1.6.1 HISTOTIAS CLINICAS 27 DE SEPTIEMBRE 2024

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Maria Vargas Alfonso identificado con cédula de ciudadanía número 21116588 de Biota - Cundinam. en calidad de tutor de Luna, de especie Canino, raza mestizo e historia clínica número 0768, 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, Luna 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 27 de Sept del 2021

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

Maria Vargas A

Propietario/acudiente

CC: 21116588

Powered by CamScanner

Fecha: 27/sept/24. Envia Documentos upp

No. Historia Clínica: 0768

HISTORIA CLÍNICA Traje

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mana Vargas A.
Dirección: M2. 22 Cs. 19 Malaga. P.I Documento de identidad: 21116588
Teléfono: 3102315222
Correo Electrónico: N/R.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna.
Sexo: M ___ F X Raza: mestiza Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 8 años Color: blanca Peso: 14 Kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 9 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): N/R. solo rabia hace 9 meses.
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R.
Evolución:
Alimentación: Concentrado - Doncan.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Vomitos, no hace popo, hasta hoy hizo ~~pepo~~ chichi

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 92 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 37.3 °C
Pulso: Irreg. Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: Reactivos
Mucosas: Palidas Secas Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Linfonodos submandibulares reactivos, Paciente letargico, no se para, presenta conjuntivas no consume alimento. Presenta respiracion costal corta, no consume alimento pulso irregular

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomitos
2. No defeca.
3. No come
4. conjuntivitis
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Distemper canino
2. Hemoparasitos.
3. IRC
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: X test Distemper

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Negativo. HCH=Aumento Gs blancas. Crea: 9.8, BUREA=345.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Enfermedad renal cronica.

OBSERVACIONES

Paciente muy decaido, se hidrata y medica y sale mucho mejor. se cita para mañana ante el resultado de los sintomas se le explica. la gravedad de la enfermedad la sra. al principio no comprende y dijo que iba a llamar al hijo y en la tarde el hijo decide Eutanasear.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
ATP	1.4 ml	Iny	SC	3 Dias
Ox. tetraciclina	2.8 ml	Iny	IM	3 Dias.
Dipirona	0.78ml	Iny	IV	3 Dias
vetmistam	1.2 ml	Iny	SC	3 Dias
Hartman	100 ml	Iny	IV	3 Dias.
Propofol	7 ml	Iny	IV	U D
Eutanex	2.5ml	Iny.	IV	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional 45840.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 27 Sep/24

Yo Isori caballero Vargas **Identificado con CC:** 891008.224
con Dirección: _____ **; Tutor de** Luna
Especie Canina **Raza** mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** 8 años.
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 Luna 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** Laura Granados **con matrícula profesional No** 45840**, 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 Isori caballero V **Firma**
CC: 891.008.224

Powered by CamScanner

Fecha: 12/9/24 | No. Historia Clínica: 0770

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Monica Sotelo. Documento de identidad: 37 007 768
Dirección: Cll 22 Kr 15-32 Centenario Teléfono: 3107785835.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Max Sexo: M X F ___ Raza: Poddle Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: Blanco Peso: 4,6.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Marzo 2024.
Enfermedades Anteriores: Otitis
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Dog Chow. - pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Se rasca oidos con frecuencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 144. /lpm Temperatùra: 38. 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2ses. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosada - Humedas - Brillan Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X. Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se realiza limpieza de oido se desparasita y se envia formula medica

Powered by CamScanner

...arios a ... integral.

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 esterilizar
Se desparasita. - se realiza limpieza de oido.
se desparasita se vitaminza y cambio de
concentrado

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V. G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Efigas
siempre

¡Hola!

MONICA SOLARTE DORADO

1302751

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

05/09/2024 00:15:37

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

01 8000 96 63 44 LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Armenia: 606 736 8959
Manizales: 606 896 2323 | Pereira: 606 357 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

CL 22 KR 15 - 32

CL 22 KR 15 - 32

3

BARRIO CENTENARIO

PEREIRA

RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

234 | 222 | 0,8675 | 10

01/AGO - 30/AGO

30

X-4385035-22

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicios públicos	$ 28.958
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 28.958**
Si no pagas antes de	18/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
	1202191066
	181183530

CONCEPTO

SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1587932)

Cargo fijo mensual	$ 4.036
Consumo de gas natural	$ 24.922

TOTAL SERVICIO:

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamen

$ $

llamando a la línea gratuita 018000966344.

EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA
NIT 816.002.019-9
PUNTO DE PAGO: TORRE CENTRAL
DIRECCION: Edif. Torre Central
Fecha: 19/09/2024 4:10:14 p. m. 16:12
Trans: 14973856 Id: 0181183530
Cajero: c9953-MILTON ESTEBAN TABORDA MAR
OM-018/2019 FP: E

EMPRESA	FACTURA	VALOR
EFIGAS S.A. ESP	0181183530	$28.958

TOTAL REGISTROS: 1
TOTAL: $ 28.958,00

CONSERVE SU TICKET PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO
GRACIAS POR SU PAGO

$ 5.150.000

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."

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTAR

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 29 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR







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

Brilla

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24

Universidad de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0771

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhon Jaramillo
Documento de identidad: 13881565
Dirección: Villa del prado M7 S1 C534 Teléfono: 3136209397
Correo Electrónico: Jhdishana@Hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Hanna Sexo: M__ F X Raza: mestiza Especie: _____
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: Amarilla Peso: 29.6g

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Diciembre 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2020
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado y sopa
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

dolor en encias por lastimarse

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.5 gc
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R y H Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se evidencia dolor a la palpación en la zona bucal, presencia de cálculos en los dientes

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

lesión en paladar

OBSERVACIONES

Se envia formula medica con meloxicam y stomyzol.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Canney	1ml/10kg	suspensión	VO	DU
meloxicam	0.3mg	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-24 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica (0768)077

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: margori Ramirez Documento de identidad: 1126593940
Dirección: Cll 32 #2-17 Teléfono: 3115379117
Correo Electrónico: ramirezmargori4505@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kayla Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1 AÑO Color: Blanco Negro Peso: 8.8 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 25-07-2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 25-07-2024
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general, mirar como esta por que se nos murio una perra por leptospira

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: jadeo /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura: 38.5 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas, hidratada 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: Paciente que llego a consulta para realizarle cuadro hematico y quimicas sanguineas

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: 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

Creatinina: 1,4
WBC: 14,27, Lym= 9,26, Mon= 1,29, Gra= 8,72 / RBC: 7,47, HGB: 17,3

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente aparentemente sano, los examenes no sugieren signos de enfermedad Creatinina en rango superior se recomienda tomar examen de control en 8 días

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3550

Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-24 | Universidad Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0773

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jorge Ivan cardona Documento de identidad: 1088239752
Dirección: Cll 3 Cs 110 Leon Suarez Teléfono: 3117131828
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: muñeco Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 6 años Color: caffe claro Peso: 14.6

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

El perrito no esta haciendo popo ni no esta orinando esta vomitando mucho, no esta comiendo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 80 /lpm Temperatura: 38.5 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: < 2seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente que llega con una obstrucción aparente gastro intestinal y/o prostatitis se remite a ecografia prioritaria, se evidencia sedimento urinario y globo vecical se le realiza Procedimiento de sonda urinaria

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Prostatitis
2. Obstrucción gastrointestinal
3. dificultad para orinar
4. dificultad para defecar
5. presencia de garrapatas
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Sedimento urinario
2. Prostatitis
3. Obstruccion
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:___
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 urinario

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se remite para ecografia, se le formula amoxicilina solución oral 250 mg, Doxicina x 100 mg tabletas Prazocina tabletas x 2 mg suministrar via oral 1 tableta cada 24 horas, vite-vete solución oral
Se realiza procedimiento de sonda urinaria, uso permanente de collar isabelino

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 7055

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

CLAUDIA ELENA ESPINOSA

Tu código de contrato es 358760

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

Tu factura fue expedida el 14/09/2024 11:48:55

EN TOTAL TE FACTURAMOS:

Servicio público	$ 28.555
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 28.555**
Si no pagas antes de	26/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202483064
Referencia de pago	181462992

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

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

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

164 ATENCIÓN EMERGENCIA COMUNÍCATE

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

SI TIENES DUDAS O PREGUNTAS SOBRE EL SERVICIO CONTÁCTENOS EN: Armenia 606 736 8950 Manizales 606 898 2323 Pereira 606 351 5351 www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega LEON SUAREZ-ALTAGRAC DER AP A428 CS- 110 Dirección del predio LEON SUAREZ-ALTAGRAC DER AP A428 CS- 110 Estrato 2

Barrio LEON SUAREZ-ALTAGRACIA Municipio PEREIRA Clase de servicio RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual 3496 − Lectura anterior 3476 × Factor de corrección 0,8479 = Consumo m³ 17

Período de consumo 09/AGO - 07/SEP Días de consumo 30 Medidor U-17629040

Observación de la lectura

TU CONSUMO EN M³ LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES	SALDO PENDIENTE	CUOTAS PENDIENTES
		CAPITAL / INTERESES	
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,310562)			
Consumo de gas natural		$ 48.596	
Subsidio		$ -20.082	
Recargo por mora		$ 41	
TOTAL SERVICIO:		**$ 28.555**	$ $

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

Paga tu factura a tiempo.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 18 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 900 aliados en el Eje Cafetero

Brilla







NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Hc: 0773

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 27/09/21 **Remitido por:**

Especie / Raza: Canis / MX **Nombre:** Muñeco

Diagnóstico presuntivo: Obstruccion / Prostatitis

Quién traslada nombre / Cédula: Jorge Ivan / 1088239752

- Se remite paciente a ecografia abdominal, se busca descartar obstruccion intestinal y/o prostatitis (Prostatitis)

Juan

Firma de Profesional Veterinario

Juan José Rada Q
Nombres y Apellidos
MP: 7550

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

Fecha: 2/19/24 | No. Historia Clínica: 0974

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Rosalino Ortiz Documento de Identidad: 34057173
Dirección: Mz 19 Cs 15 2500 Teléfono: 3142150152
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M ___ F X Raza: Criollo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 01/05/2022 Color: Café Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 años 2022
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2022
Enfermedades Anteriores: No
Tratamientos: No
Evolución: No
Alimentación: Concentrado y sopa
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hace un mes le salio caca por la vagina, tiene a anochecer hinchada

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 36 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2s Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: R/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	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: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se evidencia una masa a nivel abdominal

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. obesidad
2. distension abdominal
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se envia formula y se remite para rayos X abdominal para descartas masas que no se ven en ecografia

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Cannex	1ml/10kg	solucion	VO	SD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Martha Pimienta Garcia identificado con cédula de ciudadanía número 42059027 de Pereira en calidad de tutor de lupita, de especie felino, raza mestizo e historia clínica número 0375, 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, lupita. 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 27 de sept. del 2024

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

Martha Pimienta garcia

Propietario/acudiente

CC: 42059027

Powered by CamScanner

Fecha: 27 Sep/24 Documentos al WPP. No. Historia Clínica: 0775

HISTORIA CLÍNICA Consulta

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Martha Pimienta Garcia Documento de identidad: 42059021.
Dirección: Mz. 19 Cs. 13 metropolita Teléfono: 3146930548
Correo Electrónico: 2500 lotes

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupita Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: felino.
Fecha de Nacimiento: 12 octubre 2021 Color: amarillo Peso: 3,5kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 6meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): desde 2022 triple felina + leucemia y rabia.
Enfermedades Anteriores: N/R.
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentra - pollito zahahona
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Vomitos esporadicos, se le cae el pelo.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 100 /rpm F. Cardiaca: 184 /lpm Temperatura: 39°0 oC
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 75eg Ganglios Linfáticos: Normale
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso___; Comatoso ___. Alerta X Otro:_____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	AN
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	AN	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: gingivitis.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. gingivitis
2. Perdida de pelo
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente animical bien. se desparasita y suministra complemil. se envia con formula. Se aplica Dexa para inflamacion bucal.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0,3ml	1mg	SC	UD
Complemil	2ml	oral	PO	UD
Canex	0,3ml	oral	PO	UD
[illegible]	[illegible]			
[illegible]				

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840.

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | UNIVERSIDAD DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0776

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: tania castro Documento de identidad: 1019198234
Dirección: Calle 31a #22-95 bz150 Teléfono: 3506221542
Correo Electrónico: mus130310@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Muisi Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: sep - 2024 Color: negro Peso: 13kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): octubre 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): octubre 2024
Enfermedades Anteriores: parvovirus
Tratamientos: hospitalizacion
Evolución: satisfactoria
Alimentación: concentrado y sopa
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

gastritis

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38.0 °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: R y h Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Sin anormalidades al examen clinico

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. gastritis
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
canney	1M | 10kg	sospension	VO	DU
Ranitidina	2MG	inyectable	SC	DU
Multibio	15mg	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/29 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0337.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leill Muñoz. Documento de identidad: 5230714.
Dirección: Cll 21 # 5-19 Centro Teléfono: 3102824495
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Piqui Sexo: M x F ___ Raza: Pinscher. Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 29/agos/29. Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general.

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	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda vacunar desparasitar y cambio de concentrado por Equilibio.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Jueves a V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Will Muñoz 5230714 de Colón - Nariño. identificado con cédula de ciudadanía número especie Canino, raza Pinsher e historia clínica número 0777., en calidad de tutor de Pigui, de 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, Pinsher 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 27 de 9 del 2024.

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

Propietario/acudiente
CC: 5.230.714

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0778

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carlos andres quintero Documento de identidad: 16459553
Dirección: M239 CS 14 el vomans Teléfono: 3145051406
Correo Electrónico: Canollgid2068@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Hitler Sexo: M X F ___ Raza: pitbull Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2020 Color: blanco Peso: 35 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): febrero 2024
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): sep 2023
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado y pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

alergia x picadura

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38,5 oc
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: 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	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: inflamacion de labios inferior, leve enrojecimiento de la zona

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Picadura
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

Alergia por Picadura

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
dexametasona		inyectable	SC	DC
vethistam		inyectable	SC	DC

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.459.553**

QUINTERO CANO

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1979**

TRUJILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-FEB-1998 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402500-00155406-M-0016459553-20090429 0011138140A 1 30428616

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: MARIA LIGIA QUINTERO CANO

Dirección: MZ 39 CS 14 EL REMANSO

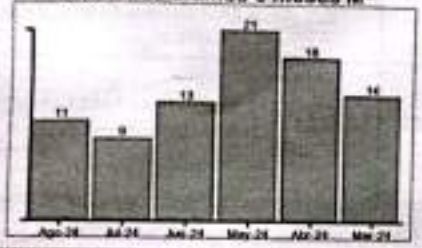
CICLO	7
RUTA	8-51500
Medidor Nº	P2115MMRAL145575AA
ESTRATO	BAJO BAJO
Clase de uso	RESIDENCIAL
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1780469
Factura de venta Nº	56848715
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Ago-2024 al 16-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$1,187,787**
Fecha límite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	02-Oct-2024
Fecha último pago:	2024-07-24
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL
Valor último pago:	28,000
Edad	2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	334
LECTURA ANTERIOR:	321
CONSUMO M³:	13

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	14

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
CREDIAGUAS(No.ROT00000254)	1,156,967	1,612,166.00	19.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $1,156,967

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	13	$2,172.54	$28,243.02
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-26,051.16
Recargos Mes			$25.09
Consumo Periodo			$11,595.03
Ajuste a la Decena			$-.12
Saldo Fact. Anteriores			$3,350.00

Subtotal Acueducto: $14,970

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	13	$2,573.74	$33,458.62
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,643.64
Recargos Mes			$29.70
Consumo Periodo			$11,858.73
Ajuste a la Decena			$1.57
Saldo Fact. Anteriores			$3,960.00

Subtotal Alcantarillado $15,850

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazables

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Subs | % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TSL	TNT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica 0329.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Valentina. Valencia. Documento de identidad: 1004777142.
Dirección: Cra 5b # 41b-32. Teléfono: 3215364237.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Martin Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 8 años Color: _____ Peso: 11,4.

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Daño de estomago y vomita

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 112. /lpm Temperatura: 38,8 °C
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. 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 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 realiza desparasitacion
y formula medica control en 5 dias

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	0,3.			
Ranitidina	0,2			

Vanessa L.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Valentina Valencia identificado con cédula de ciudadanía número 1004777142 de Pereira en calidad de tutor de Martin, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0779, 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, Martin 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 17 de Sept del 2021

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

Valentina Valencia

Propietario/acudiente

CC: 1004777142

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | Universidad Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0280

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Valentina Valencia. Documento de identidad: 1.004777142.
Dirección: Cr 5 b #41b-32 Teléfono: 3215364237.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Muñeca Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: _____ Peso: 18,2.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia 2024.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Pingo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor ojera y baba despues de hacer popo.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 27 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 38,6 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg 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	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	AN
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se encuentra oido con mal olor y dolor en el oido derecho. no presenta 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 realiza limpieza y 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

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Valentina Valencia identificado con cédula de ciudadanía número 1004777142. de Pereira. en calidad de tutor de Muñeca, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0780, 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, Muñeca 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 27 de Sep. del 20 24

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

Valentina Valencia

Propietario/acudiente

CC: 1004777142

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

GARIN MARIA RITA

ZAPATA RIO CRA 2 41B 32 PS 2 GETSEMANI

01-01-014-4701 Municipio 1 PEREIRA Residencial

10072B0000 -38.80 2

5 12 0022 1

MATRÍCULA >>> 2062575

Fecha de Emisión: 14/AGO/2024

Facturas Vencidas: 0

Tengo plazo para pagar hasta: 26/AGO/2024

Me quedo sin servicio después de:

Documento equivalente a la factura: 59721769

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,555
ENERGÍA:	43,468
TOTAL	$72,02

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	51	45,150	30
MAR	54	48,060	30
ABR	88	80,555	30
MAY	91	83,808	31
JUN	64	59,916	30
JUL	85	70,763	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	1148077	MXT	7124	7039	85	1	85	72	
Reactiva									

Periodo facturado 14/JUL/2024 - 13/AGO/2024 Días facturados 31

Valor kWh 836.3899 Fecha anterior JUL-2024 CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	85	836.3899	71.093	-27.625	43.468

INFORMACIÓN GENERAL

306.9331	55.9324	55.8662	27.0710	295.0850	95.5192	836.3899

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

Int. Mora 50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,677 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Consumo Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
DIUu,te	18	FIUu,te	14
DIUn,n,q,m,0		FIUn,n,q,m,0	
VC ,00			

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 71.647 Fecha P 20/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 43,468

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
551	Consumo Activa	0	71.093	71.093
561	Subsidio	0	-27.625	-27.625

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
337	Alumbrado Publico Pereira	4.950	4.950

Responsable del Alumbrado Público Pereira NIT: 891.480.030-0

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2009

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23 805

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables 2 Aprovechables 0 Barrid

Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)

Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Alcance Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESID

Tarifa últimos 6 meses

1 21090	1 23290	1 23290	1 23290	1 22370	1 233

COD	CONCEPTO	CARGA ANTERIOR	VALOR MES	24,5+1
666	Cargo F|o Aseo	0	24.511	
650	C V Aprovechamiento	0	195	13
939	Cargo Variable	0	13.614	
999	Subsidio Aseo	0	-14.715	-14.715

Componentes Tarifa

TSL:	16173.77
TRT:	9520.81
TCD:	3372.94
RC:	2067.93
TA:	194.764
TTL:	721.256
TUI:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendie

Periodo Facturado JUL/2024 UIL Pago y Fec. 71.647 P 20/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Ju
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.0
No aprovechables (TRNA):	.009	.009	.0

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13614.10

Resolución CRA G 165 007 de 2024

energía de Pereira

Matrícula

VALOR A PAGA

$67.073

Fecha: 27/09/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0201

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: lady Johana alzate Documento de identidad: 42145327
Dirección: Mz 1 Cs 60c los cristales Teléfono: 3183447861
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: pareta Sexo: M ___ F X Raza: felina Especie: Mestiza
Fecha de Nacimiento: 9/04/2020 Color: blanco Peso: 4 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

trauma en MPI

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38.1 oC
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: RUH Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: se evidencia mucho dolor a la palpación del miembro posterior derecho

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. lesion en MPI
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se administra meloxicam y se remite para RX de MPI

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam 0.5l.	0.2mg	inyectable	sc	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

MENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MARIA DE LOS ANGELES ZULUAGA
CRA 2B 13 86 AMERICA

Ruta: 01-01-003-2260 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 1
Transformador: 10183K0000 Distribución: % Subsidio: -15.00 Estrato: 3
Carga contratada (kW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0042 NT: 1

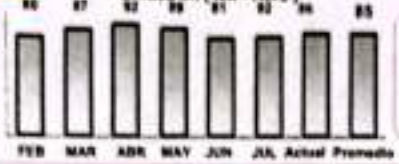
MATRÍCULA >>> 141739

Fecha de Emisión: 28/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 06/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59865475

ASEO:	33,961
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	44,071
ENERGÍA:	61,257
TOTAL	$105,328

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	80	70,824	30
MAR	87	77,462	30
ABR	92	84,217	31
MAY	88	82,044	31
JUN	81	75,831	30
JUL	82	86,265	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Lectura en investigación
Activa	2000195997	HXE	56283	56197	86	1	86	85	
Reactiva									

Periodo facturado: 28/JUL/2024 - 27/AGO/2024
Días facturados: 31
Observación:
Valor kWh: 836.3899
Tarifa a mes de: JUL-2024
Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	86	836.3899	71,930	-10,789	61,141

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora	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 3
DIUu,n,q,m 1
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 101,897 Fecha P 20/AGO/2024
Otro
Valor reclamación Proceso

ENERGÍA 61,257

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	71,930	71,930
561	Subsidio	0	-10,789	-10,789
581	Intereses Mes	0	116	116

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 10,110

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891 480 030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 2º Torre Central Local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 33,961

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

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

Tarifa últimos 6 meses

30270	33480	33480	33470	33600	33600

COD		DIA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	7	7
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	14,167	14,167
999	Subsidio Aseo	0	-4,939	-4,939

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
RT:	9921.58
TDF:	3513.982
TC:	3987.39
TA:	194.764
TTL:	751.616
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res: Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Últ. Pago y Fec. 101,897 P 20/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	14187.174

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

Envia documentos x WPP

Fecha: 27/sep/24. Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0782

Trapo.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carlos Alberto perez Documento de identidad: 9956702
Dirección: M7.30 cs.21 villa santana Teléfono: 3005088857
Correo Electrónico: N/R.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: M.I.U Sexo: M X F ___ Raza: Pastor belga Especie: canino.
Fecha de Nacimiento: 8 meses Color: Marron negro Peso: 15 Kg.

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

No sabe si tiene vacunas pq la trenchase 15 dias vomitos, diarrea, inapetencia, decaimiento de 7 dias de evolucion.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NE /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: ~ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: normales
Mucosas: RHD Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ___

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

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	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 decaimiento, deshidratado

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomitos
2. Diarrea.
3. Inapetencia
4. Decaimiento.
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

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Sinulfibro	1.5 ml	1 iny	SC	UD
Ranitidina	1.5 ml	1 iny	SC	UD
ATB	2.5 ml	1 iny	SC	UD
2,5 m Novalgina	2.5 ml	Oral	VO	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 — No. Historia Clínica: 0784

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Margarita Mª Jaramillo — Documento de identidad: 24816517
Dirección: Cra 36a # 32-53 Villavento — Teléfono: 3158084781
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Honney — Sexo: M ___ F X — Raza: Mestizo — Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 9 años — Color: _____ — Peso: 11,7.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 20/8/24
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia 2022.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Nutrecan 130 gr. 170gr.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Masa glandula mamaria y oidos.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 27. /rpm F. Cardiaca: 120. /lpm Temperatura: 38. oC
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	A.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: Masa en glandula mamaria
Se recomienda ecografia.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se remite para ecografía

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

Margarita Mª Jaramillo identificado con cédula de ciudadanía número 24316517 de Manizales en calidad de tutor de Honey, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0788, 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, Honey 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 27 de Sept del 2024.

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

* Margarita Mª Jaramillo

Propietario/acudiente

CC: 24316517

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

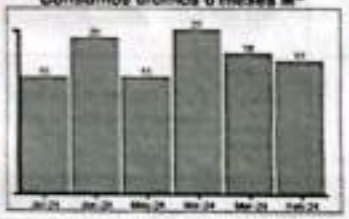
Nombre	JARDIN S.A
Dirección	CR 36 A # 34- 53 MZ 28 CS 8 VILLA VERDE
CICLO	9
ESTRATO	MEDIO MEDIO
RUTA	4-31800
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1815MMRSA109425AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1795806
Factura de venta Nº	56690139
Fecha de la factura	24-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	18-Jul-2024 al 17-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$104,620**
Fecha límite sin recargo:	02-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-25
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	85,640
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1335
LECTURA ANTERIOR	1316
CONSUMO M³	19

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	18

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	19	$2,172.54	$41,278.26
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Consumo Periodo			$50,681.43
Ajuste a la Decena			$-1.43

Subtotal Acueducto: $50,680

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	19	$2,573.74	$48,901.06
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Consumo Periodo			$53,940.00
Ajuste a la Decena			$-4.81

Subtotal Alcantarillado $53,940

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	REVISA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA (DECOS - AÑO) | FRECUENCIA (DECOS - MES) | FRECUENCIA (RECICLADORES)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRMA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub. | % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TBT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56690139	1795806	24-Ago-2024
Dirección del Predio:	CR 36 A # 34- 53 MZ 28 CS 8 VILLA VERDE	

TOTAL A PAGAR $104,620

Kit 5317

ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-2024 | No. Historia Clínica: 0785

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Consejo Valencia Documento de identidad: 24695601
Dirección: Cll 3 #6-65 Olmaza Anillo Teléfono: 3127068859
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Aslan Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1 Año Color: café Peso: 12 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 22-03-24
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 24-02-24
Enfermedades Anteriores: Fiebre de garrapata
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - cronka.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

No quiere comer bien desde hace 1 semana
Le salio una bola en el abdomen

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38,7 °C
Pulso: F/S Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: Rosados, (hemáticas, hidratadas) Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente alerta al medio, Presenta gastritis, inflamacion del tejido mucoso (intestinal)

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. dolor abdominal
2. Vomito
3. Diarrea
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Gastro enteritis Bacteriana
2. " Parasitaria
3. " alimentaria
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 le Formula metronidazol Solución oral 250mg/5ml suministra 3,6ml cada 12 horas
Esomeprazol tableta x 20 mg Suministrar Via oral 1/2 tableta cada 24 horas; control en 15 dias (11/10/24)

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona		Inyectable	SC	unica dosis

Médico Veterinario:
Matricula Profesional: 3053

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **24.695.501**

VALENCIA CARDONA

APELLIDOS

CONSUELO

NOMBRES

Consuelo Valencia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1982**

YARUMAL
PEREIRA (RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

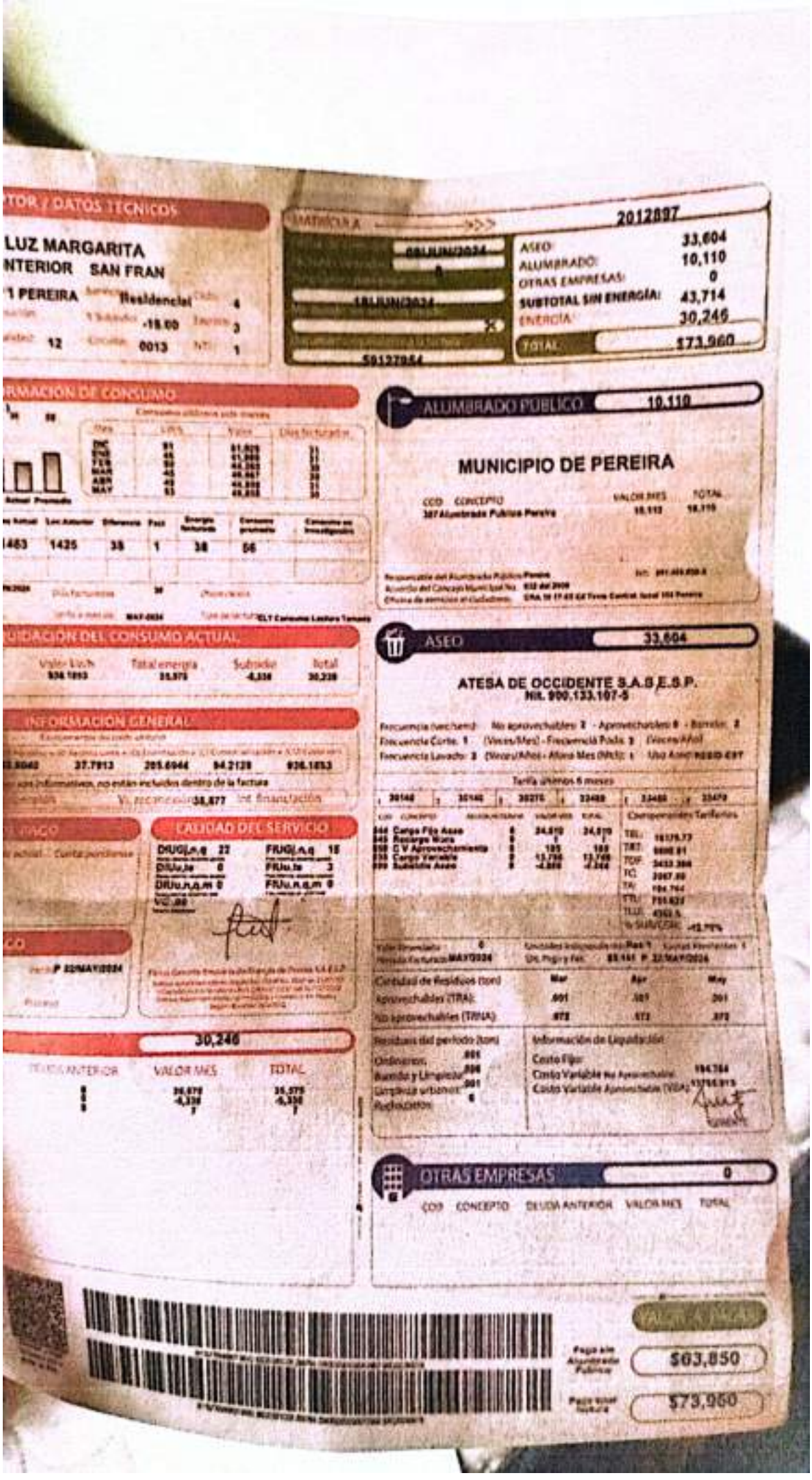
23-AGO-2000 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-2400100-00968472-F-0024695501-20180111 00591 18035A 1 4534772300

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-24 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0786

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sofia Londoño Documento de identidad: 42108419
Dirección: Cll 27A # Primal San Juan Teléfono: 3205138514
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tayo Yodas Sexo: M__ F__ Raza: Mestizo bulldog frances Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 10 AÑOS Color: cafe Peso: 22.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: 6 meses
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: No vigente
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - mollejas de pollo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Tiene Fiebre de garrapata, Le esta sangrando la nariz
Se le esta hinchando, parece una infección, Necesita Profilaxis

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: jadeo /rpm F. Cardiaca: 104 /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: F/S Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: hiperemicas 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 alerta al medio, Presenta enfermedad Periodontal grado 4/4, Posible Fistula oro-nasal, dificil manejo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Fistula oro-nasal
2. enfermedad-Perio-dontal
3. Dolor
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Enfermedad Perodontal
2. Fistula oro-nasal
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 control en 5 Dias q se remite con profilaxis, se le formula cefalexina capsulas x 500 mg suministrar via oral 1 capsula cada 12 horas x 10 dias
Prednisolona x 20 mg tableta.
Presenta enfermedad periodental grado 4/4

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Multibio	2 ml	Inyectable	S.C	

Juan

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 8288

Powered by CamScanner

Efigas
siempre

¡Hola!

JOSE JAVIER GIRALDO GRANADA

Tu código de contrato es: 344972

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

Tu factura fue expedida el: 03/09/2024 00.15.55

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 3.354
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 3.354**
Si no pagas antes de	16/09/2024
Te quedas sin servicio desde	
Documento equivalente	1202079173
Referencia de pago	180981595

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

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

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

164 ATENCIÓN 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 8958
Manizales 606 898 2323 | Pereira 606 351 5351
www.efigas.com

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: KR 1 CL 27 - 4 PISO 1
Dirección del predio: KR 1 CL 27 - 4 PISO 1
Estrato: 2
Barrio: MILLAN RUBIO, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 4309 − Lectura anterior: 4307 × Factor de corrección: 0,8676 = Consumo m³: 2
Período de consumo: 27/JUL - 25/AGO
Días de consumo: 30
Medidor: D-3005321N
Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES

CONCEPTO

	CARGO DEL MES		SALDO PENDIENTE	CUENTAS PENDIENTES
	CAPITAL	INTERESES		
SERVICIO DE GAS (Número de servicio 287557)				
Consumo de gas natural	$ 5.717			
Subsidio	$ -2.363			
TOTAL SERVICIO:	**$ 3.354**		**$**	**$**

Referencia de Pago.

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 018000966144.

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 6 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966144.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$ 4.735.000

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

Brilla







NO DOBLAR NI SELLAR SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24. PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 0788.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Dayana Velasquez Documento de identidad: 1088333916.
Dirección: Cs 20 P2 el plumon. Teléfono: 3137720255.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Rocky Sexo: M / F Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Negra Peso: 26,6.

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Perro callejero - problema de Piel.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 45. /rpm F. Cardiaca: 140. /lpm Temperatura: 37. oC
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: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se envia formula medica. y se recomiende
_____ ofenticular
_____
_____
_____
_____

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
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.333.916
VELASQUEZ REYES
APELLIDOS
DAHIANA
NOMBRES



Dahiana Velasquez R.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1996
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-MAR-2014 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2400100-01082623-F-1088333916-20190710 0066209584A 1 4565460388

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. E.S.P.

Datos del Suscriptor

Nombre: OSCAR GONZALEZ CORTES

Dirección: CS 70 PS 2 EL PLUMON

CICLO: 11 | ESTRATO: BAJO BAJO

RUTA: 5-12750 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor N°: P20115MMRAL134450AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 1586668

Factura de venta N°: 56375031

Fecha de la factura: 24-Jun-2024

PERIODO DE COBRO: 15-May-2024 al 18-Jun-2024

TOTAL A PAGAR: $13,750

Fecha límite sin recargo: 04-Jul-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-06-06

Lugar último pago: PSEACH GR

Valor último pago: 38,850

Estrat: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 379

LECTURA ANTERIOR: 377

CONSUMO M³: 2

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 7

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados: $975

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alianza)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	$5,380		

Subtotal otros Cobros no Asociados: $5,380

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
Subsidio Acueducto			$-9,513.75
Recargos Mes			$7.70
Consumo Periodo			$4,234.40
Ajuste a la Decena			$1.97

Subtotal Acueducto: $4,244

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	2	$2,573.74	$5,147.48
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcantarillado			$-7,052.33
Recargos Mes			$6.21
Consumo Periodo			$3,136.90
Ajuste a la Decena			$4.88

Subtotal Alcantarillado: $3,150

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Reciclo y Limpieza

Limpieza urbanos

Recolección

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades Independientes | UA | UVA

TAL	TAT	TAV	TTL	TUA	TC	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56375031	1586668	24-Jun-2024

Dirección del Predio: CS 70 PS 2 EL PLUMON

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR: $13,750

KR 6323

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/2024 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 0789

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Harold bravo Documento de identidad: 1088336139
Dirección: allagracia bajo leon 5 Teléfono: 3126383498
Correo Electrónico: haroldbravo01@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Frida Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 5 años Color: café Peso: 3kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): julio 2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): nunca
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado y pollo
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

dolor en mpd y mal olor en la boca

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 125 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: FLC 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	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	AN
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: se evidencia dolor en miembro posterior derecho y en todos los ganglios

LISTA DE PROBLEMAS

1. Inflamación de encias
2. dolor en mp
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. gingivitis
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
meloxicam	0.2mg	inyectable	sc	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
1.088.336.139
MAMBAGUE BRAVO
APELLIDOS

HAROLD DUVAN
NOMBRES

Harold Bravo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1996
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUL-2014 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2400100-00600406-M-1088336139-20140717 0039206016A 1 41247910

Powered by CamScanner

A.C.S. Acueducto Cestillal-El Diamante E.S.P.

Nit.: 816.003.887-1 Nuir: 1-66001001-1

Dirección: Altagracia Cs 82 Teléfonos: 329370 - 329880 - Fax: 329449

Pag. WEB: www.acueductocestillaldiamante.com.co - e-mail: acucesd@hotmail.com

"ACUCESDI"

Una nueva visión empresarial

Lectura Nueva	Fecha D	M	A	Nombre del Fontanero
1057	6	9	24	FG

Celular 311 730 8726

Fecha Impresion: 31/08/2024 04:19:14p. m.

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombre:	VELEZ BEATRIZ ELENA	Código Suscriptor:	21107
Dirección:	CLL 1 CS 14 B LEON SUAREZ ALTA-	Ruta:	02010-1550
Clase de uso:	Residencial	Estrato:	Bajo (2)

Factura de Venta de Servicios Públicos

No.: 601215

Fecha de Facturación: 31/08/2024

Facturación Desde: 01/05/2024 Hasta: 30/06/2024

Fecha máxima sin Recargo: 15/09/2024

Total a Pagar: $22,600

LIQUIDACIÓN DE ACUEDUCTO

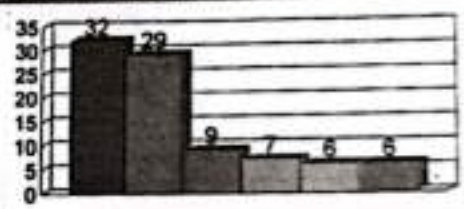
No. de Medidor	Lectura Actual	Lectura Anterior	Concepto de Lectura
16-0122358	1,049	1,043	

Tasas de Interés: Mora 2.00 Financiación 0.00

Ultimo Pago: Fecha 16/07/2024 Valor 22,600.00

Facturas Pendientes: 1

GRÁFICO DEL HISTÓRICO DE CONSUMOS



Consumo Actual: 6 Consumo Promedio: 7

NOTAS

VISITA NUESTRA PAGINA WEB WWW.CESTILLALDIAMANTE.COM ALLÍ ENCONTRARA INFORMACIÓN RELEVANTE DE NUESTRA EMPRESA.

DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

NOMBRE DEL CARGO	DESCRIPCIÓN DETALLADA		VALOR ANTERIOR	VALOR ACTUAL
CARGO FIJO ESTRATO 2	1.00	24,782.00		24,782.00
SUBSIDIO CARGO FIJO ESTRATO 2	1.00	-9,516.00		-9,516.00
CONSUMO BASICO ESTRATO 2	6.00	1,991.00		11,946.00
SUBSIDIO CONSUMO BASICO ESTRATO 2	6.00	-764.54		-4,587.24
AJUSTE AL PESO	1.00	-24.76		-24.76
Notas Credito y/o Anticipos			0	
Saldo de Factura(s) anterior(es)			0	
Vr I.V.A mano de obra y/o materiales				0.00
		TOTALES	0.00	22,600

18 SEP. 2024

NOTAS

Costo medio de administración CMA ..... $ 24.782

Costo medio de operación CMO $1.991

Impreso por Acucesdi 816.003.887-1 software Geminus nit 816.008.621-0

Samuel Correa Tobón
Firma Representante Legal

TOTAL A PAGAR

$22,600

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | UTP | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0790

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fausto Salguero | Documento de identidad: 10127174
Dirección: N9 16 cs 10 Galan | Teléfono: 3104096922.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kiara | Sexo: M ___ F X | Raza: Mestizo | Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 9 años. | Color: _____ | Peso: 10,6.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 1 mes
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 2024
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Sopa pollo verduras a trozo.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Presenta dolor MPI.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 38,4 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 1 seg. 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	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se recomendu 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

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 recomiendo Rx y formula medica se recomienda Bajar de peso.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración

Vanessa .V. G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.177.174
SALGUERO SANCHEZ
APELLIDOS
FAUSTINO
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1970
PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

25-MAY-1989 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0900100-00127591-M-0010177174-20081113 0005918333A 1 4510014733

Powered by CamScanner

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

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: HUGO FERNANDO GRAJALES OLAYA

Dirección: MZ 16 CS 10 JOSE ANTONIO GALAN

CICLO	3	ESTRATO	BAJO
RUTA	9-7450	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1615MMRSA84003AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA 277400

Factura de venta Nº 56617908

Fecha de la factura 16-Ago-2024

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

TOTAL A PAGAR: $29,360

Fecha límite sin recargo: 26-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-07-17

Lugar último pago: PSEACH

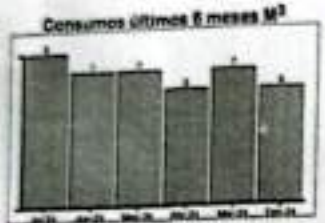
Valor último pago: 32,290

Edad: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	677
LECTURA ANTERIOR	670
CONSUMO M³	7

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 (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-38.4%)			$-9,450.61
Consumo Periodo			$15,160.35
Ajuste a la Decena			$-.35

Subtotal Acueducto $15,160

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.18
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-8,855.01
Consumo Periodo			$14,200.00
Ajuste a la Decena			$-4.92

Subtotal Alcantarillado $14,200

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

EDL - 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 BARRIDO MES | FRECUENCIA PODA MES | FRECUENCIA APROVECHABLES

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ÚLTIMO MES

Componentes Tarifarios

PERIODOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazables

Último pago

% Subs. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TMT	TCP	TTL	TLU	TC	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56617908	277400	16-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 16 CS 10 JOSE ANTONIO GA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $29,360

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 0291.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fausto. Salguero Documento de identidad: 1087174.
Dirección: M2 16 cs 10 Galan. Teléfono: 3104096922.
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Max Sexo: M X F Raza: Mestizo. Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 8 años Color: Peso: 12,3.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 mes.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): enero 2023.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Sopas de pollo arroz
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Cojera MPI.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 144. /lpm Temperatura: 38,7. oC
Pulso: ____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg. Ganglios Linfáticos:
Mucosas: Rosadas. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X. Otro:

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta dolor en rodilla se envia formula medica

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 formula medica. y paños.
Se recomienda disminuir. comida.
y bajar de peso.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa. V6

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

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: HUGO FERNANDO GRAJALES OLAYA

Dirección: MZ 16 CS 10 JOSE ANTONIO GALAN

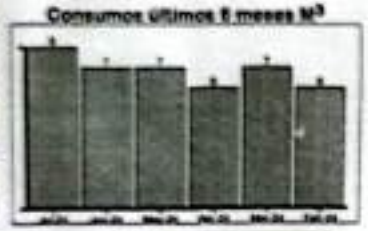
CICLO	3	ESTRATO	BAJO
RUTA	9-7450	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1615MMRSA84063AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	277400
Factura de venta N°	56617908
Fecha de la factura	16-Ago-2024
PERÍODO DE COBRO:	12-Jul-2024 al 11-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	$29,360
Fecha límite sin recargo:	26-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-17
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	32,290

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	677
LECTURA ANTERIOR:	670
CONSUMO M³:	7

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 (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$6,403.17	$6,403.17
Subsidio Acue.(-36.4%)			$-6,450.61
Consumo Periodo			$15,160.35
Ajuste a la Decena			$-.35

Subtotal Acueducto: $15,160

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.18
Cargo Fijo Alcantarillado		$6,043.75	$6,043.75
Subsidio Alcant.(-36.4%)			$-6,855.01
Consumo Periodo			$14,200.00
Ajuste a la Decena			$-4.92

Subtotal Alcantarillado: $14,200

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI / M³

CONCEPTO	CANTIDAD SUSCRIPTOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ÚLTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Reciclables

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades Independientes | UR | UNR

TRL	TRT	TDF	TFL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56617908	277400	16-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 16 CS 10 JOSE ANTONIO GAL

TOTAL A PAGAR $29,360

Kit 10769

AGUAS Y AGUAS

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

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.177.174
SALGUERO SANCHEZ
APELLIDOS
FAUSTINO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1970
PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

25-MAY-1989 LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-0900100-00127551-M-0010177174-20091113 0005918333A 1 4510014733

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Fausto Salguero identificado con cédula de ciudadanía número 12177174 de Puerto Salgar. en calidad de tutor de Max., de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 0791, 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, Max 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 19 de Sept del 2019

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

Liliana Ramirez.

Propietario/acudiente

CC: 42117727

Powered by CamScanner

Fecha: 230924 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0792

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Angela Gonzalez Documento de identidad: 1088253283
Dirección: Villa Diana M2 2 CS 18 Teléfono: 3147746661
Correo Electrónico: Angelamgm2@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Brody Andres Sexo: M X F ___ Raza: Canino Especie: _____
Fecha de Nacimiento: 20/03/2023 Color: _____ Peso: 12

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2022
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2022
Enfermedades Anteriores: Convulsivo
Tratamientos: pregabalina
Evolución: no satisfactorio
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

trae una masa

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 135 /lpm Temperatura: 38.2 oC
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: R I H Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se observa masa en la region perineal del lado izquierdo, debilidad de miembros posteriores

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. MG29
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Gastritis
2. Adenocarcinoma
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
Meloxicam	0.2 ml	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

ANDERSON DAÑIEL GAÑAN CARDONA

1408998

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

03/09/2024 00:15:13

$ 86.203

Brilla

$ 0

$ 0

$ 86.203

Si no pagas antes de: 16/09/2024

Te quedas sin servicio desde:

1202090863

180939173

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

pse

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

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE 01 8000 96 63 44

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

www.efigas.com

ROCIO ALTO SEC D CASA 29

ROCIO ALTO SEC D CASA 29 1

BARRIO ROCIO ALTO

PEREIRA

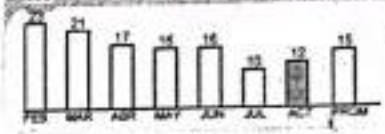
RESIDENCIAL

176 | 162 | 0,8669 | 12

29/JUL - 27/AGO

30

X-4751811-23



SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1724721)				
Consumo de gas natural	$ 34.140			
Subsidio	$ -16.121			
Cuota cargo por conexión (Tasa 2,0000%)	$ 4.837	$ 14.087	$ 576.773	65/72
Cuota construcción red interna (Tasa 2,0000%)	$ 10.568	$ 30.778	$ 1.478.577	65/72
Cuota certificación de instalación previa (Tasa 2,0000%)	$ 607	$ 1.768	$ 84.925	65/72
Cuota IVA obra civil construcción red interna (Tasa 2,0000%)	$ 79	$ 231	$ 11.090	65/72
Cuota IVA (Tasa 2,0000%)	$ 115	$ 336	$ 16.138	65/72
Recargo por mora	$ 571			
IVA	$ 6.207			
TOTAL SERVICIO:		**$ 39.003**	**$ 47.200**	**$ 2.267.605**

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

Tu cupo aprobado Brilla es de:

Consulta tu cupo en www.brilladeefigas.com

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

Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el ANIVERSARIO Brilla





NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.073.245.163**
GAÑAN CARDONA
APELLIDOS
ANDERSON DANIEL
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1995**
EL CERRITO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-ENE-2014 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1518900-00551365-M-1073245163-20140304 0037518563A 1 42297287

Fecha: 27-09-24 Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario No. Historia Clínica: 0793

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Paula Ramirez Documento de identidad: 42017969
Dirección: altavista cubo Teléfono: 3138538454
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Oliver Sexo: M X F ___ Raza: mestico Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 7 AÑOS Color: amarillo Blanco Peso: 3,2 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 39.0 °C
Pulso: F/S Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	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 gingivoestomatitis

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. gingivo estomatitis
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 formula Stomorgyl 10 suministrar via oral 1/4 de tableta cada 24 horas x 4 días, mil Protableta 15 mg/46 mg suministrar via oral 1 tableta como única dosis control en 8 días (9/10/24)

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetalove Y	0,1	inyectable	SC	única dosis

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 50880

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **42.017.969**

Apellidos
RAMIREZ BALLESTEROS

Nombres
PAULA ANDREA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento — G.S
14 JUL 1979 — O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

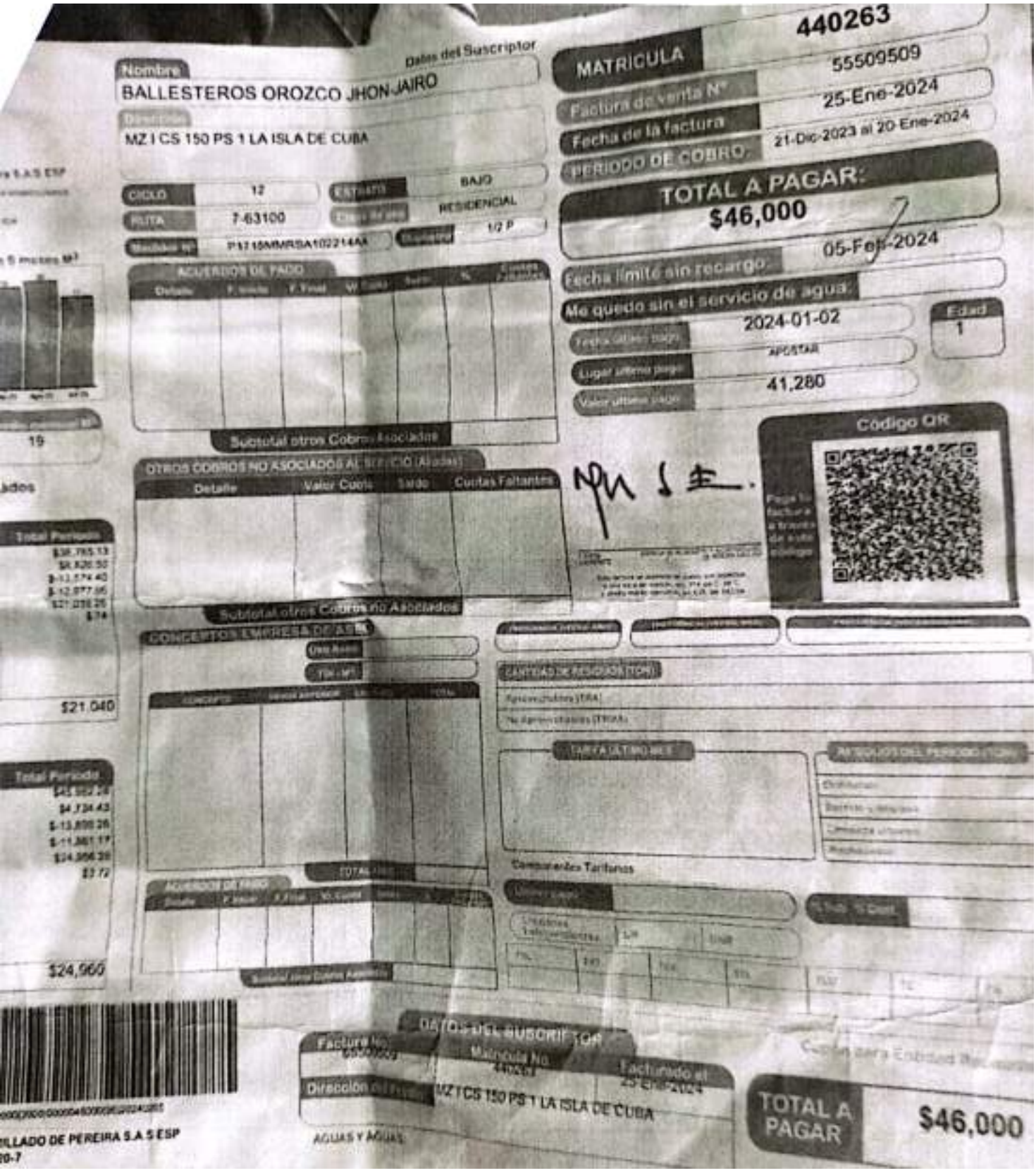
Fecha y lugar de expedición
20 ENE 1998, DOSQUEBRADAS

Fecha de expiración
03 AGO 2032

Firma

Paula Andrea Ramirez

Powered by CamScanner



Datos del Suscriptor

Nombre: BALLESTEROS OROZCO JHON JAIRO

Dirección: MZ I CS 150 PS 1 LA ISLA DE CUBA

CICLO: 12 | ESTRATO: BAJO

RUTA: 7-63100 | USO: RESIDENCIAL

Medidor Nº: P1215MMRSA1022144A | Medidor: 1/2 P

MATRICULA: 440263

Factura de venta Nº: 55509509

Fecha de la factura: 25-Ene-2024

PERIODO DE COBRO: 21-Dic-2023 al 20-Ene-2024

TOTAL A PAGAR: $46,000

Fecha límite sin recargo: 05-Feb-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-01-02

Lugar último pago: APOSTAR

Valor último pago: 41,280

Edad: 1

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Abonos)

Detalle | Valor Cuota | Saldo | Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO | TOTAL

CANTIDAD DE RECOLECCIONES

CARTA ULTIMO MES

ANEXOS DEL PERIODO

Comparativo Tarifarios

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No. | Matrícula No. 440263 | Facturado el 25-Ene-2024

Dirección: MZ I CS 150 PS 1 LA ISLA DE CUBA

AGUAS Y AGUAS

TOTAL A PAGAR $46,000

ILLADO DE PEREIRA S.A. S ESP

Total Periodo

$21.040

Total Periodo

$24,960

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jose Johan Rooche identificado con cédula de ciudadanía número 10009920 de Pereira en calidad de tutor de Oliver, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 0793, 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, Oliver 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 27 de Septiembre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC: 10009920

Powered by CamScanner

Fecha: 27/Sep/24 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA No. Historia Clínica: 0794

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Lorena Grajales H. Documento de identidad: 1088240666
Dirección: Av. rio # 30-38 Teléfono: 3226333766
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pacheco Sexo: M X F ___ Raza: Mix Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 15/09/2024 Color: blanco y gris Peso: 3 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Hexa PCH - 09/2025 y Rabia - 23 Ago 2024
Enfermedades Anteriores: N/R.
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

diarrea.
No come hace 4 dias, diarrea, Protrusión Tercer parpado

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 68 /rpm F. Cardiaca: 164 /lpm Temperatura: 38.7 oC
Pulso: FIIC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: _____
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	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	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, estado general dentro de rangos, protrusión de 3er parpado, no consume alimento hace 4 dias presenta diarrea y vomitos.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vomitos
2. diarrea.
3. lengua blanca.
4. protusion 3er parpado
5. deshidratacion.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Sida ó leucemia.
2. Parasitosis.
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 sida y leucemia

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Negativo

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Parasitosis.

OBSERVACIONES

Se medica y se envia con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Canex	0.3 ml	Oral	PO	UD.
Catosal	0.3 ml	iny	SC	UD.
Dipirona	0.9 ml	~~0.9 ml~~ iny	SC	UD.

Laura Granados
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 95840

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1986

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-JUL-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2400100-54130502-F-1088240666-20041005 0420104278A 02 170115411

Powered by CamScanner

de Pereira S.A.S. ESP

Nuir: 1-66001008-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

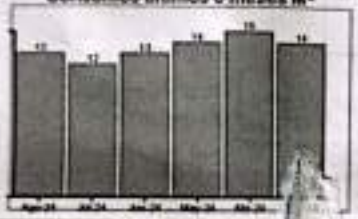
Nombre	GUILLERMO GRAJALES YEPES
Direcc	MZ 31 CS 04 PS 2 JOSE ANTONIO GALAN
CICLO	3
ESTRATO	BAJO
RUTA	9-16250
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1615MMRSA90309AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1126762
Factura de venta N°	56800863
Fecha de la factura	16-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	12-Ago-2024 al 12-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$67,530**
Fecha límite sin recargo:	24-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	25-Sep-2024
Fecha último pago:	2024-07-23
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	64,610
Edad	2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1222
LECTURA ANTERIOR:	1209
CONSUMO M³:	13

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mens. M³	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

Pague su factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	13	$2,172.54	$28,243.02
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-38.4%)			$-14,456.14
Recargos Mes			$70.26
Consumo Periodo			$23,190.05
Ajuste a la Decena			$-.31
Saldo Fact. Anteriores			$9,370.00

Subtotal Acueducto: $32,630

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	13	$2,573.74	$33,458.62
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant (-38.4%)			$-14,784.91
Recargos Mes			$83.23
Consumo Periodo			$23,716.77
Ajuste a la Decena			$-.69
Saldo Fact. Anteriores			$11,100.00

Subtotal Alcantarillado $34,900

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	MESES ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazable

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Subs. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TBT	TCF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$67,530

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
1126762

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | Universidad de Pereira – Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0795

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Luz Dary Gunter

Nombre: Yessica arrobbe Documento de identidad: 42096551
Dirección: M29 - C014 el Pumon Teléfono: 3167509219
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Niña Sexo: M ___ F X Raza: Pekingese Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 8 AÑOS Color: mona negro Peso: 3.6 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 6 meses – No vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigente
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado – Chonka – carne – arroz
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

No se sostiene parada, se le doblan las paticas se le doblan, tiene daño de estomago

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 37,7 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico X;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente decaida (alerta al medio) que presenta una hernia discal, gastroenteritis, presenta emiplegia del lado izquierdo, no tiene presenta sensibilidad profunda disminuida, Posible infeccion Urinaria.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Hemiplejia
2. dolor
3. infeccion urinaria
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Hernia de disco
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

recomienda control Neurologico
se le formula pregabalina capsula x 25 mg, Diluir una capsula en 3 ml y suministrar via oral 1 ml cd 12 horas meloxicam gotas x 0,15% suministrar via oral 0,1 ml cd 24 horas se remite paciente a RX de columna a nivel lumbo-sacro y toraco - lumbar con vistas latero-lateral y ventro-dorsal

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 8578

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.086.551**
QUINTERO ALZATE

APELLIDOS
LUZDARY

NOMBRES
LUZDARY QUINTERO



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1968**
VERSALLES
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUL-1986 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00084861-F-0042086551-20061001 0003931429A 1 4950000922

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

aguas

Datos del Suscriptor

Nombre: YESICA ARROYAVE QUINTERO

Dirección: CRA 14 # 58 - 04 EL PLUMON

CICLO	13	ESTRATO	BAJO
RUTA	2-4150	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor No	P1415MMRSA43J32AA	Dig. Verif.	1/2 P

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	N. Cuotas	Saldo	%	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros no Asociados

MATRÍCULA	392423
Factura de venta N°	56571278
Fecha de la factura	29-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	21-Jun-2024 al 21-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	$0
Fecha límite sin recargo:	06-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago:	2023-11-02	Cuotas: 1
Lugar último pago:	APOSTAR	
Valor último pago:	2,730	

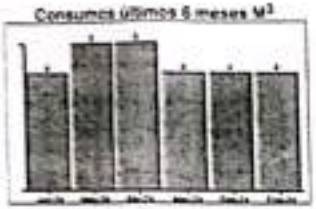
Código QR

Pague su factura a través de este código

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	864
LECTURA ANTERIOR:	859
CONSUMO M³:	5

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	4

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	5	$2,172.54	$10,862.70
Cargo Fijo Acueducto		$2,403.17	$2,403.17
Subsidio Acueducto			$-7,782.09
M³ Mínimo Vital	5		$-12,483.78
Consumo Periodo			
Saldo Fact. Anteriores			

Subtotal Acueducto: $0

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 Alcantarillado			$-6,876.38
M³ Mínimo Vital	5		$-11,034.07
Consumo Periodo			
Saldo Fact. Anteriores			

Subtotal Alcantarillado: $0

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

MEDIDAS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Subs. % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TMT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56571278	392423	29-Jul-2024

Dirección de Facturación: CRA 14 [redacted] - 04 EL PLUMON

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $0

Kit 1513

*E ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA E.A.S.P. NIT 816.002.026-7

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo luz dary quintero identificado con cédula de ciudadanía número 42086551 de versalles en calidad de tutor de NIÑA, de especie canina, raza _____ e historia clínica número 0795, 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, NIÑA 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 27 de septiembre del 2024

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

Luz Dary Quintero

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 — Universidad de Pereira | Hospital Veterinario — No. Historia Clínica: 0796

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sorany Gutierrez — Documento de identidad: 42019559
Dirección: Cll 26 # 1-71 San Joan — Teléfono: 3206452881
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Susy — Sexo: M__ F X — Raza: Mestizo — Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 8años. — Color: _____ — Peso: 4.2

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 1 Semana.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia 2023
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Mixto
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en la boca - inapetencia.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 112 /lpm Temperatura: 38.4 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas 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	AN
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. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta tumor en la mandibula.

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 Rx de Mandibula y PARF. y Servicio
Formula medica con. prednisona 5mg.
se remite consulta con cirujan.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Tramadol	0,1			
Dexane	0,2			
Ranitidine	0,1			

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Soany Gutierrez identificado con cédula de ciudadanía número 42019554 de Pereira. en calidad de tutor de Susy, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 0796, 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, Susy 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 22 de Septiembre del 2024.

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

Soany Gutierrez

Propietario/acudiente

CC: 42019554

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.019.554
GUTIERREZ TAMAYO
APELLIDOS
SORANY
NOMBRES





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 publicos,
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

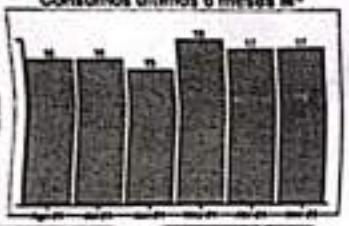
Nombre	QUINTERO REYES LUIS-JUSTINO
Dirección	CL 26 # 1- 71 SAN JUAN
CICLO	3
ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	5-68750
Clase de Uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1515MMRSA708857AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	205468
Factura de venta Nº	56795060
Fecha de la factura	16-Sep-2024
PERÍODO DE COBRO:	12-Ago-2024 al 12-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$71,230**
Fecha límite sin recargo:	24-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-26
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL NORMAL
Valor último pago:	80,710
Edad:	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1972
LECTURA ANTERIOR:	1958
CONSUMO M³:	14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	17

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	14	$2,172.54	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-4,781.07
Consumo Periodo			$35,037.66
Ajuste a la Decena			$2.34
Subtotal Acueducto:			$35,040

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 Alcant.(-12.7%)			$-4,689.80
Consumo Periodo			$36,386.31
Ajuste a la Decena			$3.69
Subtotal Alcantarillado			$36,390

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	VALOR ANTERIOR	VALOR M³	TOTAL $

TOTAL $ 0

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Fecha: 27/9/24 | No. Historia Clínica: 0297.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Santiago Bueno Documento de identidad: 1089096368
Dirección: N28 Cs 1 Malaga. Teléfono: 3106248358
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono Sexo: M X F: Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 11 años Color: Peso: 4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Caldo pollo - sobre carne.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Se le caen dientes

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38,4 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: ___
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	AN
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: 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 envia formula medica.
Se recomienda test - Sida - leucemia
Hemograma 2.
Endodent.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

ARNOBIS BUENO HERNANDEZ

650145

13/09/2024 00:15:40

Servicio público	$ 20.050
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	$ 20.050
Si no pagas antes de	25/09/2024
Tu medidor	
Referencia de pago	1202426257
Número de factura	181397353

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

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

164 ANTENA EMERGENCIA COMUNICATE

01 8000 96 63 44 LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE

Armenia: 606 736 9950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 321 6351

www.efigas.com.co

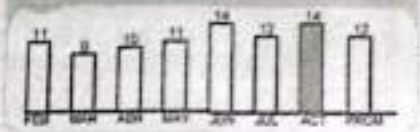
Página 1 de 2

DATOS DE TU PREDIO

Dirección: CL 61 KR 1 - 14 MZ 8 CASAS 1 PISO 2
Dirección del predio: CL 61 KR 1 - 14 MZ 8 CASAS 1 PISO 2
Estrato: 1
Barrio: MALAGA, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Tipo de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TECNICOS DE CONSUMO

Lectura actual	1287	Lectura anterior	1271	Factor de corrección	0,8873	Consumo (m3)	14
Periodo de consumo	08/AGO - 06/SEP	Días facturados	30	Medidor	D681882114



CONCEPTO

	CAPITAL	APORTES	SALDOS A FAVOR
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,781254)			
Consumo de gas natural	$ 39.830		
Subsidio	$ -21.141		
Recargo por mora	$ 1.187		
IVA	$ 174		
TOTAL SERVICIO:	$ 20.050	$	$

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

RTR

Tu cupo ... es de:

$ 6.225.000

Para que lo utilices con más de 200 aliados en el Catálogo Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el ANIVERSARIO Brilla

Digital

Efigas

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24. | No. Historia Clínica: 0298

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sandra Mejia. Documento de identidad: 1088249715.
Dirección: M2 22 Cl las Brisas Teléfono: 3017425913
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lucy Sexo: M__ F X Raza: Pinsher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 7 meses. Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 17/julio/24.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 13/7/24.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia - tos.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 36. /rpm F. Cardiaca: 130. /lpm Temperatura: 39.9. 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __, Alerta X. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. 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: presenta 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 envia formula medica.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ranitidina	0,1.			
Dipirona.	0,08.			
Multivit.	0,2.			

Vanessa V. G

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.E. ESP
NIT. 816.002.609-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nair: 1-66001000-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

ORLANDO DE JESUS MORALES

:2 CS 01 VILLA SANTANA LAS BRISAS

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	5-8600	USO	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1415MMRSA52049AA	Diametro	1/2 P

	56845986
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO	16-Ago-2024 al 16-Sep-2024

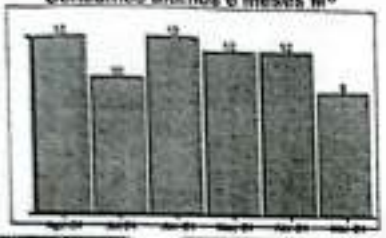
TOTAL A PAGAR:
$45,620

Fecha limite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de aguar	02-Oct-2024
Fecha ultimo pago:	2024-07-25
Lugar ultimo pago:	PSEACH
Valor ultimo pago:	65,030
Estad	2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1206
LECTURA ANTERIOR	1194
CONSUMO M³	12

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 (Asadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Codigo QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripcion	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	12	$2,172.54	$26,070.48
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-24,547.77
Recargos Mes			$86.96
Consumo Periodo			$10,925.88
Ajuste a la Decena			$-2.85
Saldo Fact. Anteriores			$11,600.00

$22,610

Descripcion	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	12	$2,573.74	$30,884.88
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-24,862.62
Recargos Mes			$86.96
Consumo Periodo			$11,061.06
Ajuste a la Decena			$-4.96
Saldo Fact. Anteriores			$11,860.00

$23,010

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

Componentes Tarifarios

$45,620

$0

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.088.249.715
NUMERO

MEJIA BUENO
APELLIDOS

SANDRA MILENA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1986
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAY-2005 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2400100-54139933-F-1088249715-20050714 0537305194C 02 196229800

Powered by CamScanner

wp4.

Fecha: 27/9/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0801.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhoana Bravo Documento de identidad: 1088274968
Dirección: Torre 6 201 Salamanca. Teléfono: 3115441473.
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sasha. Sexo: M__ F X Raza: Pinster Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 1año 6meses Color: Peso: 1,4.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 29/01/2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 12/9/2023.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado - pollo - atún.
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado__
Ultimo Celo: Fecha ultimo Parto:

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general. desparasitación

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: No escalg/rpm F. Cardiaca: 112. /lpm Temperatura: 38,4. oC
Pulso: Tiempo Llenado Capilar: 2seg. Ganglios Linfáticos:
Mucosas: Rosadas Humeda 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 se encuentra en excelente estado.

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 se recomienda esterilización.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24 — No. Historia Clínica: 0802

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Card Montero — Documento de identidad: 1088381373
Dirección: Torre 6 2 301 Salamuco — Teléfono: 305 2780025
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Roming. — Sexo: M x F ___ — Raza: Mestizo — Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años. — Color: _____ — Peso: 6 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 29/01/24.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): 22/06/24.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado. - atún.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta general / desparasitación

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30. /rpm F. Cardiaca: 140. /lpm Temperatura: 37,2. °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	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.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Vanessa V.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | UNIVERSIDAD PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0803

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: luisa Fernanda pineda Documento de identidad: 1225090627
Dirección: M2 6 cs 11 los Arrayanes Teléfono: 3114991069
Correo Electrónico: luisa pineda 009@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: niño Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 12 años Color: Amarillo Peso: 17 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): nunca
Enfermedades Anteriores: TVT
Tratamientos: Cirugia de retiro de tumor y quimioterapia
Evolución: satisfactoria por un año weno le salio masas
Alimentación: concentrado - comida
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

TVT masas

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 124 /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	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: Tumores en region del pene

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. TVT
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 remision con cirujano

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 26/09/2024

Ficha: 660011641077200021699

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA FERNANDA

Apellidos: PINEDA CANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1225090627

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/03/2022

Última actualización ciudadano: 24/03/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

HUMBERTO PINEDA ALVAREZ
MNZ 6 CS 11 LOS PARAISOS I

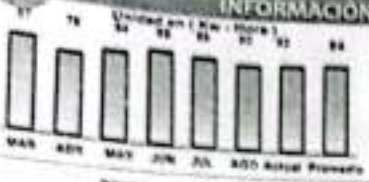
CUN: 01-01-013-7336 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 11
Transformador: 1010040000 Contribución: Subsidio: -51.67 Estrato: 1
Carga contratada (kW): 2 Grupo calidad: 12 Circuito: 0046 NT: 1

MATRÍCULA >>> 1673532

Fecha de Emisión: 17/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 26/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60050280

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	8,200
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	33,981
ENERGÍA:	33.615
TOTAL:	$67,596

INFORMACION DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	87	77.462	31
ABR	78	71.401	30
MAY	84	77.435	30
JUN	89	83.329	31
JUL	95	77.906	30
AGO	82	66.911	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677013669	CHI	13249	13167	82	1	82	84	
Reactiva									

Periodo facturado: 01/AGO/2024 - 16/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Lectura: 13249 Tarifa a mes de: AGO-2024 Tipo de factura: Gas Comunes Ladera Tarifa

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	82	676.2198	69.554	-35.939	33.615

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	86.2119	848.2198

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

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
50		38.617	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 FIUG[,n,q 15
DIUu,te 3 FIUu,te 6
DIUu,n,q,m 0 FHUu,n,q,m 1
VC .00

Fecha Comercializadora de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ULTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 138,908 Fecha P 27/AGO/2024
Otros
Valor Facturación Proceso

ENERGÍA 33.615

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	69.554	69.554
561	Subsidio	0	-35.939	-35.939

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
301	Alumbrado Publico Pereira	3.400	3.400

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 de Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 8,200

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
914	Asistencia Aseo	0	8.200	8.200

ASEO 22,381

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

Frecuencia (Vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 3 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) Frecuencia Poda: 3 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) Aforo Mes (M3): 1 Uso Asem: RESID-03

Tarifa últimos 6 meses

1 23630	1 23630	1 23630	1 23720	1 23720	1 23809

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23.853	23.853
850	C V Aprovechamiento	0	186	186
930	Cargo Variable	0	12.298	12.298
969	Subsidio Aseo	0	-13.952	-13.952

Componentes Tarifarios

TBL	15681.95
TRT	8549.55
TDF	3058.707
TC	2924.74
TA	185.747
TTL	879.343
TLU	4252.11
% SUBSIDIO	28.42%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Costos Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Rec. 138,908 P. 27/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	
Costo Variable Aprovechable (VBA):	185.747
	12267.506

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIS LTDA - NIT: 800204638 - SAC

Energía de Pereira
NIT. 816.002.019-5
www.epp.com.co
Matrícula
1673532

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago S/N AP y Terceros $55,996

Pago total factura $67,596

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.225.090.627**

PINEDA CANO

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa F Pineda C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1998**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

05-MAY-2016 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-00633573-F-1225090627-20160527 0049937722A 1 46170626

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 004

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: luz neiro pereira Documento de identidad: 42165607
Dirección: mz 21 cs 15 pradc Teléfono: 3103613306
Correo Electrónico: nanaxana2718@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Duke Sexo: M X F ___ Raza: Dog Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 9108/2016 Color: negro Peso: 10kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): vigente
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NO vigente
Enfermedades Anteriores: convulsiones
Tratamientos: con profenalina y fenobarbital
Evolución: ___
Alimentación: ___
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

no reacciona cuando convulsiona

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 135 /lpm Temperatura: 38 0 C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: ___
Mucosas: R / H 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	AN	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: se evidencia normalidad multifocal en caida de cuatro dedos sucios, no fuerza reacta convulsiones

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Hipoglucemia por ayuno
2. Dolor severo
3. Contacto por pulga
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Dermatitis por picadura de pulga
2. Convulsiones
3. Otitis
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

Convulsiones, dermatitis por picadura de pulga

OBSERVACIONES

se completa tratamiento convulsiones con levetiracetam más CBD, se formula gotas artificiales, se recomienda desparasitación.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S ESP
NIT. 816.002.020-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Nun: 1-66570060-2
Autorretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

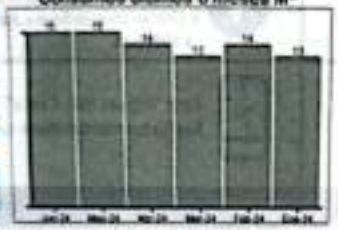
Nombre	MARIA GLORIA PEREA SERNA
Dirección	MZ 21 CS 15 DORADO-B VILLA CONSOTA
CICLO	11
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	1-8850
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H23VA640506
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	905083
Factura de venta N°	56547250
Fecha de la factura	25-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	19-Jun-2024 al 19-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	**$41,110**
Fecha límite sin recargo:	02-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-06
Lugar último pago:	DROGUERIA 91-91
Valor último pago:	41,130
E-fact	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	121
LECTURA ANTERIOR:	106
CONSUMO M³:	15

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES:	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	14

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
INT.CON ACUERDO						

Subtotal otros Cobros Asociados $1,165

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	6,990	188,660.82	27.00

Subtotal otros Cobros no Asociados $6,990

Código QR

Paga tú factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	15	$2,172.54	$32,588.10
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-26,051.16
Recargos Mes			$8.44
Consumo Periodo			$15,941.11
Ajuste a la Decena			$-4.48

Subtotal Acueducto: $15,944

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	15	$2,573.79	$38,606.10
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcantarillado			$-26,643.64
Recargos Mes			$8.58
Consumo Periodo			$17,001.50
Ajuste a la Decena			$-4.72

Subtotal Alcantarillado: $17,010

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)	
No Aprovechables (TRNA)	

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbanos	
Rechazados	

Componentes Tarifarios

Último pago | % Subs. | % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56547250	905083	25-Jul-2024

Dirección del Predio: MZ 21 CS 15 DORADO-B VIL CONSOTA

AGUAS Y AGUAS

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $41,110

Kit 180

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.165.607

PEREA SERNA
APELLIDOS

LUZ NEIRA
NOMBRES

Luz Neira Perea S.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1985
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-FEB-2004 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2400100-54125191-F-0042165607-20040624 0037004237A 02 189438572

Powered by CamScanner

Fecha: 27 Sep

Universidad de Pereira | Hospital Veterinario

No. Historia Clínica: 0805

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alejandra M. Cifuentes Documento de identidad: 1088825639
Dirección: Cll. 20 N. 16-19 B. Obya H. Teléfono: 3226103323
Correo Electrónico: alejandramccos@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Horus Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: _____
Fecha de Nacimiento: 26 Enero-23 Color: Marron negro Peso: _____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 3 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Enero - quintuple trabra.
Enfermedades Anteriores: NIF.
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Monelo adulto raza pequeña.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Se rasca y sangra. hace 1 mes.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 109 /lpm Temperatura: 38'7 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal, NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Conjuntivitis, dermatitis xacaros

Powered by CamScanner

HISTORIA CLÍNICA

LISTA DE PROBLEMAS

1. lesiones costrosas en piel
2. prurito.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. dermatitis x Pulga
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 medica y se envia con formula

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0.3ml	iny	SC	UD.

Laura Granados
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45840

Powered by CamScanner

CARMEN LONDONO RESTREPO

Dirección: CL 20 # 16- 14 OLAYA HERRERA BAJOS

CICLO	4	ESTRATO	MEDIO MEDIO
RUTA	5-53900	USO SERVICIO	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1715MMRSA02814AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA: 242727

Factura de venta N°	56805148
Fecha de la factura	17-Sep-2024
PERIODO DE COBRO	13-Ago-2024 al 13-Sep-2024
TOTAL A PAGAR	**$66,750**
Fecha límite sin recargo	25-Sep-2024

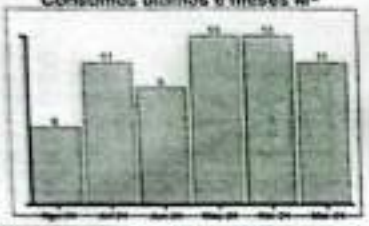
Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago:	2024-09-04	Edad: 1
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL	
Valor último pago:	43,140	

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1013
LECTURA ANTERIOR	1002
CONSUMO M³	11

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	11

AGUINDOS DE PAGO

Detalle	# Valores	# Pagos	Vr. Cuota	Saldo	%

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Añadas)

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	11	$2,172.54	$23,897.94
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Recargos Mes			$44.88
Consumo Periodo			$33,301.11
Ajuste a la Decena			$4.01

Subtotal Acueducto: $33,350

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
Recargos Mes			$40.97
Consumo Periodo			$33,354.89
Ajuste a la Decena			$4.14

Subtotal Alcantarillado: $33,400

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

DESCRIPCIÓN	MESES ANTERIORES	MES MES	TOTAL

TOTAL ASEO

AGUINDOS DE PAGO

Saldo	# Valores	# Pagos	Vr. Cuota	Saldo	%

CARGOS FIJOS

Aprovechables (TFAA)

No Aprovechables (TFANA)

TARIFA ULTIMO MES

ACUEDUCTO ULTIMO PERIODO

Ordinarios

Suntuarios y Industriales

Limpieza urbana

Recuperación

Último pago

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TAR	TDF	TFL	TLU	TL	TA

$66,750

Cupón para Entidad Recaudadora

$0

242727

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.088.825.639



CIFUENTES COLORADO

ALEJANDRA MARIA

COL 1.71 F

04 ENE 2005 O+

PEREIRA (RISARALDA)

16 ENE 2023, PEREIRA

17 ENE 2033

0101790226

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0101790226224001<<<<<<<<<<
0501046F3301177COL1088825639<7
CIFUENTES<COLORADO<<ALEJANDRA<

Powered by CamScanner

Documentos en WhatsApp.

Fecha: 27-09-24. Alcaldía de PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0806.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gustavo Patiño Documento de identidad: 4344157.
Dirección: Cll 3 # 1-40. Teléfono: 3160673207.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pandemio Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 5 Años Color: _____ Peso: 5 Kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023. Connex 27-09-2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2023.
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - Nivingo.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

"Herida en la oreja y está achantudo".

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: 38.4 oC
Pulso: Fc Tiempo Llenado Capilar: 3 Sg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X. Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	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: Herida externa en pabellón auricular con presencia de secreción, por mordedura.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Aloscejo
2. Gingivitis
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 instaura manejo en casa con Amox c, limpieza
Ixer Spray y Linfodent.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Unidav	0,2ml	Inyectable	SC	Dosis única
Vetulover	0,1 ml	Inyectable	SC	Dosis única.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24

Persona mayor a 60 años

No. Historia Clínica: 0867

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Elio Antonio Patiño Documento de identidad: 10059456

Dirección: Bl Margaritas Mza C16 Teléfono: 3118201850

Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pelusa Sexo: M X F ___ Raza: _____ Especie: _____

Fecha de Nacimiento: 11 años Color: _____ Peso: 2,2

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 1 año

Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): _____

Enfermedades Anteriores: _____

Tratamientos: _____

Evolución: _____

Alimentación: _____

Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___

Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia - Baja peso. - Diarrea

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C

Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3seg Ganglios Linfáticos: _____

Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;

Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	AN
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	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: Gingivoestomatitis. Condicion corporal 2/5.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se administra Ranitidina - Dexametasona.
Se envia formula medica.
Control 10 dias.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ranitidina	0,02.			
Dexametas.	0,1			

Vanessa V.6

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MARIN HERNADEZ MARIA MORELIA
URB MZ 2 CS 16 P 3 VILLA SANTANA MARGARITA

Ruta: 01-01-017-2162 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Estrato: 3
Transformador: 10024U0000 Contribución: Subsidio: -44.51 Estrato: 2
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0013 Nit: 1

MATRÍCULA >>> 2001786

Fecha de Emisión: 20/FEB/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 11/MAR/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 58293972

ASEO:	21,766
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	26,716
ENERGÍA:	-50,896
TOTAL	$26,716

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
AGO	0	0	31
SEP	0	0	30
OCT	0	102,711	30
NOV	0	113,599	31
DIC	0	104,181	31
ENE	0	0	31

AGO SEP OCT NOV DIC ENE Actual Promedio

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677025489	CHI	15922	15922	0	1	0	0	
Reactiva									

Periodo facturado: 30/ENE/2024 - 28/FEB/2024 Días facturados: 30 Observación: Predio Desocupado con Lec
Valor kWh: 885.294 Tarifa a mes de: ENE-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	0	885.294	0	0	0

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

G	T	PR	R	D	C	CU
376.5896	54.3188	66.6540	10.0441	280.9901	96.6974	885.2940

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 27 FIUGj,n,q 19
DIUu,te 0 FIUu,te 5
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .68

Firma Caracter Empresa de Energia de Pereira S.A.E.S.P

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energia de Pereira 26,629 Fecha P 03/FEB/2024
Concepto Reclamación Proceso

ENERGÍA -50,896

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	0	0
502	Ajuste Consumo Activ	113,742	0	113,742
516	Ajuste Energia Kw	-165,097	0	-165,097
581	Intereses Mes	459	0	459

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

MUNICIPIO DE PEREIRA

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891 480 030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 18 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 21,766

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-E.27

Tarifa últimos 6 meses

1	24280	1	22420	1	21950	1	21690	1	21680	1	21680

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	22,149	22,149
858	C V Aprovechamiento	0	273	273
922	Aseo Pereira	0	713	713
939	Cargo Variable	0	11,755	11,755
999	Subsidio Aseo	0	-13,124	-13,124

Componentes Tarifarios

TBL:	14409.99
TRT:	8137.66
TDF:	2950.634
TC:	3844.95
TA:	272.93
TTL:	30[illegible].870
TLU:	3894.26
% SUB/CON:	-31.62%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Res.1 Cuotas Pendientes: 1
Periodo Facturado: ENE/2024 Ult. Pago y Fec.: 26,629 P 03/FEB/2024

	Nov	Dec	Jan
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.002	.002	.002
No aprovechables (TRNA):	.063	.063	.063

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .005
Limpieza urbanos: .001
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo: 272.93
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VBA): 11755.272

DEBENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula 2001786

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Publico: $21,766

Pago total factura: $26,716

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0808

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Julian Vargas | Documento de identidad: 24544575
Dirección: Calle 6E #36424 casa | Teléfono: 3216417687
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tina | Sexo: M ___ F X | Raza: Pequeños | Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 28/09/2010 | Color: café | Peso: 7 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

lo sonic una herrida en el rostro

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 136 /lpm Temperatura: 37,9 oC
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro:

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	AN	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: se evidencia una herrida donde del lagrimal de lado derecho del rostro

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

Barriga

OBSERVACIONES

Se remite a cirugía

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 Universidad Tecnológica de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0004

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gima Aranda Documento de identidad: 1031140301
Dirección: Cra 27 #70-55 Cong Teléfono: 3153709694
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: La mona Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 24/05/2013 Color: Café Peso: 12

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

la atropey una mala

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 34 /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 39 oC
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: NC reactivos
Mucosas: R I H Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __. Alerta X Otro:

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con dolor en miembros posteriores, Hemangioma en zona inguinal, de Avidencia leve Fracturas en MPD

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

traumatismo

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	2mg	inyectable	sc	DU
multibro	15mg	inyectable	sc	DU
canney	1ml/10kg	suspension	VO	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 22/9/24. PEREIRA | VETERINARIO No. Historia Clínica: 080

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz Diaz Documento de identidad: 42120053
Dirección: M210 Cs 1 Bloque. Teléfono: 3206786780
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Isi. Sexo: M ___ F X Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: _____ Peso: 21.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 17/Julio/24
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 17/Jun/24.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Punto. en el cuerpo.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28. /rpm F. Cardiaca: 136. /lpm Temperatura: 38,8. 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg. Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas - Humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	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: Alergia a la pulga - presensia de pulga

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

WPP

Fecha: 27/09/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 001

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz Marina Castaño Documento de identidad: 24546617
Dirección: M7 45 CS 6 Cerritos Teléfono: 3127719907
Correo Electrónico: castañoharo2121@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10/08/2021 Color: _____ Peso: 2 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Dato materia. Por la boca, está inflamada en el esófago, hace mal olor, empezó de ayer en

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: Submandibulares rápidos
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. Inflamación ganglios
2. Subcondicion
3. Dx en hoc
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

se programa para profilaxis, para revisar ganglios, se programa para cita con cirujano

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Penicilina	15.000ui	inyectable	sc	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | No. Historia Clínica: 0812.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ramón elias. Documento de identidad: 16618143
Dirección: Consota villaplanta. Teléfono: 3104223298
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Jimmy. Sexo: M__ F__ Raza: Pinsher Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: _____ Peso: 2,1.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sep 2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2023
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Concentrado - carne.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia. - Salivación

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35. /rpm F. Cardiaca: 108. /lpm Temperatura: 38. 0C
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	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

Gingivitis.
Dolor.
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetalover	0,08			

Vanessa V.G.
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ramon Elias identificado con cédula de ciudadanía número 16618143 de Cali en calidad de tutor de Jimy., de especie Canino, raza Pinscher e historia clínica número 0812., 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, Jimmy 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 27 de Sep del 2024

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

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0313

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel Tapiero. Documento de identidad: 1088827308
Dirección: Manzana casa B villa conjota. Teléfono: 3226400261
Correo Electrónico: Tapiero miguel 06@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lola Sexo: M ___ F X Raza: Jhon Terry Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: Baño Color: Gris Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No viene.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No viene.
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporte.
Evolución: ___
Alimentación: concentrado (Jhon Ky)
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: 1 año 4 meses. Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

Llevo llorando con la pata roja.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 80 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38.2 °C
Pulso: Fc Tiempo Llenado Capilar: 2 s Ganglios Linfáticos: normales.
Mucosas: rosa. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con claudicación completa miembro anterior derecho. Sin historial de golpe o caída. Sin ninguna otra alteración al momento del examen físico.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Claudicación MAD
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Fractura Carpo
2. Fractura Metacarpo
3. Contractura muscular.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda Rx para descartar posible fractura.
Se instaura tratamiento en casa con glucosamina + Condroitino y Meloxifet

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración

Stefanía Menendez

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

PEREA RIVAS ANDREA
CRA 40A 29 25 MZ 1 CS 23 PS 2 DORADO D - 1

Rut: 01-01-009-2989 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 11
Transformador: 1007940000 Contribución: Subsidio: -39,59 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0041 NT: 1

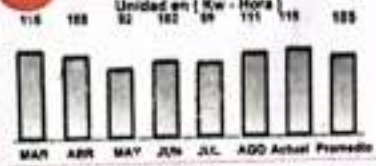
MATRÍCULA >>> 2058092

Fecha de Emisión: 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: 60057080

ASEO:	45,999
ALUMBRADO:	9,900
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	55,899
ENERGÍA:	115,995
TOTAL	$171,894

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	116	$3.283	31
ABR	108	$6.804	30
MAY	92	$4.610	30
JUN	102	$5.931	31
JUL	99	$3.478	30
AGO	111	$2.870	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1146086	MXT	10682	10567	115	1	115	105	
Reactiva									

Período facturado: 17/AGO/2024 - 16/SEP/2024 Días facturados: 30 Tipo de factura: CLT Corriente Lectura Confirmada
Valor kWh: $48.2198 Tarifa a partir de: AGO/2024

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	115	$48.2198	$97,545	-$38,616	$58,929

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGI,n,q 22 FIUGI,n,q 15
DIUu,te 8 FIUu,te 9
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

Nota: Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 79,691 Fecha P 29/JUL/2024
Otros Valor Información Procesa

ENERGÍA 115,995

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	93,839	97,545	191,384
561	Subsidio	-36,074	-38,616	-74,690
561	Intereses Mes	17	284	301

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 9,900

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	9,900	9,900

Nit: 891.480.030-2
Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 16 17-65 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 45,999

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1 23990	1 23990	1 23990	1 24080	1 24030	1 23900

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	9,796	23,859	33,655
845	Recargo Mora	1	12	13
858	C V Aprovechamiento	195	186	381
839	Cargo Variable	13,614	12,288	25,902
999	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15281.35
TRT:	8349.55
TDF:	3058.707
TC:	2804.14
TA:	185.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUBSIDIO:	-39.45%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Ras:1 Cuotas Pendientes
Período Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 79,691 P 29/JUL/2024

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 12287.596

Resolución CREG 105 007 de 2024

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

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 ITA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

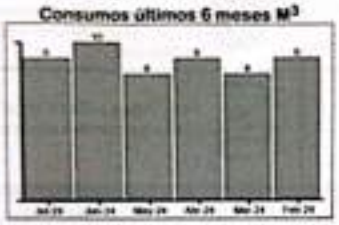
Nombre	ANDREA PEREA RIVAS
Dirección	MZ 1 CS 23 PS 2 VILLA CONSOTA
CICLO	11
ESTRATO	BAJO
RUTA	1-52102
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	C16LA339124AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	19608774
Factura de venta Nº	56730501
Fecha de la factura	27-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	20-Jul-2024 al 19-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$35,220**
Fecha limite sin recargo:	04-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-07-29
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL
Valor último pago:	35,220
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	1247
LECTURA ANTERIOR:	1238
CONSUMO M³:	9

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	9

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	9	$2,172.04	$19,552.66
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-38.4%)			$-11,119.12
Consumo Periodo			$17,836.92
Ajuste a la Decena			$3.09

Subtotal Acueducto: $17,840

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	9	$2,573.74	$23,163.66
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-38.4%)			$-10,831.65
Consumo Periodo			$17,375.77
Ajuste a la Decena			$4.24

Subtotal Alcantarillado $17,380

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL A/M/S

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Reciclaje

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TRL	TKT	TDF	TTL	TLU	TC	TA



DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56730501	19608774	27-Ago-2024

Dirección del Predio: MZ 1 CS 23 PS 2 VILLA CONSOTA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $35,220

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

ANDREA PEREA RIVAS

Tu código de contrato es: 259883

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

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

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 38.232
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 38.232**
Si no pagas antes de	24/09/2024
Te quedas sin servicio desde	25/09/2024
Documento equivalente	1202353261
Referencia de pago	181347493

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

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

Esta factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo a las normas del Derecho Civil y lo establecido en el Art. 130 Ley 142-94.

Gerente

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

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

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGÚN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO: Armenia: 606 736 8950 Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 361 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: VILLA CONSOTA EL DORADO MZN 1 CS- 23 | Dirección del predio: VILLA CONSOTA EL DORADO MZN 1 CS- 23 | Estrato: 2

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

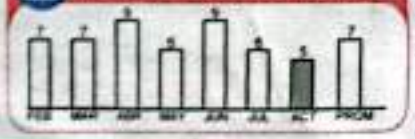
DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 4079 − Lectura anterior: 4073 × Factor de corrección: 0,8872 = Consumo m³: 5

Periodo de consumo: 07/AGO - 05/SEP | Días de consumo: 30 | Medidor: U0328534H

Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CONCEPTO	CARGO DEL MES: CAPITAL	CARGO DEL MES: INTERESES	SALDO PENDIENTE DESPUÉS DE ESTE PAGO	CUOTAS PENDIENTES DESPUÉS DE ESTE PAGO
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,175057)				
SALDO ANTERIOR	$ 19.870			
Consumo de gas natural	$ 14.293			
Subsidio	$ -5.907			
Cuota revisión técnica reglamentaria (Tasa 2,1340%)	$ 3.624	$ 1.675	$ 74.884	17/24
Cuota reconexión desde centro de medición (Tasa 2,1340%)	$ 2.116	$ 978	$ 43.720	17/24
Cuota IVA (Tasa 2,1340%)	$ 669	$ 318	$ 14.229	17/24
Recargo por mora	$ 250			
IVA	$ 325			
TOTAL SERVICIO:	**$ 35.261**	**$ 2.971**	**$ 132.833**	

Actualmente su obligación se encuentra en mora motivo por el cual la información relativa al incumplimiento será enviada a las Centrales de Información Crediticia. Si tienen alguna inconformidad con esta información por favor comuníquese con nosotros.
Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valida la identidad llamando a la línea gratuita 018000966344.

REVISIÓN TECNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 48 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





(415)7709998002425(8020)0191347493(3900)0000038232(96)20241024

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-24 | No. Historia Clínica: 0814

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fernanda Gomez Documento de identidad: 42141784
Dirección: Santa Clara Torre 2053 Ap 302 Teléfono: 3145954304
Correo Electrónico: Fergalvis1706@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: morita Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Ca Felino
Fecha de Nacimiento: 3 Años Color: gris Blanco Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): No registra
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia - 5-07-2024
Enfermedades Anteriores: vomito, diarrea
Tratamientos: ____
Evolución: ____
Alimentación: concentrado -
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ____ Fecha ultimo Parto: ____

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta General - casi no come

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ____ /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.2 oC
Pulso: F/S Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas, humedas, brillantes Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: ____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en excelente estado general, se le recomienda cambiar alimentación

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se recomienda cambio de alimento

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Duran

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5055o

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.056.270

LARGO TREJOS

APELLIDOS
MARIA AUXILIADORA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1953

RIOSUCIO
RIO SUCIO (CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.40 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

28-OCT-1977 RIO SUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

00-00206101-F-0025056270-20091224 0019326840A 1 4530564338

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

MARIA AUXILIADORA LARGO TREJOS

884362

27/08/2024 09:23:35

$ 23.482

Brilla

TOTAL A PAGAR $ 23.482

Si no pagas antes de 10/09/2024

1201945769

180619890

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

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

APOSTAR S.A.
NIT: 800001520
CLL 17 NO. 6 - 42 PEREIRA - RISARALDA

Fecha de Recaudo: 05/09/2024 15:07:06
Eq: 467 Of1: 29 Vendedor: 1061624910
Tr: 6177901514 Cod Seg: 1981613410
Clt:

EFIGAS

Referencia: 180619890
Periodo de pago: 10/10/2024
Servicio: EFIGAS
Valor: $23,482

Ajuste al Peso: $0
Valor Recaudado: $23,482

Armenia 605 736 0959
Manizales 606 878 2323 | Pereira 606 361 5361
www.efigas.com.co

URB SANTA CLARA 6 TORRE 19 APTO 302

PEREIRA

RESIDENCIAL

0,8676

14

30

D-2916021-17

$ 40.020
$ -16.538

Paga tu factura a tiempo.

$ 23.482 $ $

TOTAL SERVICIO:

Si una visita, 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 37 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo esde:

$ 3.735.000

Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el ANIVERSARIO Brilla

Digital

Efigas

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Fernanda Gomez identificado con cédula de ciudadanía número 42141784 de Pereira en calidad de tutor de morita, de especie felina, raza mestizo e historia clínica número 0814, 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, morita 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 27 de Septiembre del 2024

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

Fernanda Gómez L.

Propietario/acudiente
CC: 42.141784

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 0315

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Elsy Garatejo Documento de identidad: 52243368
Dirección: Cra 22 178-62 Bolton Teléfono: 3195404992
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Gaya Sexo: M ___ F X Raza: Yorkshire. Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 12 años Color: Café y Negro Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Hace 6 meses.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Enero 2024
Enfermedades Anteriores: NIP
Tratamientos: NIP
Evolución: NIP
Alimentación: Concentrado, Mollejas y pollito.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Cojera del MPI

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 72 /rpm F. Cardiaca: 172 /lpm Temperatura: 38,4 °C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: _____
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. 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. Claudicación MP1
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Ruptura de ligamentos
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

Prueba de compresión positiva, Ruptura de ligamento colateral lateral.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
metodol 0.5%.	0.25ml	1 vez	SIM	UD.

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 9580.

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.243.368
GARATEJO BARRAGAN

APELLIDOS
MARIA ELSY

NOMBRES
Elsy Garatejo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1976
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.44 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
02-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01184040-F-0052243368-20201130 0072661045A 1 9013898345

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 — UNIVERSIDAD DE PEREIRA — HOSPITAL VETERINARIO — No. Historia Clínica: 0816

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Carolina ~~Polanco~~ Lopez Documento de identidad: 1087 991 133
Dirección: Vda Mz 26 C63 Teléfono: 3122692330.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Brandy Sexo: M ___ F X Raza: Pinsher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: _____ Peso: 4,0

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Inapetencia - inflamacion en el

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 29 /rpm F. Cardiaca: 104. /lpm Temperatura: 38.7 °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: presencia de sarro

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
Vetalover	0,1			

Vanessa V.G.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

ACIO OSORIO MARTHA LUCIA
B MZ 26 CS 3 SAMARIA II
01-01-011-0512 1 PEREIRA Residencial 14
ansformador 10085P0000 -39.59 2
arga contratada (KW) .5 12 0045 1

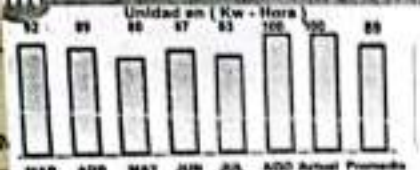
MATRICULA 2057713
Fecha de Emisión 20/SEP/2024
0
28/SEP/2024
60083667

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	51,243
TOTAL	$78,574

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	92	81,914	30
ABR	89	81,471	30
MAY	80	73,748	31
JUN	87	81,448	30
JUL	83	69,098	31
AGO	100	83,839	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1147936	MXT	6044	5944	100	1	100	89	
Reactiva									

Periodo facturado 29/AGO/2024 - 19/SEP/2024 31
Valor kWh $4... AGO-2024 CL1 Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO AGUA

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total Consumo	Subsidio	Total
0-130	100	848.2198	84,822	-33,579	51,243

INFORMACIÓN GENERAL

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 .00 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,677 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Cuotas pendientes

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
DIUu,te	1	FIUu,te	4
DIUu,n,a,m	0	FIUu,n,a,m	0
VC .00			

ÚLTIMO PAGO

Empresa Energía de Pereira 150,631 Fecha P 29/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación

ENERGÍA 51,243

001	Consumo Activa	1	84,822	84,822
001	Subsidio	0	-33,579	-33,579

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 833 del 2000
Oficina de atención al cliente/serv: CRA 10 17-05 de 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): 1 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-E1

Tarifa últimos 6 meses

1	23280	2	23280	3	23280	4	23379	5	23379	6	23609

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
658	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	12,288	12,288
909	Subsidio Aseo	0	-13,952	-13,952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.35
TBT:	8549.55
TDF:	3858.797
TC:	1638.74
TA:	185.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-38.40%

Valor financiado 0 Unidades Independientes Res.1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 150,631 P 29/AGO/2024

	Jun	Jul	Aug
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.068	.069	.069

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrida y Limpieza:	.008
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA): 13267.396

GERENTE

Resolución CREG 165 007 de 2024

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

energía DE PEREIRA
NIT. 816.001.019-9
www.eep.com.co
Matrícula
2057713

Encuentra y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros	$73,624
Pago total factura	$78,574

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.087.991.133

LOPEZ HOLGUIN
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

Diana Carolina Lopez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1987
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-OCT-2005 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

P-2402500-54143671-F-1087991133-20051209 03433 05343A 02 186350850

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24 | Universidad de Pereira | Hospital Clínico Veterinario | No. Historia Clínica: 0817

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jorge eliecer Naranda Documento de identidad: 18509358
Dirección: Cll 8 #17-05 alon. Teléfono: 3233795386
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lola. Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 9 años Color: _____ Peso: 6kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Sept. 2024.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Rabia. 2024.
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X.
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Cojera MPD.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38. 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X. Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se envía manejo de dolor y cambio de concentrado.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxican	0,25.			

Vanessa VG

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 | No. Historia Clínica: 038

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Fany Mendoza Documento de identidad: 29326951
Dirección: Cra 29A #30 61 Rosic Teléfono: 312 707 7402
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pinky Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 20/09/2013 Color: negro Peso: 4kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

le duele mucho la cadera y el oido

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 124 /lpm Temperatura: 38 °C
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	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: Todo normal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. secreción en oído.
2.
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 de oidos

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: _____ Universidad Tecnológica de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0019

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Bibiana María Vargas Documento de identidad: 1053797298
Dirección: Mz 4 CS 17 Colinas Teléfono: 3022993190
Correo Electrónico: bibiancuarga1025@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Elle Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 31/04/19 Color: Blanco Peso: ____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Le salen ronchas desde ayer, piensa que le picó un animal, Abrir. Perdida de apetito

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 38,3 oC
Pulso: FDC Tiempo Llenado Capilar: 3 S Ganglios Linfáticos: NC Regional
Mucosas: R I H Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Se observa lesión descamativa multifocal con ronchas en el cuerpo

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Alergia
2. Alergia alimentaria
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

Alergia por picadura de pulga

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexa		Inyectar	SC	DU
Vetnisan		Inyect	SC	DU
Diprona		Inyect	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27-09-24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 0820

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Olga Patricia Ramirez Documento de identidad: 51810850
Dirección: bosques de alba Ap 9 Teléfono: 3116075412
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: capuchina Sexo: M ___ F X Raza: Jack Rosell terrier mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 7 AÑOS Color: Blanco Café Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

tiene una bolita en el hombro izquierdo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 88 /lpm Temperatura: 39.8 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___:
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente presenta un linfoma neoplasia en MPI miembro anterior izquierdo Toraxica.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Pelo Irsuto
2. Masa MTI (hombro)
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se le formula shampoo de clorhexidina, All con solución oral, prednisolona tableta x 5 mg, se recomienda realizar RX de hombro en miembro toracico izquierdo (mano) Despues de realizar la RX venir a control.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 5530

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: FARLING ALARCON RAMIREZ

Dirección: VIA 2500 LOTES CLL 75 CRR 44 BLQ 22 APTO 2243 HACIENDA CUBA URBANIZACION BOSQUES DE CUBA CLL 75

CICLO	9
ESTRATO	BAJO
RUTA	9-190
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H22VA044388
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1878479
Factura de venta N°	56516206
Fecha de la factura	23-Jul-2024
PERIODO DE COBRO:	17-Jun-2024 al 17-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	$11,820
Fecha limite sin recargo:	31-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-26
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	17,860
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	25
LECTURA ANTERIOR:	24
CONSUMO M3:	1

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M3	2

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	1	$2,172.54	$2,172.54
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-4,445.07
Consumo Periodo			$7,130.64
Ajuste a la Decena			$-64

Subtotal Acueducto: $7,130

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	1	$2,573.74	$2,573.74
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcantarillado			$-2,925.12
Consumo Periodo			$4,690.00
Ajuste a la Decena			$-2.37

Subtotal Alcantarillado: $4,690

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Reciclables

Componentes Tarifarios

Último pago

% Subs. % Cont.

Unidades Independientes	UR	UAR

TRL	TRT	TDF	TFL	TLU	TC	TA

Cupon para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matricula No.	Facturado el:
56516206	1878479	-2024

Dirección del Predio: VIA 2500 LOTES CLL 75 CRR BLQ 22 APTO 2243 HACIENDA CUBA URBANIZACION BOSQUES DE CUBA

TOTAL A PAGAR	$11,820

10325

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

Fecha: 27/09/24 — Triage – Urgencias — No. Historia Clínica: 021

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yurcany Varela Sanchez Documento de identidad: 1127843336.
Dirección: Rocio alto cs 206 Teléfono: 3227565040.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lufi Sexo: M X F ___ Raza: Pinscher Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 Abril 2023. Color: Cafe Peso: 3.5

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 2023.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2023.
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: _____
Alimentación: Purina.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Mordedura de perro el dia 27-09-2024.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.3. 0C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 2 Sg Ganglios Linfáticos: No reactivos.
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X. Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente que ingresa con herida en base de la cola, arco costal derecho y región femoral izquierda. Paciente reactivo al medio, sin estado de deshidratación, ganglios linfáticos no reactivos. Heridas sin sangrado abundante.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Heridas Superficiales
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 instaurado en casa con Amoxicilina y Melanpet gotas 5 limpiezas dos veces al dia con clorhexidina Spray.

30/09/2024 → Se llama a la propietaria y no ha iniciado con formula recomendada.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxic 0,5%	0,1 ml	Inyectable	Sc	Dosis única
Uniclav	0,3 ml	Inyectable	Sc	Dosis única

Stefanía MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Fecha: 27/sep/29 — No. Historia Clínica: 0799

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luisa Carolina Velasquez Documento de identidad: 1087052
Dirección: Cs 157 Piso 2 B. Plumon Teléfono: 3047691170.
Correo Electrónico: luisacarolinavelasquezalzate3@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luky Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 15-julio-29 Color: Gris Peso: 300g

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): hace 20 dias canex
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NIR
Enfermedades Anteriores: NIR.
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado.
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

lagañas en ojos, no come.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: NG. /rpm F. Cardiaca: NE /lpm Temperatura: 38.5 oC
Pulso: FHC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: Normales
Mucosas: Palidas 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	AN
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: Conjuntivitis, diarrea.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Diarrea.
2. Lagañas en ojos.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Parasitosis
2. Conjuntivitis.
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

Parasitosis, conjuntivitis.

OBSERVACIONES

Se envía con formula.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Rondel Puppy	0.1 ml	Oral	PO	UD
a+p	0.05ml	Iny	SC	UD
Dipirona	0.01ml	Iny	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 45890.

Powered by CamScanner

LUZ MARY MORALES DE MARIN

CS 157 PS 2 EL PLUMON

CICLO	11	TARIFA	BAJO
RUTA	S-1096D	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P141MMRSAA1T0MAA	Dígitos	12 jr

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	12	$2.172,54	$26.070,48
Cargo Fijo Acueducto		$8.403,17	$8.403,17
Subsidio Acueducto			$-12.621,88
Consumo Previos			$27.457,77
Ajuste a la Decena			$-1,77

Subtotal Acueducto: $21.860

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	12	$2.572,74	$30.864,88
Cargo Fijo Alcantarillado		$8.041,75	$8.041,75
Subsidio Alcantarillado			$-12.756,88
Consumo Previos			$20.100,00
Ajuste a la Decena			$-2,04

Subtotal Alcantarillado $22.130

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	DIAS/UNIDADES	$/UNIDAD	TOTAL
Dias Aseo			
Ton. M³			

TOTAL ASEO

MOBILIARIO DE PAGO

Descripción	Precio	Nº Cuota	Saldo

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alcance)

Subtotal otros Cobros Asociados

Detalle	Precio	Nº Cuota	Saldo	%	Cuotas

ACUERDOS DE PAGO

Detalle de Conceptos Facturados

Consumos últimos 6 meses M³

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL 687

LECTURA ANTERIOR 675

CONSUMO M³ 12

OBSERVACIONES

Dto OBSERVACION

Promedio consumo M³ 10

Datos del Suscriptor

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
58554513	19539188	25-Jul-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR

TOTAL A PAGAR $43.980

Cupón para Entidad Recaudadora

TAL	TRP	TCM	TFL	TLU	TD	TA	

Consumo(s) Inadecuado(s) | UE | Und

Último pago

% Sub % Cons.

Comprometidas Tardanza

TARIFA ULTIMO MES

REGIMEN DEL PERIODO (TDM)

Distribuidor
Barrido y limpieza
Limpieza urbana
Recolección

CANTIDAD DE RESIDUOS (TDM)

Aprovechables (Tdia)

No Aprovechables (Tdia)

PRESENTACION UNIDAD MEDIDA	PRESENTACION UNIDAD MEDIDA	PRESENTACION UNIDAD MEDIDA

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alcance)

Subtotal otros Cobros Asociados

Detalle	Precio	Nº Cuota	Saldo	%	Cuotas

ACUERDOS DE PAGO

Datos del Suscriptor

LUZ MARY MORALES DE MARIN

CS 157 PS 2 EL PLUMON

CICLO	11	TARIFA	BAJO
RUTA	S-1096D	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P141MMRSAA1T0MAA	Dígitos	12 jr

MATRÍCULA 19539188

Factura de venta Nº 58554513

Fecha de la factura 25-Jul-2024

PERIODO DE COBRO: 15-Jun-2024 al 15-Jul-2024

TOTAL A PAGAR: $43.980

Fecha límite sin recargo: 02-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago	2024-07-01
Cupo último pago	ARD5748
Valor último pago	46.910

Edad 1

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Powered by CamScanner