratorio	2
9. S. Nervioso	2
10. S. Musculoesquelético	2
11. S. Cardiovascular	2
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

micoplasma.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se inicia hidratacion se aplica dexametasona y oxitetraciclina venosa y ranitidina se envia formula medica con doxiciclina, CBD y hemolitan se hace control en 15 dias, y regresa el dia de mañana para hidratacion

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
oxitetraciclina				
dexametasona				
ranitidina.				

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 0362

HISTORIA CLÍNICA

Tnape.

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Claudia Lozano Documento de identidad: 42141166
Dirección: MZA C5 B El caridad Mag. Teléfono: 3137839757
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Simón Sexo: M X F Raza: Persa Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 4 años. Color: Blanco Peso: 3kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 9 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): hace mal de 1 año.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: Concentrado dancat.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Orina con sangre.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NE /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No. males
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con constantes fisiologicas dentro de rangos.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Sedimento en vejiga
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

Sedimento en vejiga.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Sedimento en vejiga.

OBSERVACIONES

Se envia con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	0,25ml	1mg	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

Fecha: 26-09-24 | No. Historia Clínica: 0762

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yesica arias Torres Documento de identidad: 1088324106
Dirección: MZ 3 Cs 20 Galan 31 segunda Teléfono: 3214450989
Correo Electrónico: Yesicaariastorres@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Arón Sexo: M X F ___ Raza: bulldog frances (pug) Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10 AÑOS Color: café Peso: 14 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 20 DIAS
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NO vigente
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado - carne - pollo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene una bola en el cuello y no come en los tiempos que son. cuando come vomita amarillo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38.1 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas, brillantes, no medas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente alerta al medio, Presenta un lipoma en el cuello en el lado derecha, cerca de la region del hombro, presenta Gastritis y reflujo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Hernia
2. Reflujo
3. gastritis cronica
4. alergia alimentaria
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 formola Gastricomel Suministrar via oral 1 Tableta cada 12 horas, esomeprazol tableta X 20mg suministrar via oral 1/2 tableta cada 24 horas, Se remite a valoracion con cirujano para realizar nodulectomia

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 8.550

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yesica Arias Torres identificado con cédula de ciudadanía número 1088324106 de Pereira en calidad de tutor de Ayon, de especie Canina, raza Pug 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 26 de Septiembre del 2024

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

Jessica Arias Torres

Propietario/acudiente
CC: 1088324106

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 0163

HISTORIA CLÍNICA

Tuaje

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Rosa amelia tabares Documento de identidad: 42109790
Dirección: Cr 28 #66A la independencia Teléfono: 3207875552
Correo Electrónico: ———

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: cristal Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 10 años Color: Negro Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 3 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace 2 años
Enfermedades Anteriores: Fiebre de garrapata.
Tratamientos: No reporta.
Evolución: Favorable
Alimentación: Carne, arguado, espinaca, sobres de comida húmeda
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: Hace 20 días. Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Masa en región abdominal.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 44 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38,1 °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg. Ganglios Linfáticos: Normal
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	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: Catarata en ojo derecho, masa a nivel abdominal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. masa abdominal.
2. Decaimiento
3. Inapetencia.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Masa esplenica.
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

Masa en Bazo.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
CBD 2mg/kg.		aceite.	Po	3 veces x dias.

Laura Granados.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 42.109.790
TABARES QUIRAMA
APELLIDOS
ROSA AMELIA
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1973
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-JUN-1992 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2400100-01048917-F-0042109790-20181206 0063470001A 1 9906626392

Powered by CamScanner

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

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Acueducto, alcantarillado y aseo

Responsables del IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

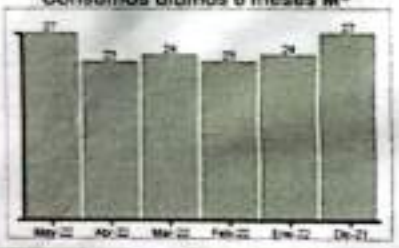
Nombre	MUNICIPIO-DE-PEREIRA
Dirección	CR 28 # 66 A- 155 LA INDEPENDENCIA FERNANDO T
CICLO	11
ESTRATO	BAJO
RUTA	3-23600
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P2015MMRAL137193AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	480046
Factura de venta Nº	52268248
Fecha de la factura	24-Jun-2022
PERIODO DE COBRO:	18-May-2022 al 18-Jun-2022
TOTAL A PAGAR:	**$111,160**
Fecha límite sin recargo:	06-Jul-2022
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2022-05-28
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	96,120
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	380
LECTURA ANTERIOR:	349
CONSUMO M³:	31

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	25

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
INST DOM ACUEDUCTO	Mar-21	Feb-24	$975.62	$20,492.27	0.75	21

Subtotal otros Cobros Asociados $975

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	5,380	112,946.23	21.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $5,380

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	31	$1,735.29	$53,793.99
Cargo Fijo Acueducto		$7,404.93	$7,404.93
Subsidio Acueducto			$-11,506.06
Consumo Periodo			$49,692.86
Ajuste a la Decena			$1.32

Subtotal Acueducto $49,694

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	31	$2,024.97	$62,774.07
Cargo Fijo Alcantarillado		$3,971.92	$3,971.92
Subsidio Alcantarillado			$-11,633.87
Consumo Periodo			$55,110.00
Ajuste la Decena			$-2.12

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TON / M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

FRECUENCIA (VISITA SEM)

FRECUENCIA (MICRO RUT)

FRECUENCIA (OCCIDENTAL)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Lampazo urbano

Rechazados

Componentes Tarifarios

Ultimo pago

% Sub % Cont

Unidades Independientes | UR | UNR

Código QR

Paga tu factura a través de este código

CAMPA
GERENTE

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S. E.S.P.

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

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24 — Hospital Veterinario — No. Historia Clínica: wep. 0764.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Ioana — Documento de identidad: 25035030.
Dirección: Samaria Mz 9 Cs 14 — Teléfono: 3224713790.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Martin. — Sexo: M X F ___ — Raza: Mestizo — Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 1 año. — Color: _____ — Peso: 5,3.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: No
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: 16 enero 2024.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Prolapso del tercer parpado - diarrea. -

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 25. /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.9 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosada palida 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		7. Sistema Digestivo	
2. Estado de Hidratación		8. S. Respiratorio	
3. Sistema Tegumentario		9. S. Nervioso	
4. Ojos		10. S. Musculoesquelético	
5. Oídos		11. S. Cardiovascular	
6. Nariz		12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se desparacitante - Vomito desparastanto.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/2024 Alcaldía PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0765

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Kelly Ruiz Documento de identidad: 1089379170
Dirección: quintas de panorama 2 Teléfono: 3213413360
Correo Electrónico: kellyR1923@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: peluda Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: blanco Peso: ___

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Miasis en MAI

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 125 /lpm Temperatura: 38.7 oc
Pulso: FIC 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	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	AN
4. Ojos	AN
5. Oídos	AN
6. Nariz	AN

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 evidencia miasis en miembro anterior izquierdo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Miasis
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

Miasis MAI

OBSERVACIONES

se realiza cita con cirujano para programar amputación

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Kelly Daliana Ruiz identificado con cédula de ciudadanía número 1089379170 de Pereira en calidad de tutor de la peluda, de especie Canina, 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 26 de septiembre del 2024

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

Kelly Ruiz

Propietario/acudiente

CC: 1089379170

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0766

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Maria Castaño Documento de identidad: 42113165
Dirección: Urbanizacion Villacame Mz 5 Cs 10 Teléfono: 3155279689
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 12 años Color: ___ Peso: 13.9

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Abril 2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Abril/11/2024.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Dog Chow - pollo - menudencias
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Orina agua.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.0 oC
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2seg. Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: el paciente no presenta dolor abdominal, se encuentra en buenas condiciones

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 desparasito canner. 1,3.
Se remite para ecografía.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V. G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.113.165**

CASTAÑO ARIAS

APELLIDOS

DIANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1974**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-FEB-1993 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00067501-F-0042113165-20080908 **0003**133728A 1 4530009223

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

PLAZA MAYOR CONSTRUCTORA N 2 S.A.S
CRA 51C 74 56 MZ 5 CS 10 URBANIZACION VILL

Ruta 01-01-010-6993 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 10
Transformador 1017570000 Combinación Subestación -38.88 Estrato 2
Carga contratada (kW) .5 Grupo calidad 12 Circuito 0033 Nº 1

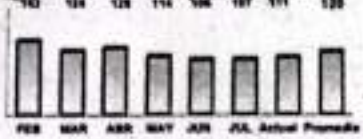
MATRÍCULA >>> 2066130

Fecha de emisión	16/AGO/2024
Facturas vencidas	0
Tenga usted para el próximo mes	27/AGO/2024
Mal servicio sin servicio desde	
Documento equivalente a la factura	59765788

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4,950
ENERGÍA:	56,810
TOTAL	$61,760

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	143	126.597	30
MAR	124	110.406	30
ABR	128	117.173	31
MAY	114	105.090	30
JUN	106	99.236	30
JUL	107	99.078	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1164114	MXT	9780	9669	111	1	111	120	
Reactiva									

Periodo facturado: 01/JUL/2024 - 15/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 836.3899 Toma 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	111	836.3899	92,839	-36,074	56,765

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	(T) Transmisión	(PP) Pérdidas	(D) Restricciones	(D) Distribución	(C) Comercialización	(CU) Costo kWh
306.9381	55.9324	55.8862	27.0719	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 59,521 Fecha P 31/JUL/2024
Qu
Valor reclamación Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

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

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.
Suprd autorización para vigilar Res CMN No. 0047 de 29-03-99
Guardián Comité Seguridad Res. DAFI 512.00 del 04/10/2012
Servicio autorizado por la Cámara de Comercio de Pereira según acuerdo 001/99

ENERGÍA 56,810

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	92,839	92,839
061	Subsidio	0	-36,074	-36,074
581	Intereses Mes	0	45	45

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 Consejo 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 0

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: - Barrido: 2
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Año Mes (M:1): 1 Uso Asoc: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:	9013.74
TRT:	5941.55
TDF:	
TC:	
TA:	
TTL:	
TUP:	
% SUB/CON:	-38.48%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 59,521 P 31/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

Resolución CREG 103 007 de 2024

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

Matrícula
2066130

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $56,810

Pago total factura $61,760

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0766.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: adriana del rocio vidal Documento de identidad: 55169577
Dirección: municipio de pereira 2 Teléfono: 3224002937
Correo Electrónico: morzira 2 roja 5.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: pimpa Sexo: M__ F X Raza: pitbull Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 anos. Color: café Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NO VIGENTE
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): RABIA VIGENTE - QUINTUPLE NO VIGENTE.
Enfermedades Anteriores: PIROPLASMA
Tratamientos: ____
Evolución: ____
Alimentación: DOS (HOY) CONCENTRADO) ATUN - POLLO - VISCERAS.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: 20/09/24 Fecha ultimo Parto: ____

MOTIVO DE CONSULTA

EPISODIO DE CONVULSION.

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: ____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
C3D	2mg/k	Acetic	Oral	300ts / DE
				1gota c/8 hors.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Adriana del Rocio Reyes identificado con cédula de ciudadanía número 55169577 de Neiva en calidad de tutor de Princesa, de especie canino, raza Pincher. 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, Princesa. 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 26 de septiembre del 2024

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

Adriana Reyes

Propietario/acudiente

CC: 55 169 577

Powered by CamScanner

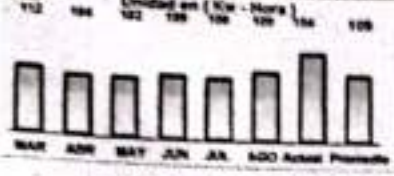
LUZ DARY MORA LUNA
MNZ 1 CS 5 MIRADOR DE PANORAMA I

01-01-014-7782 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 11
Transformador: 1011150000 Contribución: Subsidio: -30.59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 2 Grupo calidad: 12 Circuito: 0048 NIT: 1

Fecha de expedición: 17/SEP/2024
Facturas Vencidas: 1
Tengo plazo para pagar hasta: 26/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde: 27/SEP/2024
Documento equivalente a la factura: 60000552

ASEO:	22,431
ALUMBRADO:	9,900
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	32,331
ENERGÍA:	148,648
TOTAL	$180,979

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	112	99,731	31
ABR	104	92,352	30
MAY	102	91,028	30
JUN	109	107,944	31
JUL	108	95,911	30
AGO	128	106,305	30

	Número	Marca	Lec. Actual	Lec. Anterior	Diferencia	Fact.	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en advertencia
Activa	40408562	HOL	26201	26047	154	1	154	109	
Reactiva									

Periodo facturado: 17/AGO/2024 - 16/SEP/2024 Días facturados: Días promedio:
Valor kWh: Tarifa a mes de: AGO-24 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Promedio

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,853	66,416
>130	24	848.2198	20,357		20,357

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
311.8303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

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

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
58		38,677	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 FIUG[,n,q 15
DIUu,te 6 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 144,163 Fecha P 27/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 148,648

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	100,347	130,626	230,993
561	Subsidio	-38,998	-43,653	-82,652
521	Intereses Mes	0	307	307

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 9,900

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	9,900	9,900

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.035-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,431

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 (M3): 1 Uso Aseo: RESID-ES

Tarifa últimos 6 meses

1 11690	2 11690	3 11690	4 11730	5 11730	6 11490

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
845	Recargo Mora	0	0	0
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	11,494	11,444	22,938
999	Subsidio Aseo	0	-34,558	-34,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.96
TKT:	7962.48
TDF:	2848.67
TC:	3824.74
TA:	185.747
TTL:	632.893
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Últ. Pago y Fec. 144,163 P 27/JUL/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: 185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 11443.824

GERENTE

Resolución CNEG 105 007 de 2024

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

energía DE PEREIRA NIT. 816.002.519-9 www.aepi.com.co
Matrícula 1526268

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $171,079

Pago total factura $180,979

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.169.577

REYES IPILA

APELLIDOS

ADRIANA DEL ROCIO

NOMBRES



Adriana Reyes

FIRMA

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0767

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz mila lopez Documento de identidad: 42012951
Dirección: 26 con primera 109 San Juan Teléfono: 317 616 51 85
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono lopez Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 15 años Color: Amarillo Peso: 3 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): no reporta
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): solo rabia hace 2 años
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Cunocat y caldos de higado, leche
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa para Valoracion de tumor en ojo izquierdo

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta masa que Compromete el ojo Izquierdo, adherido - Firme - Tamaño Aproximado 4 cm de diámetro - Resto del examen clínico normal. ya no Tiene el ojo.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Neoplasia en Cabeza
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 Formula prednisolona con dosis inicial de 2mg/kg. en dosis decreciente. Durante 4 semanas

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Betametasona	2mg/kg.	Inyectable	IM	Única Dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0167

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ismedy Hernandez Documento de identidad: 25248286
Dirección: Mz 15 Cs 9 Perla del sur. Teléfono: 3215582969.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 2 años. Color: _____ Peso: 16.4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 7/8/2024
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Presenta 2 tumores a nivel de Orina

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 120. /lpm Temperatura: 38.6 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 1seg Ganglios Linfáticos: DD activos
Mucosas: Rosadas - Humedas - Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta ___ Otro: _____

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con TVT en la zona del pene

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

~~Bolzo Vincristina~~ Se realiza terapia con Vincristina

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vincristina	93.	Inyectable	IV.	

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

25.248.286

NUMERO

HERNANDEZ BETANCOURT

APELLIDOS

ISMEDY

NOMBRES

Ismedy Hernandez B.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1977

VITERBO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

05-MAY-1995 VITERBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

R-0913300-35136262-F-0025248286-20051124

0016505328A 02 169046286

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Fecha: 26/09/24 | No. Historia Clínica: 076B

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Kerly Carolina Valdez Documento de identidad: 1007198567
Dirección: M2 7 casa 2 altos Manz Teléfono: 302 299 92 23
Correo Electrónico: Granos P.I

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sofia Sexo: M__ F X Raza: Mest. 20 Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2 años y medio Color: Amarillo blanco Peso: 12 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 Mes
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hace mas de un año Solo rabia
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Cuido Blanco, Sobrantes de mesa en casa
Historia Reproductiva: Entero __ Esterilizado X
Ultimo Celo: ____ Fecha ultimo Parto: ____

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa con vaboracion en la piel, manifiesta el propietario que si es sarna

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Normal /rpm F. Cardiaca: 134 /lpm Temperatura: 37,7 oC
Pulso: 134 Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos:
Mucosas: Rosadas, humedas, brillosas 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		7. Sistema Digestivo	
2. Estado de Hidratación		8. S. Respiratorio	
3. Sistema Tegumentario		9. S. Nervioso	
4. Ojos		10. S. Musculoesquelético	
5. Oidos		11. S. Cardiovascular	
6. Nariz		12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta alopecia con hiperpigmentación a nivel del ensanche de la Cola - y costados de Torax. Se aprecia pavuela

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Dermatitis Atopica
2.
3. Acaros.
4.
5. Dermatofitos
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

Se recomienda raspado de piel

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se Formula Alerax 9.0 | ST-bkT- UD x 8 días

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetnistam	2g/k	Inj.	IM	UD
Dexametasona Vet-lover	1g/k	Inj.	SC.	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 28651

Powered by CamScanner

Fecha: 26/9/24. PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 0720

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Monica Andrea Valencia Documento de identidad: 1088245905
Dirección: Mz 18 Cs 20 Galan. Teléfono: 3116000835.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Alexandro Sexo: M__ F__ Raza: _____ Especie: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: 3.0kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NO
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: Leucemia. 24/9/24.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero V. Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Luxacion MPD.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 89. /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38,2. oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta V. Otro: _____

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

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

N: **Normal** AN: **anormal.** NE: **No Examinado**

Descripción de los Hallazgos: Se remite para Rx.

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

_____
_____

OBSERVACIONES

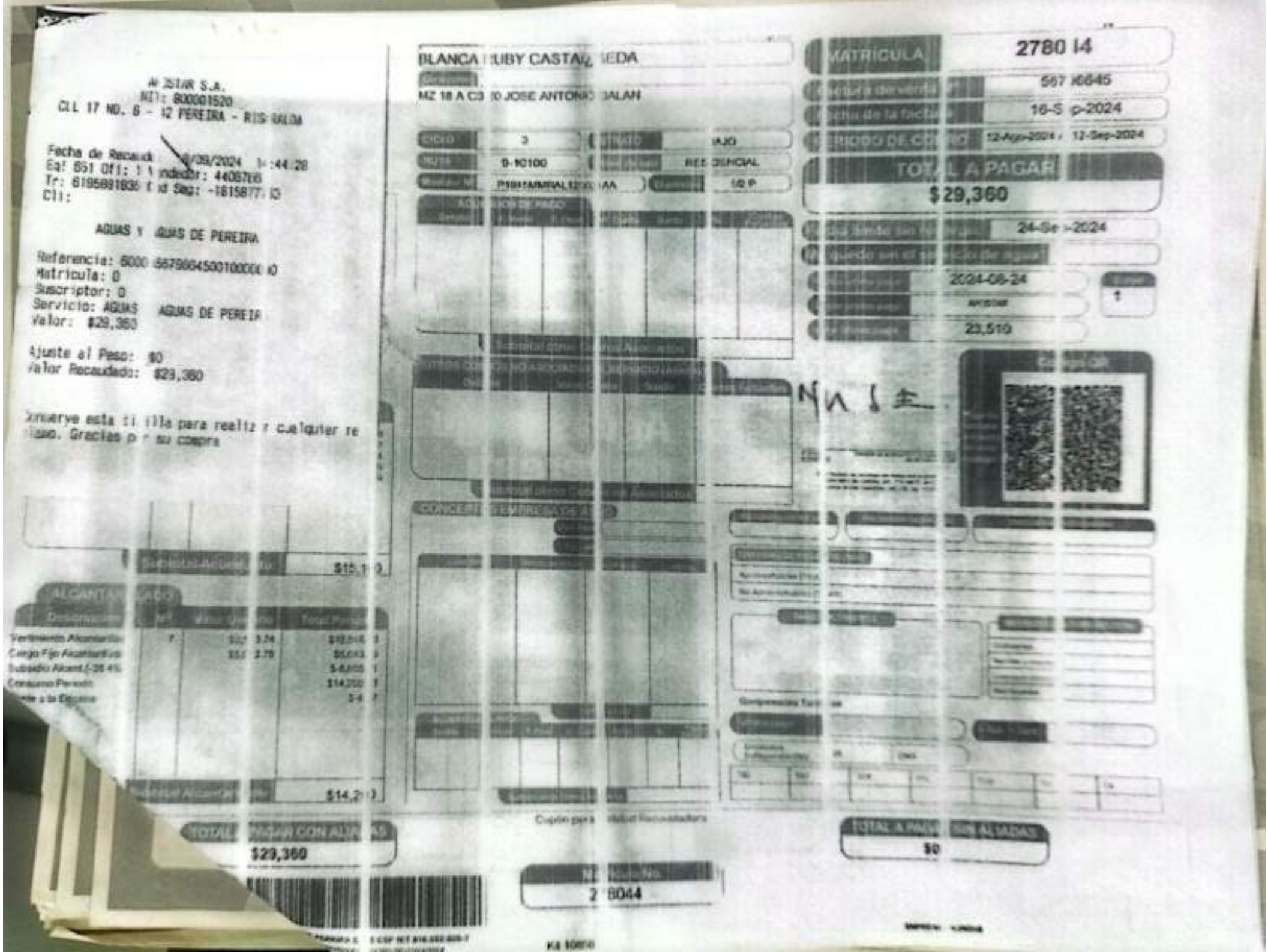
Se recomienda. Rx MPD.
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración

Vanessa V.6.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional

Powered by CamScanner



AGUAS Y AGUAS DE PEREIRA

Referencia: 6000 567866450010000[illegible] 0
Matricula: 0
Suscriptor: 0
Servicio: AGUAS AGUAS DE PEREIR
Valor: $29,360

Ajuste al Peso: $0
Valor Recaudado: $29,360

Conserve esta ti illa para realiz r cualquier re laso. Gracias p r su compra

BLANCA RUBY CASTAÑEDA

MZ 18 A C3 JOSE ANTONIO GALAN

MATRICULA 2780 14

TOTAL A PAGAR
$29,360

$23,510

TOTAL A PAGAR CON ALTAS
$29,360

TOTAL A PAGAR SIN ALTAS
$0

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Monica Andrea Valencia identificado con cédula de ciudadanía número 1088245907 de Anserma en calidad de tutor de Alegandro, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 0720, 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, Alegandro 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 26 de Septiembre del 20 24

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

Propietario/acudiente
CC: 1088245907.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 03/octubre/24 **Remitido por:**

Especie / Raza: Felino / mestiza **Nombre:** Gato. 301

Diagnóstico presuntivo: Luxación patelar medial.

Quién traslada nombre / Cédula:

I- Ingresa para Valoración mpd.
En Rx se aprecia luxación patelar medial derecha.
Se requiere cirugía, También se encuentra con laxitud de ligamento cruzado craneal.

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: _____

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

HC 0727
Luna
26/04/2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.381.217

RIVERA CASTAÑEDA

STEFANIA

COL 1.83 F

10 NOV 2005 A+

PEREIRA (RISARALDA)

20 NOV 2023. CARTAGO

Stefania Rivera

03 FEB 2034

ICCOL0357673412310345<<<<<<<<<<
0511106F3402030COL1089381217<3
RIVERA<CASTANEDA<<STEFANIA<<<<

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN DE SUSCRIPTORES EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS
TRIBUNAS CÓRCEGA E.S.P.
NIT. 816.003.198-3

KM. 5 VIA AMBIENTA - VDA. PUENTAS TEL.: 311 8762 - 311 9733 - CEL. 311 390 0525
www.espdtunas.com - E-mail: espticorc@yahoo.es
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS Superservicios ID 3013

E.S.P. TRIBUNAS CORCEGA

kiwa >CQR COMPAÑIA ISO9001:2015 CERTIFICADA

CODIGO:	10550200975	CICLO: 1	RUTA: 5 - 323100
NOMBRE:	ARIAS LONDOÑO CARLOS HERNAN	C.C. / NIT:	75050496
DIRECCION PREDIO:	VDA. EL ROCIO	FICHA CAT:	00900008000500
DIRECCION ENVIO:	VDA. EL ROCIO		
CLASE DE USO:	RESIDENCIAL	ESTRATO: 1 Bajo bajo	EDAD: 1

FACTURA DE VENTA No:	666310
PERIODO DE CONSUMO	01/ago./2024- 31/ago./2024
PAGUE SIN RECARGO HASTA:	25/oct./2024
PAGUE CON RECARGO HASTA:	28/oct./2024
FECHA DE SUSPENSION:	
TOTAL A PAGAR:	$33.100

MEDIDOR	DIAMETRO ACOMETIDA	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTER	CONSUMO (M3)	PROMEDIO
40668	1/2"	1780	1759	21	16

RANGO	CONSUMO	ACUEDUCTO VR. UNITARIO	ACUEDUCTO VR. TOTAL	ALCANTARILLADO VR. UNITARIO	ALCANTARILLADO VR. TOTAL
BASICO 0 - 13 M3	13	1.928,86	25.075		
COMPLEMENTARIO 14 - 26 M3	8	1.928,86	15.431		

Aseo Tipo productor Producción (ton): 0.0659

Metros cúbicos



Consumos anteriores

OBSERV LECTURA:

DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

CONCEPTO	VR. FACTURADO	VR. DIFERIDO	No. CUOTAS PENDIENTES	TOTAL SERVICIO
ACUEDUCTO				27.680
Cargo fijo	14.620			
Subsidio cargo fijo	-10.117			
Consumo	40.506			
Subsidio consumo	-17.352			
Ajuste por redondeo	23			
ASEO				5.420
Subsidio	-12.162			
Ajuste por redondeo	5			
Cargo fijo	4.836			
Cargo variable no aprovechable	12.741			

Osan Fdo. Gómez
Gerente

Fecha último pago 19/sept./2024

SALDO ANTERIOR	TOTAL CARGOS DEL MES	ANTICIPOS	SALDO ACTUAL	TOTAL A PAGAR
0	33.100		33.100	33.100

TOTAL MES: 33.100

PAGUE INMEDIATAMENTE SU FACTURA, EVITE LA SUSPENSION O CORTE DEL SERVICIO.
EL BUEN SERVICIO DEPENDE DE USTED, PAGUE OPORTUNAMENTE SU FACTURA.
PAGUESE EN LAS OFICINAS DEL BANCO COLPATRIA, BANCO CAJA SOCIAL, PUNTO PAGO Y PUNTOS DE APOSTAR AUTORIZADOS.

ASOCIACIÓN DE SUSCRIPTORES EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS
TRIBUNAS CÓRCEGA E.S.P. NIT. 816.003.198-3

E.S.P. TRIBUNAS CORCEGA

(415)7709998006003(8020)006663100105502009 75(3900)0000033100(96)20241025

El internet en la misma Fact
Pagó 16-09-24

FACTURA No: 666310
CODIGO: 10550200975
NOMBRE: ARIAS LONDOÑO CARLOS HERNAN
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS Superservicios ID:3013
PERIODO DE CONSUMO 01/ago./2024- 31/ago./2024
PAGUE SIN RECARGO HASTA: 25/oct./2024
TOTAL A PAGAR: $33.100

H.C 0121

Alcaldía de PEREIRA

Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 01/NOV/2024 Remitido por: Manuela Ramirez

Especie / Raza: Canino/mestizo Nombre: Luna

Diagnóstico presuntivo: Parvovirus

Quién traslada nombre / Cédula:

1) Paciente con Parvo

Multibio 0,08ml

~~Na~~Ranitidina 0,05ml

ATP 0,08ml

Novalbismol 0,12ml

Dipirona 0,04ml

Control

02-11-24 / 05-11-24 / 06-11-24 / 07-11-24 / 08-11-24

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos

MP:

Firma del encargado

Nombres y Apellidos

CC:

Powered by CamScanner