1.6.3 ESTERILIZACION
12 DE OCTUMBRE

Jornadas

FECHA 12 - OCT - 2024 UBICACIÓN Guaraní

NOMBRE	CC	TELEFONO	PACIENTE	PESO	ESPECIE		SEXO		D	V	C
					C	F	H	M			
Luz Adriana Cipro	42044642	3195302152	Juanita	4kg	X		X		X	X	
Arielly Correa	1038746856	3133229600	Sasha	13kg	X		X		X	X	
Clemencia Giraldo	42068822	3146432262	Lulu	4,5kg		X	X		X	X	
Ana María Londoño	42113168	312 6367229	Katy	5,6kg		X	X		X	X	
Ana María Londoño	42113168	3126367229	Bruno	11kg	X			X	X	X	
Hilda Quintero Prada	38240904	3113309874	Paquita	6kg	X		X		X	X	
Alba Lia Patiño	42086494	3217535491	Lolito	9kg	X			X	X	X	
Emir Henao	100562	3122200792	Coco	20kg	X			X	X	X	
Isabel Chavez	1007380136	3127649851	Rossi	9,5kg	X		X		X		
Carmen Cristina Chaga	34054808	3127647998	Lorita	12kg	X		X		X	X	
Carmen Cristina Chaga	34054808	3127647998	Chiraco	15kg	X			X	X	X	
Emir Henao	100562	3122200792	Tao	5kg	X			X			
Emir Henao	100562	3122200792	Teo	5kg	X			X			
Emir Henao	100562	3122200792	Luxky	5kg	X			X			
Ana María Londoño	42113168	3126367229	Gaby	3kg	X		X		X	X	
Ana María Londoño	42113168	3126367229	Lulu	5kg	X		X		X	X	
Guillermo de Jesús	1038-80079	3217705933	Tolkien	6kg	X			X	X	X	
Dorlan Vásquez	1037290378	3201114922	Nina	15,2kg	X		X		X	X	
Nelson Tangarife	1026499119	3149493680	Maggi	8kg	X			X	X	X	X
Paola Gafaro	1022023660	3176470872	Mateo	2kg	X			X	X	X	X
Luz Deisy Mena	41080016	3023553135	Yiwi	13kg	X			X	X	X	
Viviana Gil	1007430080	3207395211	Luna	19kg	X		X		X	X	
Gabriel Lasso	9910296	3215211028	Juanita	12kg	X		X		X	X	
Adelis Retentis	79447334	3227437463	Kiara	15kg	X		X		X	X	
Cesar Valencia	70096994	3205491789	Ruby	20kg	X			X	X	X	
Juan Cestero	96365054	3277964789	Milo	4kg		X		X	X	X	
Alfonso Tafur	1002920448	3107980174	Jonny	36kg	X		X		X	X	
Alfonso Tafur	1002920448	3107980174	Curus	72kg	X			X	X	X	X
Milena Noguera	1007264997	3226063220	Kaito	36kg	X		X		X	X	X
Alexander Ruiz	1049830048	3184993385	Mona	18kg	X		X		X	X	
Freddy Restrepo	1007490027	3168204065	Cloe	3kg	X		X	X	X	X	
Rosalia Ramirez	28882339	3217799833	Mauna	3kg	X		X		X	X	
Rosalia Ramirez	28882339	3217799833	Cosmo	7kg	X			X	X	X	
Rosalia Ramirez	28882339	3217799833	Estrella	7kg	X		X		X	X	
Julio Cesar Mejia	1010198058	3054779463	Dax	0kg	X			X	X	X	X
Miriam Duque	1023725362	3102280946	Mary	8kg	X		X		X	X	
Alfonso Tafur	1002920448	3167900772		15kg	X			X	X	X	
Mario Paraguay	1016924214	3232930544	Estrella								

FECHA 12-OCT-2024 UBICACIÓN Guatari

NOMBRE	CC	TELEFONO	PACIENTE	PESO	ESPECIE		SEXO		D	V	C
					C	F	H	M			
Pedro Pablo Bolero	1007996611	3228229333	Toby	1Kg		X		X	X	X	
Leonel Martinez	26226094	3136377477	Lola	3 KG	X				X	X	
Elar Vicuña	7211013	3127678209	Lilo	5 KG	X		X		X	X	
Gabriel Lara	99107196	3215394881	Katy	5 KG	\	X	X		X	X	
Valentina Morales	1004954700	3206601226	Blue	3 KG		X		X	X	X	
Juan Carlos Suarez	5500905	3245596923	Canela	8 KG	X		X		X	X	
Natalia Tello	1004291846	3116124968	Lola	10 KG	X		X		X	X	
Isabella Velez	1004777867	3215540821	Manchas	3 KG	X			X	X	X	
Karen Sophia	1029996625	3126629259	Gucci	1 KG		X	X		X	X	
Juan Carlos Suarez	1600905	3245548929	Princesa	9 KG	X			X	X	X	
Leonel Martinez	26226094	3136377479	Juan	4 KG	X			X	X	X	





Fecha: 13-10-24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 1635

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: maria ebesbey rivera Documento de identidad: 1.054.922.686
Dirección: La Florida - el manzano Teléfono: 3011616768
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sacha Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: negro Peso: 7kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.2 0C
Pulso: FIN Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	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, con rangos Fisiologicos normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyec	SC	DU
meloxican	0.2 mg/kg	Inyec	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Edesbey Rivera identificado con numero de cedula N° 1054922686 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Sacha la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración asi lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Maria Edesbey Rivera V
Propietario/acudiente:
cc: 1054922686

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo EDESBEY RIVERA identificado con cédula de ciudadanía número 1054922686 de Anserma en calidad de tutor de Sacha, de especie mestizo, raza Canino e historia clinica número 1635, 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, Sacha 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 13 de octubre del 2024

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

Maria Edesbey Rivera Villada
Propietario/acudiente
cc 1054922686

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre

Yo Maria Edesbey **Identificado con CC:** 1.054,922,
con Dirección: la Florida el manzano ; **Tutor de** sacha
Especie canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 5 AÑOS
Historia Clínica No: 1635

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Sacha

En constancia que Sacha 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Maria edesbey Rivera **Firma**
CC: 1054922686

Powered by CamScanner

Efigas siempre

¡Hola!

SANDRA PATRICIA LOZANO DELGADO

Tu código de contrato es **946511**

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

Tu factura fue expedida el 11/07/2024 12:10:06

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 16.908
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 16.908**
Si no pagas antes de	24/07/2024
Tu cupo es de	25/07/2024
Documento equivalente	1200752445
Referencia de pago	179102845

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

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

164 EMERGENCIA 01 8000 96 63 44

Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 896 2323 | Pereira: 606 361 5331

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

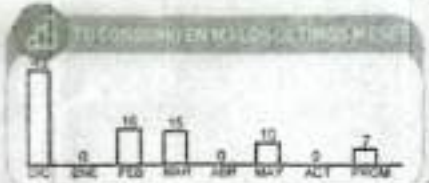
Dirección de entrega: VIA PLAN EL MANZANO MZ 6025 NUPTI 6 FINCA SANDAMARI
Dirección del predio: VIA PLAN EL MANZANO MZ 6025 NUPTI 6 FINCA SANDAMARI
Estrato: 2
Barrio: CORREGIMIENTO DE LA FLORIDA, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 371 − Lectura anterior: 371 × Factor de corrección: 0,9073 − Otros: 0

Periodo de consumo: 03/JUN - 03/JUL
Días de consumo: 31
Medidor: X-3504063-17
Observación de no factura:

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

CARGOS DEL MES	CAPITAL	INTERESES	SALDO PENDIENTE	CUOTAS PENDIENTE
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1133548)				
SALDO ANTERIOR	$ 16.616			
Recargo por mora	$ 292			
TOTAL SERVICIO:	**$ 16.908**	**$**	**$**	

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 tu 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 28 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018080966344.

RTR

Tu cupo es de

$ 4.735.000

Para pagarlo utiliza cualquiera de estos canales en el Efecty

Brilla



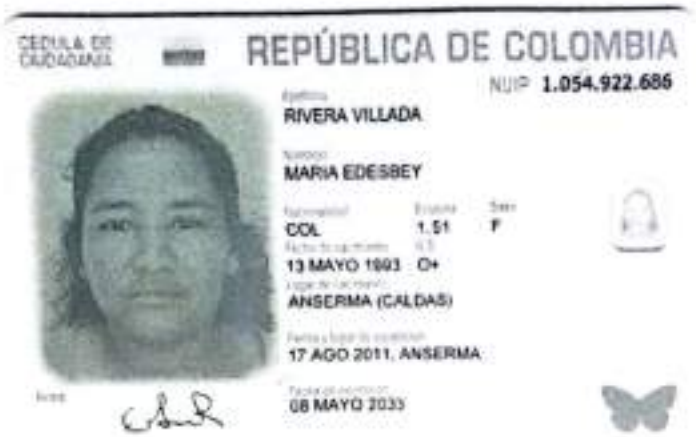
Que nada suspenda los **buenos momentos** compartiendo con tu familia

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



NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.054.922.686

RIVERA VILLADA

MARIA EDESBEY

COL

1.51

F

13 MAYO 1993 O+

ANSERMA (CALDAS)

17 AGO 2011, ANSERMA

08 MAYO 2033


0206927722

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0206927224090O7<<<<<<<<<<
9305133F3305083COL1054922686<1
RIVERA<VILLADA<<MARIA<EDESBEY<

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1636

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Hector Villada Documento de identidad: 1.059.697.667
Dirección: mz 24 cs 8 Teléfono: 3142140553
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: sony Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 Años Color: Beige Peso: 7kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 48 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.2 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ;
Estuporoso ; Comatoso , Alerta X Otro:

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

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

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

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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	DU
meloxicam	0.2mg/kg	inyec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Hector villada identificado con numero de cedula N° 1059697607 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Sony la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Hector VILLADA
Propietario/acudiente:
CC: 1059697607

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Hector villada identificado con cédula de ciudadanía número 1059697607 de Risaralda en calidad de tutor de Sony, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1630, 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, Sony 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 13 de octubre del 2024

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

Hector VILLADA
Propietario/acudiente
CC 1059697607

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 octubre - 2024

Yo Hector villada **Identificado con CC:** 1059697.607
con Dirección: M224-C583 villa santana ; **Tutor de** Sony
Especie canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 3 AÑOS
Historia Clínica No: 1630

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Sony

En constancia que Sony 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Hector VILLADA **Firma** HECTOR VILLADA
CC: 1059697607

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.059.697.607**

VILLADA ANDICA

APELLIDOS

HECTOR WILDER

NOMBRES

Hector Villada

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1987**

RIOSUCIO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O- G S RH

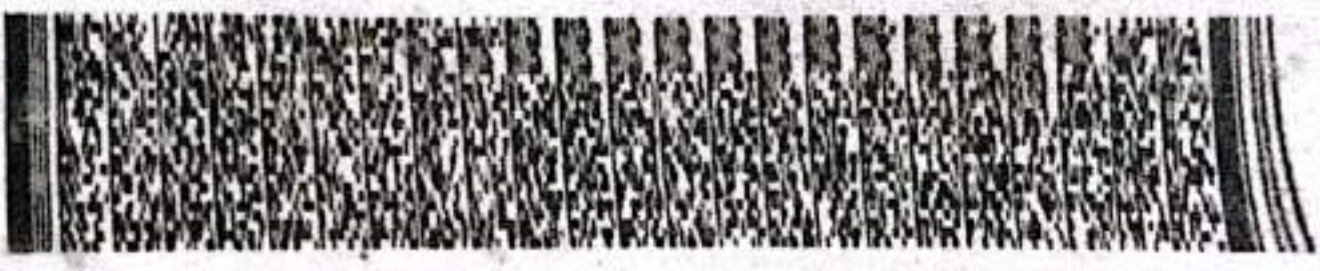
M SEXO

13-ENE-2006 RIOSUCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-2400100-00822525-M-1059697607-20160505 0049631945A 1 4553901087

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

QUIERDO ELIZABETH
URB MZ 24 CS 83 (64) VILLA SANTANA MONSERR

01-01-012-2523 1 PEREIRA Residencial 3

10165R0008 -51.67 1

.5 12 0014 1

MATRICULA 2074449

Fecha de Emisión 30/SEP/2024

03/OCT/2024

60143043

	10.931
	3.400
	0
SUBTOTAL SIN ENERGIA	14.331
	97.400
TOTAL	$111.731

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACION DE CONSUMO

Activa	1213095	TEC	5629	5447	182	1	182	182

MAR	238
ABR	203
MAY	48
JUN	152
JUL	153
AGO	182

ALUMBRADO PUBLICO

OTRAS EMPRESAS

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Rango					
0-130	130	848.2199	110.249		93.250
>130	52	848.2199	44.107		44.107

ASEO 10.931

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
NIT. 900.123.107-6

844	Cargo Fijo Aseo	0	27.930	27.930	10931.10
928	C v Aprovechamiento	0	195	195	76.44
929	Cargo Variable	0	11.466	11.466	2948.44
999	Subsidio Aseo	0	-24.558	-24.558	-183.747

INFORMACION GENERAL

311.8303	57.1421	57.8023	31.3838	294.5494	36.2119	848.2199

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

50 38.677

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG: 22 FIUG: 15
DIU: 0 FIU: 2
VC 00

ULTIMO PAGO

376.005

ENERGIA 97.400

GDO	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
50	Consumo Activa	0	154.278	154.278
001	Subsidio	0	-56.979	-56.979

Periodo Facturado	AGO/2024
Cantidad de Residuos (ton)	
Aprovechables (TEA)	
No aprovechables (TRA)	

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios	0.01
Barrido y Limpieza	0.03
Limpieza urbanos	0.01
Reciclables	0

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

¿Deseas suscribir el mecanismo de la compensación en esta factura? SOLICITA A ESTE CORREO LOS Resolución CRA 151 DE 2014

VALOR A PAGAR

Pago 5% AP y Tercera Edad $108.331

Pago Total Factura $111.731

Energía de Pereira

2074449

Escanear y pagar tu factura por la pasarela de PSE

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1623

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yelmy Yulieth Documento de identidad: 1.088.283.793
Dirección: Caset comunal la Suiza Teléfono: 3143558535
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: teo Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: negro Peso: 2.5kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 62 /rpm F. Cardiaca: 142 /lpm Temperatura: 38,1 °C
Pulso: F/N 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	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con constantes fisiologicas normales

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyc	SC	DU
meloxican	0.2 mg/kg	Inye	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Yeimy Yolieth identificado con numero de cedula N° 1088.283.793 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado teo la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Yeimy Quiñones

Propietario/acudiente:
cc: 1088283793

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yeimy Yolieth identificado con cédula de ciudadanía número 1088283793 de Pereira en calidad de tutor de teo de especie felino, raza mestizo e historia clínica número 1625, 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, teo 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, cirugía.

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 13 de octubre del 2024

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

Yeimy Quiñones Rios.

Propietario/acudiente
cc 1088283793

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13/10/25

Yo Yeimi Ocampo **Identificado con CC:** 1088283793
con Dirección: vereda la selva ; **Tutor de** Teo
Especie felino **Raza** DPC **Sexo:** macho **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Teo

En constancia que Teo 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607**, 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 Yeimy Ocampo **Firma** Yeimy O
CC: 1088283793

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA - FIN

Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 63

.0000 Contribución: Subsidio: -30.59 Estrato: 2

0 Grupo calidad: 32 Circuito: 0011 NIT: 1

MATRÍCULA: 355024

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024

Facturas Vencidas: 1

Tengo plazo para pagar hasta: 23/SEP/2024

Me quedo sin servicio después: 24/SEP/2024

Documento equivalente a la factura: 59979614

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8.630
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA:	237,649
TOTAL:	$246,279

INFORMACION DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

203 194 185 202 189 202

Consumo ultimos seis meses

Mes	kWh	Días facturados
MAR	217	31
ABR	206	30
MAY	205	31
JUN	194	31
JUL	185	30
AGO	202	31

MAR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo corregido	Consumo no facturado
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024 Fecha facturación: Días facturados:

Valor kWh: 848.2198 Tarifa vigente: AGO-2024 Tipo factura: CLT Consumo Lectura Facturada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	60	848.2198	50,893		50,893

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

G: Generación - T: Transmisión - D: Distribución - C: Comercialización - PR: Pérdidas - R: Restricciones

G	T	D	C	PR	R	CU
311.0303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

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

Int. Mora: .50 Vr. suspensión: Vr. reconexión: 48,860 Vlr. Reconexión:

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28

DIUu,te 50 FIUu,te 16

VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 247,261 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 237,649

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	168,951	161,162	330,113
561	Subsidio	-42,249	-43,653	-85,902
134	Compensaciones Res Creg 015	-7,160	0	-7,160
521	Intereses Mes	0	998	998

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 8,630

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000

Oficina de atención al ciudadano: CRA 16 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 0

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (veces/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: - Barrido: 2

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

Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 0 Uso Aseo: RESIDENC

Tarifa ultimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:
TRT:
TDF:
TC:
TA:
TTL:
TLU:
% SUB/CON: 50%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Cuotas Pendientes:

Periodo Facturado: AGO/2024 Ult. Pago y Fec.: 247,261 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidacion
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

Resolución CREG 185 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTUS LTDA - NIT 800204634 - SAI

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.283.793
QUIÑONES RIOS

YEIMY YULIETH





FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1990
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-NOV-2008 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



0009426406A 1 30439322

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clínica: 1637

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Claudia Lorena Ospina Documento de identidad: 1.004.777.571
Dirección: Cll 44A Este #12-32 Florinda Teléfono: 3244555471
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: TUVI Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 Años Color: Blanco negro Peso: 5 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.5 °C
Pulso: F/N 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	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, con constantes fisiologicas normales

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyec	SC	D.U
meloxicam	0.2 mg/kg	Inyec	SC	D.U

_____
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Claudia ospina identificado con numero de cedula N° 100477 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Toby la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

claudia lorena ospina melo
Propietario/acudiente:
CC: 1004777571

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Claudia Lorena Ospina identificado con cédula de ciudadanía número 1004777571 de Pereira en calidad de tutor de Toby, de especie Canino, raza mestizo e historia clínica número 1637, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Toby puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

claudia lorena Ospina.
Propietario/acudiente
CC 1004777571

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de Octubre de 2024

Yo Claudia Lorena Ospina **Identificado con CC:** 1004777571
con Dirección: El Poblado La Florida **; Tutor de** Toby
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho. **Edad** 8 meses.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Toby

En constancia que Toby 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Claudia Lorena Ospina M. **Firma** Claudia Lorena Ospina
CC: 1004777571

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.004.777.571**



Apellidos
OSPINA NIETO

Nombres
CLAUDIA LORENA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 MAYO 1995

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
23 JUL 2013, PEREIRA

Fecha de expiración
01 NOV 2033

Firma

claudia lorena ospina nieto

.CO

033582948

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033582948624001<<<<<<<<<<<
9505139F3311019COL1004777571<6
OSPINA<NIETO<<CLAUDIA<LORENA<<

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

RCANGEL SOTO AGUDELO
ESTE # 12- 32- PLAN DE VIVIENDA EL P

-01-013-0625 1 PEREIRA Residencial 63
10068W0000 -51.67 1
3 32 0014 1

MATRICULA 1729896

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024
Fecha de Vencimiento: 0
Suspensión para pagar hasta: 23/SEP/2024
Su factura equivalente a: 59976212

ASEO:	10,931
ALUMBRADO:	2,970
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,201
ENERGÍA:	26,236
TOTAL	$54,437

INFORMACION DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

Consumo últimos seis meses

Mes	Valor	Cant.	Días facturados
MAR	61	54.312	31
ABR	63	57.670	30
MAY	66	60.842	31
JUN	63	58.043	31
JUL	67	61.778	30
ADO	68	56.875	31

MAR ABR MAY JUN JUL ADO Actual Promedio

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigacion
Activa	6677008284	CHI	16132	16068	64	1	64	65	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024 Dias Facturados: 30
Valor kWh: 848.2198 Tarifa Energia: ADO-2024 Observacion: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	V.Un. CXD	Valor energia	Subsidio	Total
0-130	64	848.2198	54.286	-24.050	26.236

INFORMACIÓN GENERAL

311.9303	57.1421	57.8023	31.3838	294.5491	96.2119	848.2198

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

Int. Mora .00 Vr. suspensión 48,860

AGRUPADOS DE PAGO

Concepto Valor Promedio Diferencial Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[n,q 55 FIUG[n,q 28
DIUu,te 0 FIUu,te 2
VC .00

ULTIMO PAGO

Empresa de Energia de Pereira 56,574 Fecha P 20/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamacion Periodo

ENERGIA 26,236

		DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	54,286	54,286
561	Subsidio	0	-28,050	-28,050

Reclamaciones Anteriores

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 2,970

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	2,970	2,970

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 13 17-68 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
514	Asistencia Asis	0	14,300	14,300

ASEO 10,931

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

Frecuencia (recibem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Meses Mod) Frecuencia Poda: 2 (Veces Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces Año) Mes(Mes) 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa aplicada a meses

11693	11692	11693	11730	11730	11498

COD	CONCEPTO	MESES	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
999	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TSL:	19681.85
TAT:	7962.46
TOT:	2548.87
TC:	3824.71
TA:	185.747
TTL:	832.693
TUL:	4252.11
% SUBCON:	49.30%

Valor Financiado: 0 Residuos Independientes: Res:1 Cortes Pendientes
Periodo Facturado: AGO/2024 Ult. Pesaje Fac: 56.574 @ 20/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.000
Limpieza urbanos:	.031
Rechazados:	0

Información de Liquidacion

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VRA):	11443.824

Resolución CRA 0 165 007 de 2024

FACTURACIÓN DEL SOFTWARE ACTSIS LTDA - NIT 800314014 - 1

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clinica: 1625

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhonatan Quiñonez Documento de identidad: 1088309800
Dirección: Cabetcamural la suiza Teléfono: 3143558535
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Violeta Sexo: M F X Raza: mestiza Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 2 AÑOS Color: CAFE Peso: 3 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38.3 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 Seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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
Amoxicilina	15 mg/kg	Iny ec	SC	DU
meloxicam	0.2mg/kg	Iny ec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jhonatan Quiñones identificado con numero de cedula N° 1088309800 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado violeta la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firmá en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Jhonatan Quiñones
Propietario/acudiente:
CC: 1088309800

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jhonatan Quiñones identificado con cédula de ciudadanía número 1088309800 de Pereira en calidad de tutor de violeta, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 1625, 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, violeta 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 13 de octubre del 2024

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

Jhonatan Quiñones
Propietario/acudiente
CC 1088309800

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13/10

Yo Jhonatan Quiñones **Identificado con CC:** 1088309800
con Dirección: Vereda la Suiza ; **Tutor de** Violeta
Especie felino **Raza** PPC **Sexo:** Hembra **Edad** 2 AÑOS
Historia Clínica No: 1625

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

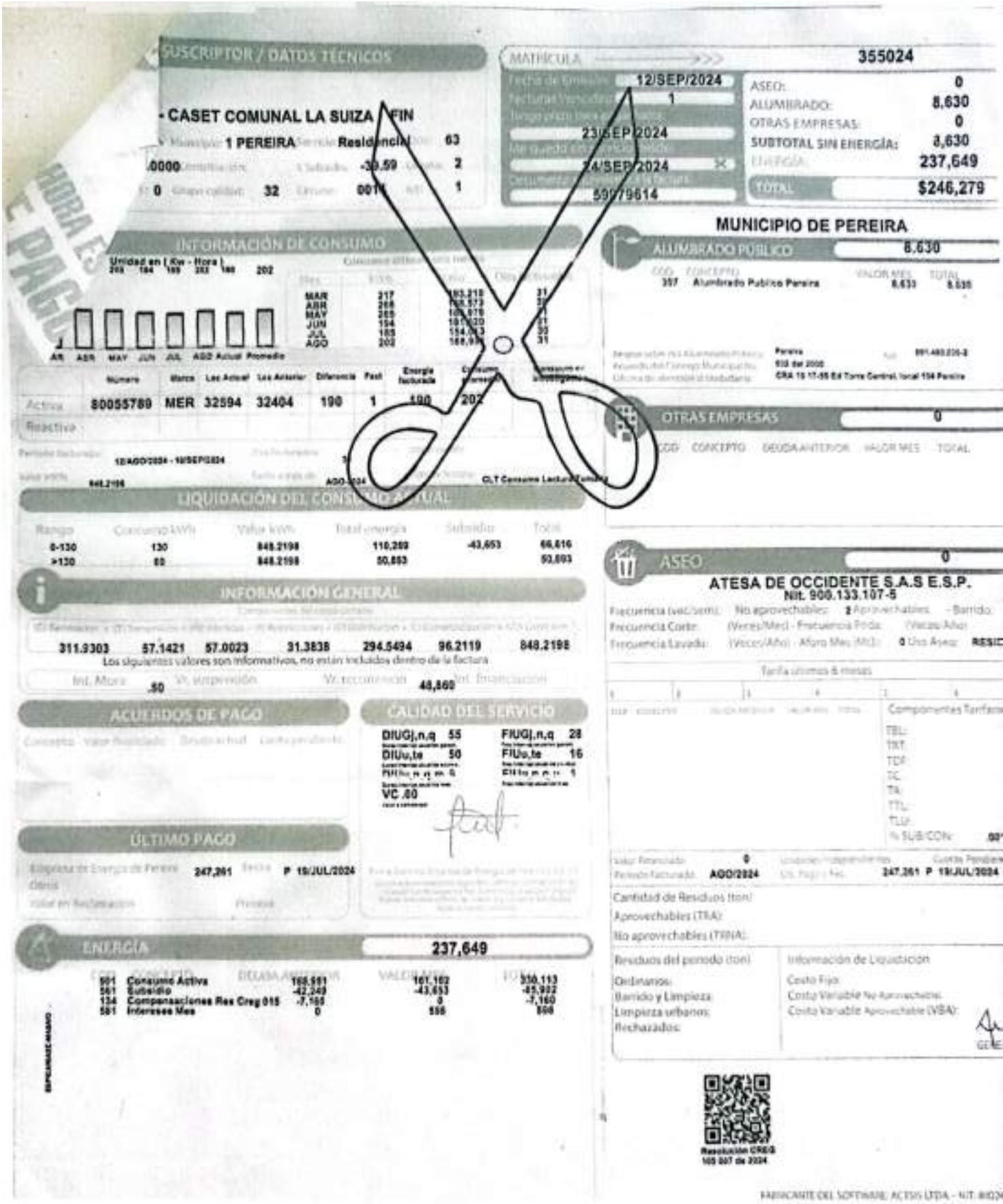
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para Violeta

En constancia que Violeta 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Jhonatan Andres Quiñones Rios **Firma** Jhonatan Quiñones
CC: 1088309800

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA FIN

1 PEREIRA Residencial 63

.0000 -39.59 2

0 32 0011 1

MATRICULA 355024

12/SEP/2024

1

23/SEP/2024

24/SEP/2024

59979614

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8,630
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA	237,649
TOTAL	$246,279

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

202 184 189 202 180 202

AR ASR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

Mes	KWh		
MAR	217	193.218	31
ABR	208	185.512	30
MAY	203	180.916	31
JUN	154	137.020	31
JUL	185	164.743	30
AGO	202	180.994	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en advertencia
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202	
Reactiva									

Periodo facturado 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024

Valor kWh 848.2198

AGO-2024 O.T Consumo Lectura Normal

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energia	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110.269	-43.653	66.616
>130	60	848.2198	50.883		50.883

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Saldo actual Cuotas pendientes

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energia de Pereira 247,261 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Periodo

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28

DIUu,te 50 FIUo,te 16

VC .00

ENERGÍA 237,649

		DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	168.881	161.162	330.113
561	Subsidio	-42.249	-43.653	-85.902
134	Compensaciones Res Creg 015	-7,160	0	-7,160
561	Intereses Mes	0	550	550

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PUBLICO 8,630

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

Pereira Nit 891.480.030-3

010 del 2000

CRA 15 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

ASEO 0

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vez/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: - Barrido:

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

Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 0 Uso Aseo: RESID

Tarifa usomas 6 meses

1	2	3	4	5	6

Componentes Tarifa

TBL:
TRT:
TDF:
TC:
TA:
TTL:
TLU:
% SUBCON: .00

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Cuotas Pendientes

Periodo Facturado AGO/2024 Vr. Pago Fac. 247,261 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (CVA):
Rechazados:	

Resolución CRA/S 165 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIS LTDA - NIT: 8002

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1993**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUL-2011 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00317442-M-1088309800-20110729 0027599466A 1 36331910

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.309.800**
QUIÑONES RIOS

APELLIDOS
JHONATAN ANDRES

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner


UNIDAD MÓVIL


ARCILA



1.6.3 ESTERILIZACION 13 DE OCTUBRE LA FLORIDA

Fecha: 13-10-24 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 1626

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yeima yuleth Cañonet Documento de identidad: 1088283793
Dirección: Caset Mecomunal la Suiz Teléfono: 3143658535
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Angel Sexo: M x F Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: Blanco negro Peso: 3 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 39.2 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condicion 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 dentro de los rangos fisiologicos Normales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:
Rayos X:
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	Via	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	mgec	SC	D.U
meloxican	0.2 mg/kg	mgec	SC	D.U

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Yeimi Guiñonez identificado con numero de cedula N° 1088283793 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Angel la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Yeimy Guiñonez
Propietario/acudiente:
CC: 1088283793

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yeimi Guiñonez identificado con cédula de ciudadania número 1088283793 de Pereira en calidad de tutor de Angel, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 1626, 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, Angel 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 13 de octubre del 2024

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

Yeimy Guiñonez R.
Propietario/acudiente
CC 1088283793

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 11 C

Yo Yelmi Quiroz **Identificado con CC:** 1088283793
con Dirección: Vereda la Julia ; **Tutor de** Angel
Especie Felino **Raza** DC **Sexo:** Macho **Edad** 6 meses
Historia Clínica No:

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Angel

En constancia que Angel 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Yelmy Quiroz Rios **Firma** Yelmy Q.
CC: 1088283793

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA - FIN

1 PEREIRA — Residencial — 63

.0000 — -39.59 — 2

0 — 32 — 0011 — 1

MATRÍCULA 355024

Fecha de Emisión	12/SEP/2024
Facturas Vencidas	1
Tengo plazo para pagar hasta	23/SEP/2024
Me quedo en mora desde	24/SEP/2024
Cód. para pagos en la factura	59779614

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8,630
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA:	237,649
TOTAL	$246,279

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

205 194 193 202 190 202



Consumo diario en los meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	217	183.210	31
ABR	208	168.573	30
MAY	205	166.078	31
JUN	194	157.220	31
JUL	185	154.303	30
AGO	202	168.896	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en unidades energéticas
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024

Valor kWh: 848.2198

AGO-2024

CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	60	848.2198	50,893		50,893

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: ,50 — Vr. suspensión — Vr. reconexión: 48,860 — Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	28
DIUu,te	50	FIUu,te	16
VC	,00		

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira: 247,281 — Fecha: P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación — Reserva

ENERGÍA 237,649

	Concepto	Deuda Anterior	Valor Mes	Total
001	Consumo Activa	168.951	161.162	330.113
561	Subsidio	-42.249	-43,653	-85,902
134	Compensaciones Res Creg 015	-7,160	0	-7,160
561	Intereses Mes	0	598	598

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 8.630

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — Nit: 891.480.035-2

Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2005

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD | CONCEPTO | DEUDA ANTERIOR | VALOR MES | TOTAL

ASEO 0

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

Frecuencia (veces/sem): — No aprovechables: 2 — Aprovechables: — Barrido: 2

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

Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 0 — Uso Aseo: RESIDENC

Tarifa ultimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

Componentes Tarifarios

TBU:
TRT:
TDF:
FC:
TA:
TTL:
TLU:
% SUB/CON: 50%

Valor Financiado: 0 — Facturación Subsecuentes — Cuota Pendientes

Periodo Facturado: AGO/2024 — Ult. Pago y Fec.: 247,261 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

Resolución CRDD 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIS LTDA - NIT: 800204434 - SA

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.283.793
QUIÑONES RIOS

YERMY YULIETH



FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1990
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-NOV-2008 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clínica: 1639

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: margarita vargas Documento de identidad: 42.129.061
Dirección: cr 10 # 22-20 Apto 301 Teléfono: 3103562287
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Arena Sexo: M ___ F X Raza: Hembra Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: negra Peso: 9 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 38.8 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 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 Condicion Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente con constantes fisiologicas normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyec	SC	DU
meloxicam	0.2 mg/kg	Inyec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Margarita Vanegas Gallego identificado con numero de cedula N° 42129061 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nera. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de OCTUBRE del 2024.

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

Margarita Vanegas.

Propietario/acudiente:
cc: 42129061

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Margarita Vanegas Gallego identificado con cédula de ciudadanía número 42129061 de Pereira. en calidad de tutor de Nera Perra. de especie Canina, raza Criolla. e historia clinica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Nera puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de OCTUBRE del 2024.

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

Margarita Vanegas

Propietario/acudiente
cc 42129061

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13/10/24. 09:30 am.

Yo Margarita Vargas Gallego **Identificado con CC:** 42129061
con Dirección: Cra 10 # 22-20 **;Tutor de** Arena
Especie Canina **Raza** Criolla **Sexo:** Femenin **Edad** 8 meses
Historia Clínica No: 1639

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Arena

En constancia que Arena 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Margarita Vargas G. **Firma**
CC: 42129061

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.129.061

VARGAS GALLEGO
APELLIDOS

MARGARITA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1978
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

15-AGO-1996 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-88255100-4311625-45-F-0042129061-20070828 00436 07 25H 01 19254891 5

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

CRA 10 # 22- 20 APTO 301 LAGO URIBE

01-01-002-5350 1 PEREIRA Residencial 6

10196A0000 4

0 12 0938 1

MATRICULA 255141

Fecha de Emision 12/SEP/2024

Fecha de Vencimiento 0

Ultimo dia para pago Oficina 23/SEP/2024

Mes cobrado

Referencia para pagos en bancos 50364022

ASEO	25,780
ALUMBRADO	20,540
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGIA	46,320
ENERGIA	28,000
TOTAL	$74,320

INFORMACION DE CONSUMO

Unidades en kWh

Mes	Año	Valor	Días Facturados
MAR	0	5,542	31
ABR	19	17,103	30
MAY	0	7,315	30
JUN	18	10,851	31
JUL	29	24,143	30
AGO	17	16,219	31

Artículo	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	2013007547	GNS	5404	5371	33	1	33	16	

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Cargo	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0,150	33	848,2166	27,991	0	27,991

INFORMACION GENERAL

319,9303	57,1421	57,0023	31,3836	294,5494	86,2113	848,2936

Mt. Mora 50 Vr. suspensión Vr. reconexión 53,587

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj n.g 22 FIUGj n.g 15

DIUu te 3 FIUu te 6

VC 00

ULTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 73,186 Fecha P 26/AGO/2024

Lugar de Recaudación Forma

ENERGIA 28,000

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	27,991	27,991
003	Intereses Mora	0	0	0

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 20,540

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
007	Alumbrado Publico Pereira	20,540	20,540

Pereira NIT 891 480 030 8

912 del 2008

CRA 10 # 17-55 P.3 Torre Central Local 106 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO VALOR MES TOTAL

ASEO 25,780

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

Nit. 900.133.197-5

Tarifa últimos 5 meses

844	Cargo Fijo Aseo	0	23,878	23,878	CSL	15861.95
845	Recargo Mora	0	1	1	TSP	1334.81
938	Cargo Variable	6	1,918	11,508	TCF	477.545
					TC	1074.74
					TA	0
					TFL	108.963
					TLU	4212.11
					% SUBSIDIO	88%

Lect. Promedio 0 Unidades suspendidas Res 1 Cortes Pendientes

Periodo Facturado AGO/2024 Vr. Pago Mes 25,186 P 26/AGO/2024

Cantidad de Resolucion (Dm)	Jun	Jul	Aug
Aprovechables (TRA)	001	001	001
No aprovechables (TRNA)	08	08	08

Residuos del periodo (kg)

Ordinarios	001
Reciclaje y Limpieza	008
Limpieza urbanos	001
Reciclables	0

Información de Liquidación

Costo Fijo	
Costo Variable No Aprovechable	0
Costo Variable Aprovechable (VRA)	1918.417

Recolección (RAS)

Powered by CamScanner

Fecha: 13/10/29 | No. Historia Clínica: 1628

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: yam garcia | Documento de identidad: 1.088 285.793
Dirección: La Suiza | Teléfono: 3143558635
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Blue | Sexo: M X F ___ | Raza: mestizo | Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 AÑOS | Color: negro | Peso: 2.5 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

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 135 /lpm Temperatura: 37.1 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: _____ Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___ ;
Estuporoso ___ ; Comatoso ___ , Alerta X Otro: _____

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente dentro de los rangos fisiologicos Normales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	DU
meloxican	0.2 mg/kg	inyec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Yelmi Quiñones identificado con numero de cedula N° 1088283793 declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Blue la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Yelmy Quiñones Rios
Propietario/acudiente:
CC: 1088283793

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yelmi Quiñones identificado con cédula de ciudadanía número 1088283793 de Pereira en calidad de tutor de Blue, de especie Mestizo, raza Felino e historia clínica número 1628, 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, Blue 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 13 de octubre del 2024

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

Yelmy Quiñones Rios
Propietario/acudiente
CC 1088283793

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13/10/19

Yo Yelmi Quiñones **Identificado con CC:** 1088283793
con Dirección: Vereda la Julia ; **Tutor de** Blue
Especie Felino **Raza** DPC **Sexo:** Macho **Edad** 2 años
Historia Clínica No: 1628

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Blue

En constancia que Blue 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** David Ramos **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Yelmy Quiñones Rios **Firma** Yamy
CC: 1088283793

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.283.793
QUIÑONES RIOS

YEIMY YULIETH



FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1990
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-NOV-2008 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

0009428409A 1 30439322

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA - FIN

Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial 63

.0000 Distribución: Subsidio: -30.59 Estrato: 2

0 Grupo calidad: 32 Circuito: 0011 NIT: 1

MATRÍCULA → 355024

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024

Facturas Vencidas: 1

Tengo plazo para pagar hasta:

23/SEP/2024

Me quedo sin servicio desde:

24/SEP/2024

Documento adjunto a la factura:

59979614

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8.630
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA:	237,649
TOTAL	$246,279

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

205 194 185 202 190 202

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Días facturados
MAR	217	31
ABR	200	30
MAY	205	31
JUN	194	31
JUL	185	30
AGO	202	31

MAR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024

Valor kWh: 848.2198

Tarifa a partir de: AGO-2024

CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	60	848.2198	50,893		50,893

INFORMACIÓN GENERAL

G Generación	T Transmisión	D Distribución	C Comercialización	A Aseo
311.0303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

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

Int. Mora .50 Vr suspensión Vr reinstalación 46,860 Int. Reinstalación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 55 FIUGJ,n,q 28

DIUu,te 50 FIUu,te 16

VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 247,261 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Reclamo

ENERGÍA 237,649

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	166,981	161,182	328,113
561	Subsidio	-42,248	-43,653	-85,902
134	Compensaciones Res Creg 015	-7,160	0	-7,160
561	Intereses Mes	0	598	598

ESPACIO RESERVADO

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 8,630

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-2

Acuerdo del Concejo Municipal No. 932 del 2000

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 0

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: - Barrido: 2

Frecuencia Corte (Veces/Mes) - Frecuencia Poda (Veces/Año)

Frecuencia Lavado (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 0 Uso Aseo: RESIDENC

Tarifa ultimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TSL:
TRT:
TDF:
TC:
TA:
TTL:
TLU:
% SUB/CON: .00%

Valor Financiado: 0 Unidades Inaprovechables: Cuotas Pendientes:

Periodo Facturado: AGO/2024 Ult. Pago y Fec.: 247,261 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:
Barrido y Limpieza:
Limpieza urbanos:
Rechazados:

Información de Liquidacion

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

GERENTE

Resolución CREG 169 007 de 2024

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

Powered by CamScanner

Fecha: 13/10/24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1041

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yhon richard | Documento de identidad: 10111194
Dirección: La florida | Teléfono: 3206636387
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lauma | Sexo: M x F | Raza: mestizo | Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2 años | Color: negro | Peso: 15

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 20 /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura: 38.7 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2S Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___:
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta ___ Otro: _____

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

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Iron McCord identificado con numero de cedula N° 10111194 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado mono la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC: 10 111194

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Iron McCord Cortés identificado con cédula de ciudadanía número 10111194 de pereira en calidad de tutor de Bruno, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ 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 13 de 10 del 20 24

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

Propietario/acudiente
CC 10 111194

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: pereira **Fecha y Hora:** 13/10/24

Yo jhon richard **Identificado con CC:** 10111194
con Dirección: la florida ; **Tutor de** bruno
Especie canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** ____
Historia Clínica No: ____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 bruno

En constancia que bruno 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** Daniela gutierrez **con matrícula profesional No** 3867 **, 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 Jhon R **Firma**
CC: 10111194

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **10.111.194**



Apellidos
CASTAÑO ARBOLEDA

Nombres
JHON RICHARD

Nacionalidad: **COL**
Estatura: **1.72**
Sexo: **M**
Fecha de nacimiento: **19 ABR 1983**
G.S.: **O-**
Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
27 JUL 1981. PEREIRA

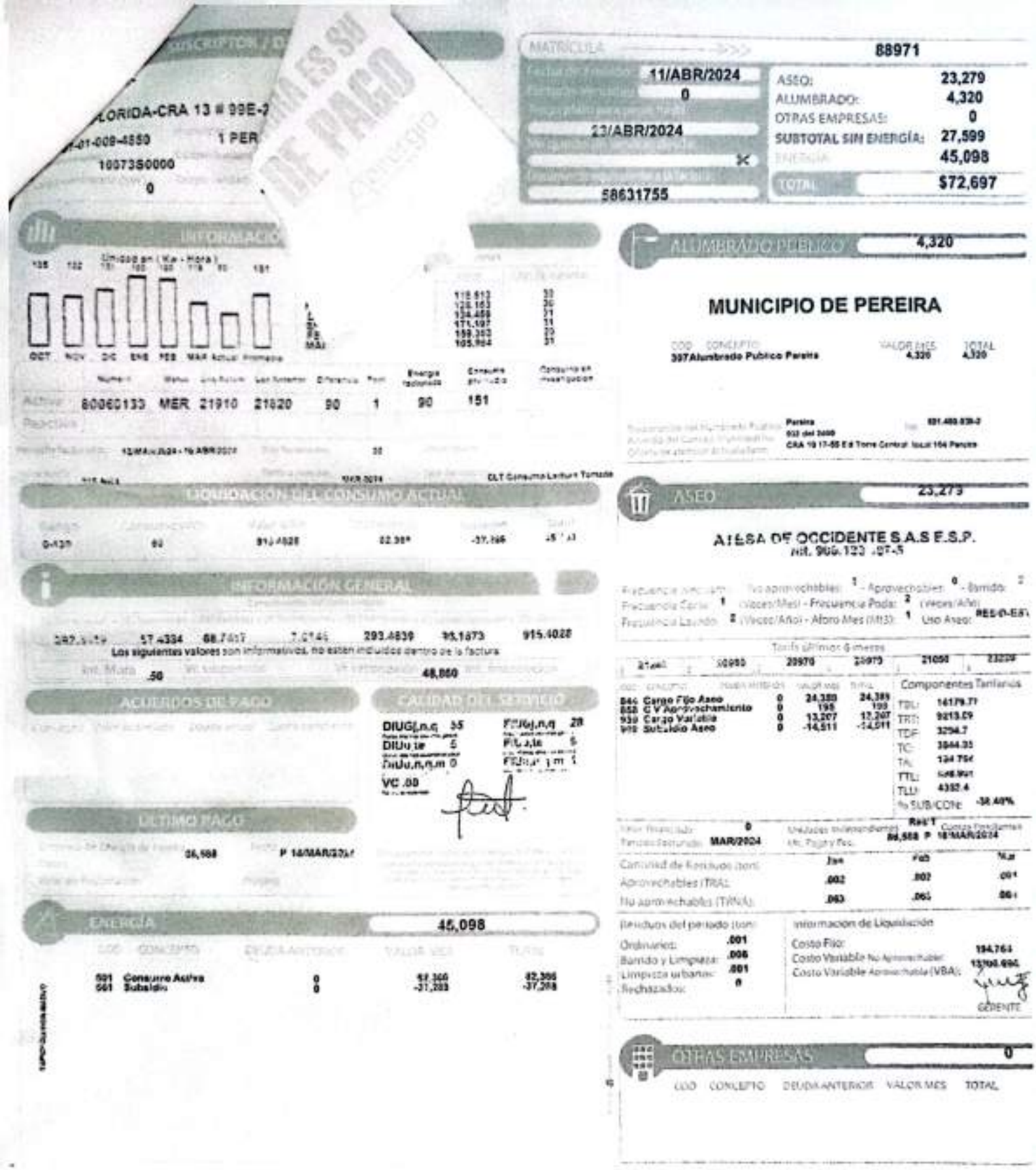
Firma

Fecha de vencimiento
15 FEB 2033

012409293

ICCOL012409293624001<<<<<<<<<<
6304191M3302152COL10111194<<<3
CASTANO<ARBOLEDA<<JHON<RICHARD

Powered by CamScanner



LORIDA-CRA 13 # 99E-2
-01-009-4550 1 PER
1007350000
0

MATRÍCULA 88971
11/ABR/2024
0
23/ABR/2024
58631755

ASEO:	23,279
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,599
ENERGÍA:	45,098
TOTAL	$72,697

INFORMACIÓN

Unidad en (Kw - Hora)

OCT NOV DIC ENE FEB MAR Actual Promedio

Activa	80060133	MER	21910	21820	90	1	90	151

CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

INFORMACIÓN GENERAL

287.3179 57.4334 68.7417 7.0144 293.4839 95.1873 915.4028

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

Int. Mora .50 48,860

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[n.c 35 FIUG[n.n] 28
DIUu te 5 FIU a,te 5
DiUu.n.n.m 0 FIU... 1
VC .00

ULTIMO PAGO

86,588 P 18/MAR/2024

ENERGÍA 45,098

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	57,306	82,306
061	Subsidio	0	-31,208	-37,208

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
337	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Pereira
032 del 2000
CRA 13 17-00 E a Torre Central local 104 Pereira
891.480.030-2

ASEO 23,279

AIESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.123 .07-5

Frecuencia Recolección No aprovechables 1 - 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: RES-01-ESTI

Tarifa últimos 6 meses

21440	20980	20970	20970	21050	23220

COD	CONCEPTO	HORAS INTERES	VALOR MES	TOTAL
846	Cargo Fijo Aseo	0	24,388	24,388
858	C V Aprovechamiento	0	198	198
939	Cargo Variable	0	13,207	13,207
919	Subsidio Aseo	0	-14,511	-14,511

Componentes Tarifarios

TBU:	14179.77
TRT:	9213.09
TDF:	3294.7
TC:	3844.33
TA:	134.756
TTU:	4357.4
TLU:	
% SUBSIDIO:	-38.48%

Periodo Facturado 0 Unidades Independientes Res 1
Periodo Facturado MAR/2024 Int. Pago y Rec 86,588 P 18/MAR/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Feb	Mar
Aprovechables (TRA):	.002	.002	.001
No aprovechables (TRNA):	.063	.065	.061

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

Información de Liquidación
Costo Fijo: 194,764
Costo Variable No Aprovechable: 13708.696
Costo Variable Aprovechable (VBA):

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10/24 | ALCALDÍA PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1644

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alexandra Orozco Garcia Documento de identidad: 24.337.519
Dirección: mz 24 cs 83 Villa santana Teléfono: 3023695756
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bruno Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 14 medio Años Color: negro Peso: 12 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38.2 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 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	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente alerta al medio, con constantes fisiologicas dentro del rango

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
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyec	SC	D.U
meloxican	0,2 mg/kg	Inyec	SC	D.U

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Alexandra Orozco identificado con numero de cedula N° 24337519 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Bruno la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración asi lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC: 24.337.519

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Alexandra Orozco identificado con cédula de ciudadania número 24337519. de Chinchina en calidad de tutor de Bruno, de especie canina, raza mestizo e historia clínica número 1644, 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, Bruno 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 13 de octubio del 20 24

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

Propietario/acudiente
CC 24.337.519

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo Alexandra Orozco **Identificado con CC:** 24337519
con Dirección: Via la florida V.las mangas finca Villa E.; **Tutor de** Bruno
Especie Canino **Raza** MESTIZO **Sexo:** macho **Edad** 4 medio años
Historia Clínica No: 1644

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Bruno

En constancia que Bruno 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Alexandra Orozco **Firma**
CC: 24337519

Powered by CamScanner

IZQUIERDO ELIZABETH
URB MZ 24 CS 83 (64) VILLA SANTANA MONSERR

2074449

MUNICIPIO DE PEREIRA

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **24.337.519**



Apellidos
OROZCO GARCIA

Nombres
ALEXANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento
08 FEB 1985

G.S
O+

Lugar de nacimiento
CHINCHINA (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
08 ABR 2003, MANIZALES

Firma

Fecha de expiración
18 ENE 2034

CC

039086396

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL039086396209001<<<<<<<<<<<
8502083F3401181COL24337519<<<0
OROZCO<GARCIA<<ALEXANDRA<<<<<<
```

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clínica: 1636

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Johana Betancurt Documento de identidad: 1.088.253.295
Dirección: C1144A Plan de vivienda el P Teléfono: 3017192083
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Buenas Sexo: M X F Raza: mestizos Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 Años Color: cafe Peso: 8 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.2 0 C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente alerta al medio, con constantes fisiologicas normales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	Iny ec	SC	D.U
meloxican	0.2mg/kg	Iny ec	SC	D. U

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Johana betancurt identificado con numero de cedula N° 1088255295 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Buena> la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Johana betancurt
Propietario/acudiente:
CC: 1088253295

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Johana betancurt identificado con cédula de ciudadanía número 1088253295 de Pereira en calidad de tutor de Buenas, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1636, 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, Buenas 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, cirugía.

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 13 de octubre del 2024.

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

Johana betancurt
Propietario/acudiente
CC/1088253295

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo Jhoana Betancour. **Identificado con CC:** 1088253295
con Dirección: vereda el porvenir la florida ; **Tutor de** Buenas.
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 1 y medio año.
Historia Clínica No: 1656

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Buenas

En constancia que Buenas 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Johana Betancur **Firma** Johana Betancur
CC: 1088253295

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.253.295

BETANCUR NIETO

APELLIDOS

JOHANA

NOMBRES

Johana Betancur Nieto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1987

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-SEP-2005 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00411429-F-1088253295-20121113 0031631758A 1 4562076535

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

EL ARCANGEL SOTO AGUDELO
L 44 A ESTE # 12- 32- PLAN DE VIVIENDA EL P

01-01-013-0525 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Estrato: 63
Transformador: 10068W0000 Contribución: Subsidio: -51.67 Estrato: 1
Carga convenida (kW): 3 Grupo calidad: 32 Circuito: 0014 NT: 1

MATRÍCULA 1729896

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta:
23/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a factura:
59976212

ASEO:	10,931
ALUMBRADO:	2,970
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,201
ENERGÍA:	26,236
TOTAL	$54,437

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	Kwh	Valor	Días facturados
MAR	61	54,312	31
ABR	63	57,670	30
MAY	66	60,842	31
JUN	62	58,643	31
JUL	67	55,778	30
AGO	66	58,875	31

	Numero	Marca	Lec.Actual	Lec.Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677008284	CHI	16132	16068	64	1	64	65	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kwh: 848.2198 Tarifa Mes/año: AGO-2024 Tarifa aplicada: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo (kWh)	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	64	848.2198	54.286	-28.050	26.236

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario:
(G: Generación + G Pérdidas + PR Pérdidas + T: Restricciones + D: Distribución + C: Comercialización + CV: Otros)

G	G Pérdidas	PR Pérdidas	T	D	C	CV
311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5491	96.2119	848.2198

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 55 FIUG[,n,q 28
DIUu,te 0 FIUu,te 2
DIUc,n,q,m 0 FIUc,n,q,m 0
VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira $6,574 Fecha P 29/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Previos

ENERGÍA 26,236

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	54,286	54,286
561	Subsidio	0	-28,050	-28,050

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 2,970

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		2,970	2,970

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
914	Asistencia Aalu	0	14,300	14,300

ASEO 10,931

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Ramdic: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Ahorro Mes (M3): 1 Uso Asea: RESID-EST

Tarifa aplicada a marzo

11699	11696	11699	11730	11730	11400

COD	CONCEPTO	RECONEXIÓN	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
999	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.05
TNT:	7962.48
TCP:	2848.67
TTC:	1024.74
TA:	185.747
TTL:	632.093
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Vr. Pago y Fec 56,574 P 29/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA):	11443.824

Resolución CREG 103 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800304634 -1

Powered by CamScanner

Fecha: 13/10/24 No. Historia Clínica: 7643

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: jhon richard Documento de Identidad: 10111194
Dirección: la florida Teléfono:
Correo Electrónico:

Nombre: kiara Sexo: M F x Raza: mestiza Especie: canina
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: negro Peso:

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/A
Vacunas: (Fecha/Marca/Lote): N/A
Enfermedades Anteriores:
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero x Esterilizado
Ultimo Celo: Fecha último Parto:

esterilizacion

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 83 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: Tiempo Llenado Capilar: 2 s Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico
Estuporoso Comatoso Alerta Otro:

Organos y Sistemas	N/A/AN/NE	Organos y Sistemas	N/A/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N		N
2. Estado de Hidratación	N		N
3. Sistema Tegumentario	N		N
4. Oído	N	10. Sistema Musculoesquelético	N
5. Ojos	N	11. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. Gastrointestinal	N

N: Normal AN: anormal, NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: paciente con constantes fisiologicas dentro del rango normal

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

Coprológica:
Endoscopia:
ECG:
EEG:
Parcial de Orina:

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	15mg	inyectable	sc	D.U
amoxicilina	0.2mg	inyectable	sc	D.U

Médico Veterinario.

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo jhon richard identificado con numero de cedula N° 10111194 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado kiara la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Aebh

Propietario/acudiente:
CC: 10111194

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jhon Richard identificado con cédula de ciudadania número 10111194 de Pereira en calidad de tutor de kiara, de especie canina, raza mestizo e historia clinica número 1693, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de Octubre del 2024

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

Aebh

Propietario/acudiente
CC 10111194

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: pereira **Fecha y Hora:** 13/10/24

Yo Jhon Nicolas **Identificado con CC:** 1027111794
con Dirección: la florida ; **Tutor de** tina
Especie canina **Raza** mestiza **Sexo:** hembra **Edad** 4 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 tina

En constancia que tina 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** David gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Jhon **Firma** _____
CC: 1027111794

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **10.111.194**



CASTAÑO ARBOLEDA

JHON RICHARD

COL | 1.72 | M

19 ABR 1963 | O-

PEREIRA (RISARALDA)

27 JUL 1981 PEREIRA

16 FEB 2033

0124092936



ICCOL0124092936240011<<<<<<<<<<<
6304191M3302152COL10111194<<<3
CASTANO<ARBOLEDA<<JHON<RICHARD

Powered by CamScanner

ASOCIACION DE USUARIOS ACUEDUCTO LA FLORIDA

Carrera 13 No 99E - 55 La Florida (Pereira)

Nit. 816.001.188-0 Tel. 3144178 Correo: acueductolaflorida@yahoo.es

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

VIGILADO SUPERSERVICIOS

CÃ³digo suscriptor: 171 Edad: 1	Factura de venta NÂº: 49898
Nombre: NOHELIA HENAO	PerÃ-odo facturado: 01/ago./2024-31/ago./2024
DirecciÃ³n: CR 13 # 99 E - 28	Pago oportuno: 16/sep./2024
Clase de Uso: RESIDENCIAL Estrato: 2	TOTAL A PAGAR: $23,700
	SuspensiÃ³n a partir de:

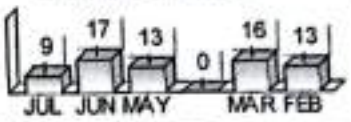
MEDIDOR: 0-533707

LECTURA ACTUAL	1806
LECTURA ANTER	1795
CONSUMO (M3)	11
PROMEDIO	11

RANGO CONSUMO	VR M3 ACUE	VR M3 ALCA
1 a 13	$770	$310

Metros cÃºbicos

Consumos anteriores



DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

CONCEPTO	VR. FACTURADO	VR. DIFERIDO	No CUOTAS PENDIENTES	TOTAL SERVICIO
ACUEDUCTO				14,374
Cargo fijo	14,800			
Consumo	8,470			
Subsidio rural	-8,891			
Ajuste por redondeo	-5			
ALCANTARILLADO				9,326
Cargo fijo	5,920			
Vertimiento	3,440			
Ajuste por redondeo				

03 SEP 2024

Factura con descuento por subsidio del Ministerio de Vivienda, otorgado en la Resolucion 1275 del 22 de diciembre de 2023, en cumplimiento del Decreto 1697 del 15 de Octubre de 2023

SALDO ANTERIOR	TOTAL CARGOS MES	ANTICIPOS	SALDO ACTUAL	TOTAL A PAGAR
$0	$23,700		$23,700	$23,700

Beatriz Valencia

Beatriz Valencia
Representante legal

Powered by CamScanner

Fecha: 18/10/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA | No. Historia Clínica: 1646

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria comudo Documento de identidad: 42 067731
Dirección: Barton Teléfono:
Correo Electrónico: NN

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M F x Raza: mestiza Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 4 Color: blanco Peso: 6

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 26 /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura: 39 0C
Pulso: ___ Tiempo Llenado Capilar: 2s Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___
Estuporoso ___ ; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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:____
Biopsiá:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
amoxicilina	15mg/kg	inyectable	S.C	D.V
meloxicam	0.2mg/kg		S.C	D.V

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Maria Consuelo Jurado identificado con numero de cedula N° 42067731. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Luna la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de Octubre del 20 24

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

No firma

Propietario/acudiente:
CC: 42067731

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Maria Consuelo Jurado identificado con cédula de ciudadanía número 42067731. de Pereira en calidad de tutor de Luna, de especie canino, raza mestiza e historia clínica número 4546, 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 13 de Octubre del 20 24

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

Maria Consuelo Jurado
Propietario/acudiente
cc42067731.

. Esperanza Reina

Nota: No sabe firmar manifesto estar de acuerdo

firma su acompañante.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo Maria Consuelo Jurado **Identificado con CC:** 42 067 731
con Dirección: Barrio **; Tutor de** Luna
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 3 meses.
Historia Clínica No: 1646

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA x en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Luna

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** Daniela Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Maria Consuelo Jurado **Firma** NO firma
CC: 42067731

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.067.731

JURADO De JURADO

APELLIDOS

MARIA CONSUELO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1956

EL CAIRO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F

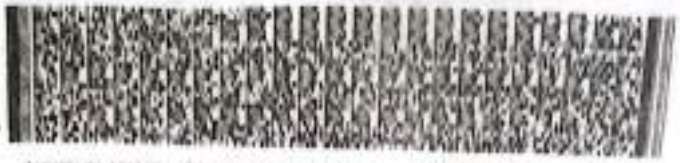
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00058501-F-0042067731-20080804 - 0025M 1 4950005379

Powered by CamScanner

SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGIA ELECTRICA

DATOS TECNICOS

...cROS
...A (BOSTON)
...c00 ... 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 63
1007350000 ... -39.86 Estrato: 2
... 0 ... 32 Circuito: 0014 NIT: 1

MATRICULA >>> 1280692

Fecha de Expedición: 16/AGO/2024
Fecha de Vencimiento: 0
Fecha límite para pagar sin intereses: 27/AGO/2024
Fecha límite para pago oportuno: ✂
Documento de referencia: 59750732

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	42,225
ENERGÍA:	38,354
TOTAL	$80,579

INFORMACIÓN DE CONSUMO

77 77 77 72 75 75 75 75 Unidad en [Kw - Hora]



Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días
FEB	77	68.198	29
MAR	77	68.558	31
ABR	80	73.232	30
MAY	72	66.373	31
JUN	78	70.214	31
JUL	75	68.275	30

	Numero	Marca	Lec.Actual	Lec.Anterior	Diferencia	Fact.	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11124145	MER	15438	15363	75	1	75	75	
Reactiva									

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

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	75	836.3899	62,729	-24,375	38,354

INFORMACIÓN GENERAL

306.9361	68.9324	55.8662	27.0710	295.0650	85.5192	836.3899

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

Inf. Mora: 90 Vr. suspensión: Vr. reconexión: 48,860 Vlr. Transferencia:

ACUERDOS DE PAGO

Cuenta Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	28
DIUu,te	6	FIUu,te	7
DIUu,n,q,m	0	FIUu,n,q,m	1
VC .00			

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira: 77,670 Fecha: P 16/JUL/2024
Otros:
Valor en Reclamación: Proceso:

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

ENERGÍA 38,354

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	62,729	62,729
561	Subsidio	0	-24,375	-24,375

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

307	Alumbrado Publico Pereira		4.320	4.320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2006
Oficina de atención al usuario: CRA 10 17-05 E d Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

914	Asistencia Asia	0	14.300	14.300

ASEO 23,605

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

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

Tarifa últimos 6 meses

21050	23260	23280	23291	23315	23370

844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	-24,511	
858	C V Aprovechamiento	0	195	13,659	
928	Cargo Variable	0	13,614		
999	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715	

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.91
TDF:	3372.04
TC:	3967.93
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Res.1 Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: JUL/2024 Ult. Pago y fec.: 77,670 P 16/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	May	Jun	Jul
Aprovechables (TFA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TTNA):	.069	.069	.069

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13614.104

DERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA Nit. 816.002.019-9

VALOR A PAGAR:
Pago SIN Descuento
$61,959

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clínica: 1624

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: EDDIE GUIÑOMEZ Documento de identidad: 16259924
Dirección: CASET COMUNAL LA SUIZA Teléfono: 3143558535
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MAX Sexo: M X F ___ Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 1 AÑO Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 38,2 °C
Pulso: F/N 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	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 EN CONDICIONES NORMALES SIN ALTERACIONES FISIOLOGICAS

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15mg/1kg	inyec	SC	DU
meloxican	0.2mg/1kg	inyec	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo EDDI GUIÑONEZ identificado con numero de cedula N° 16259924 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado max la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración asi lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente:
CC: 16259924

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo EDDI GUIÑONEZ identificado con cédula de ciudadanía número 16.259.924 de palmira en calidad de tutor de max, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1624, 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 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC 16259924.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13-10-2024

Yo Edder Quintero **Identificado con CC:** 16259924
con Dirección: Vereda la Suiza **; Tutor de** max
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

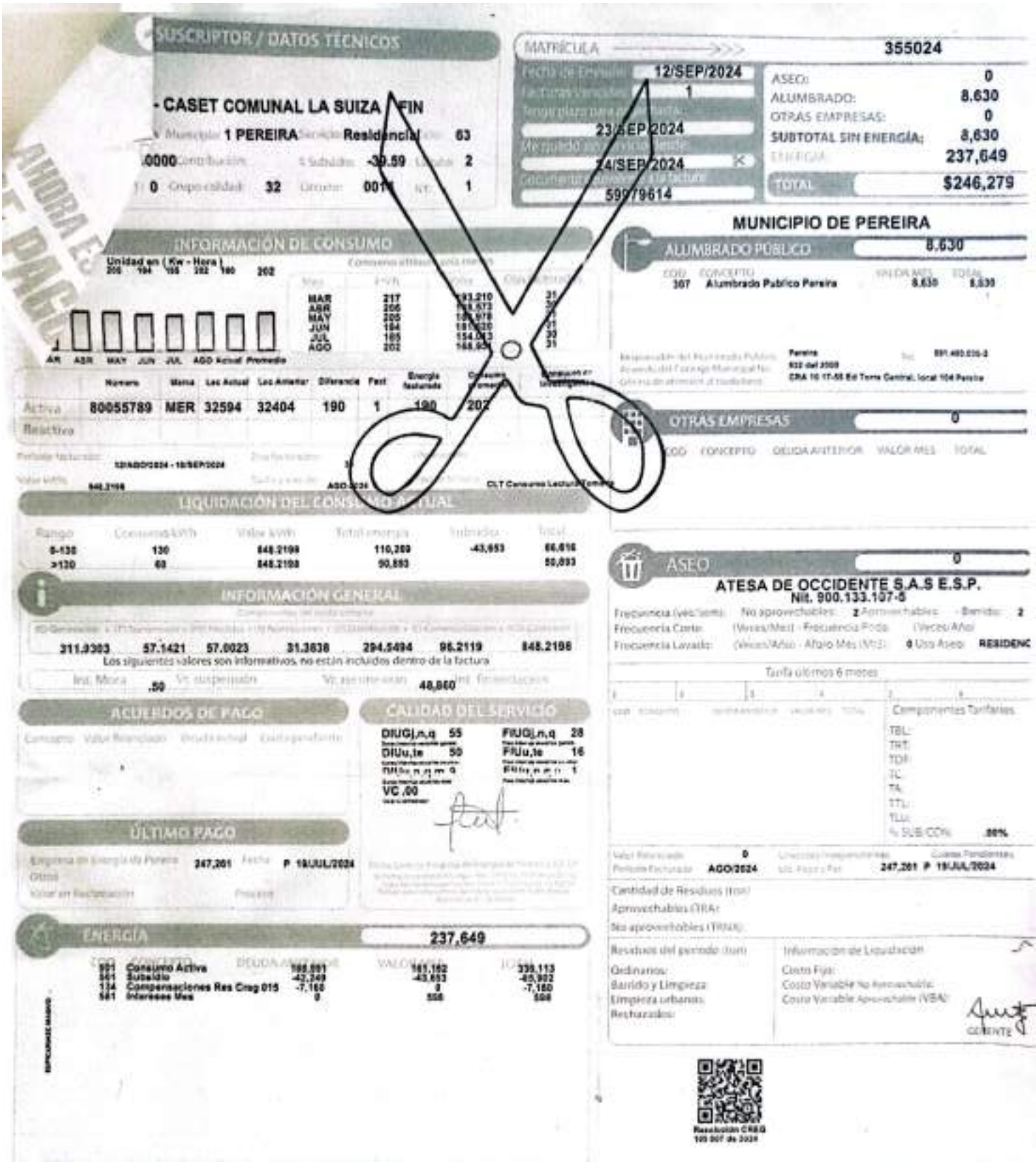
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para max

En constancia que max 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** Dania Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Eddie Quintero S **Firma**
CC: 16259924.

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA FIN

1 PEREIRA Residencial 63

.0000 $ Subsidio -39.59 2

0 Grupo calidad 32 0011 1

MATRÍCULA 355024

Fecha de Emisión 12/SEP/2024

Facturas vencidas 1

Tenga plaza para el pago hasta: 23/SEP/2024

Mergullo a partir de la fecha siguiente 24/SEP/2024

59079614

ASEO: 0

ALUMBRADO: 8.630

OTRAS EMPRESAS: 0

SUBTOTAL SIN ENERGÍA: 8,630

ENERGÍA 237,649

TOTAL $246,279

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

206 194 155 202 180 202

AR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

Mes	kWh	Valor	Días
MAR	217	183,210	31
ABR	206	168,573	30
MAY	205	180,978	31
JUN	194	181,620	31
JUL	165	154,063	30
AGO	202	168,654	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202
Reactiva								

Periodo facturado: 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024

Valor kWh: 848.2198

ALUMBRADO PÚBLICO 8.630

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	8.630	8.630

Prestador del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-3

Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2008

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	60	848.2198	90,893		50,893

ASEO 0

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (veces/semana): No aprovechables: 2 Aprovechables - Barrido: 2

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

Frecuencia Lavado: (Veces/Año - Altura Mts (Mts)) 0 Uso Aseo: RESIDENC

INFORMACIÓN GENERAL

311.9303	57.1421	57.0023	31.3638	294.5494	96.2119	848.2198

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

Int. Mora .50 Vr. suspensión 48,860

Tarifa últimos 6 meses

Componentes Tarifarios

TBL:

TRT:

TDF:

TC:

TA:

TTL:

TLL:

% SUBCON: .00%

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota periódica

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 55 FIUGJ,n,q 28

DIUu,te 50 FIUu,te 16

VC ,00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 247,201 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en facturación Pesos

Valor Reliquidado 0 Cuotas Pendientes

Periodo Facturado AGO/2024 Vlr. Pagos Per 247,201 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (ORA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:

Barrido y Limpieza

Limpieza urbanos

Rechazados:

Información de Liquidación

Costo Fijo:

Costo Variable No Aprovechable:

Costo Variable Aprovechable (VBA):

GERENTE

ENERGÍA 237,649

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	168,691	161,162	329,113
041	Subsidio	-43,249	-43,653	-85,902
134	Compensaciones Res Creg 015	-7,160	0	-7,160
581	Intereses Mes	0	598	598

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner



EPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.259.924

QUIÑONES SUAREZ
APELLIDOS

EDDIE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1959
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-AGO-1977 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2400100-54136061-M-0016259924-20051115 05677 0531 02 18365813

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clinica: 1634

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Katherine Valtevos Documento de identidad: 1.088.032.939
Dirección: La Florida Morena C3 #Florida Teléfono: 3206052204
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mia Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 4 AÑOS Color: Negro Peso: 3.5kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 42 /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 39,1 0C
Pulso: FIN Tiempo Llenado Capilar: 2seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	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, con rangos fisiologicos normales

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	Via	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny ec	SC	D.U
meloxicam	0.2 mg/kg	iny ec	SC	D.U

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Katerine walteros identificado con numero de cedula N° 1088032939 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado mia la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración asi lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Katerine Walteros

Propietario/acudiente:
cc: 1088032939

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Katerine walteros identificado con cédula de ciudadanía número 1088032939 de Pereira en calidad de tutor de mia, de especie mestizo, raza felino e historia clinica número 1634, 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, mia 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 13 de octubre del 20____

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

Katerine Walteros

Propietario/acudiente
cc 1088032939.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre 2024

Yo katherine cualteros **Identificado con CC:** 1.088.032.939
con Dirección: La Florida Mcarena C.3 **; Tutor de** mia
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 4 Años
Historia Clínica No: 1634

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
mia

En constancia que mia 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR katerine walteros **Firma** katerine walteros.
CC: 1088032939

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.032.939**

WALTEROS CHACON

APELLIDOS

KATHERINE

NOMBRES

Katerine Walteros

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1997**

PEREIRA
(RISARALDA)

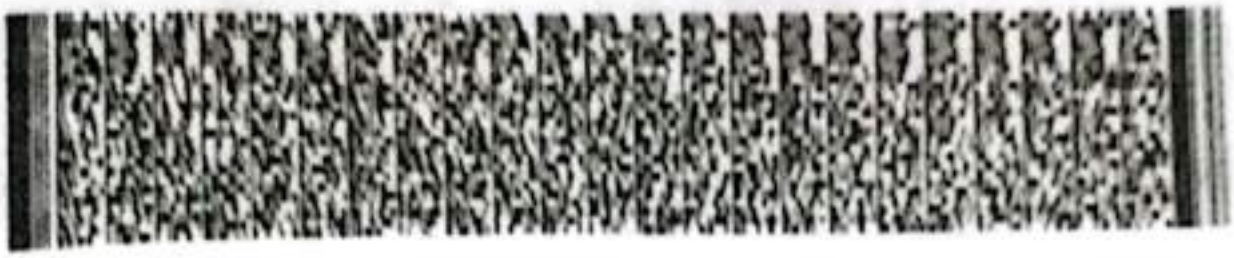
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-ENE-2016 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



0-99610-F-1088032939-20160310 0048899466A 2 42805201

Powered by CamScanner

EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

FLORIDA- F LA MCRENA C 3 FLORDA LA

1-026-1600 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 63

10080U0000 Consumo -38.86 Estrato 2

Contribución 0 Cruce calidad 32 Circuito 0014 NIT 1

MATRÍCULA 101832

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024

Facturas Vencidas: 0

Tiempo límite para pago en Nesta: 27/AGO/2024

Documento equivalente a la factura: 59751472

ASEO:	23,019
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,339
ENERGÍA:	45,002
TOTAL	$72,341

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	72	63,741	29
MAR	81	72,120	31
ABR	79	72,317	30
MAY	82	75,591	31
JUN	85	79,576	31
JUL	76	63,270	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677099504	CHI	14382	14294	88	1	88	79	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/JUL/2024 - 11/AGO/2024 Días facturados: 31

Valor kWh: 836.3899 Tarifa a regir de: JUL-2024 Observaciones: DLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	88	836.3899	73.602	-28.600	45.002

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

G (Generación)	+ (T) Transmisión	+ (D) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (C) Distribución	+ (Cv) Comercialización	+ (Cm) Comercio
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión Int. financiación 65,669

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota mensual

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28

DIUu,te 12 FIUu,te 9

VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 137,779 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 45,002

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	73.602	73.602
641	Subsidio	0	-28.600	-28.600

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-9

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,019

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (veces/sem): No aprovechables 2 Barrido 2

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

Frecuencia Lavada: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (m³): 1 Uso Asoc: RESID-ES

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
21250	23410	23410	23410	23500	23500

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24.511	24.511
658	C V Aprovechamiento	0	195	12.[illegible]
938	Cargo Variable	0	12.662	
999	Subsidio Aseo	0	-14.349	-14.349

Componentes Tarifarios

TBL:	18179.77
TRT:	8568.73
TDF:	5378.04
TC:	3967.99
TA:	194.764
TTL:	72'.256
TUA:	4362.97
% SUBCONT:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Inconformidades Cuotas Pendientes

Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. Ras.¹ 137,779 P 19/JUL/2024

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

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:

Barrido y Limpieza: .001

Limpieza urbanos: .026

Rechazados: .021

0

Información de Liquidación

Costo Fijo:

Costo Variable No Aprovechable:

Costo Variable Aprovechable (VBA): 194.764

12662.023

Resolución CREG 108 007 de 2024

energía DE PEREIRA

Nit. 816.002.019-6

www.delcom.co

Matrícula 101832

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $68,021

Pago total factura $72,341

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 1627

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jhonatan Andres Quiñones Documento de identidad: 1.088.309.800
Dirección: coset comunal la suiza Teléfono: 3145558535
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mia Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 13 meses Color: Gris Peso: 3 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 45 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: _____ 0C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: NIR
Mucosas: Rosados Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	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 condiciones normales con alteraciones fisiologicas dentro del rango

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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	DU
meloxican	0.2 mg/kg	inyec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jhonatan Quiñones identificado con numero de cedula N° 1088309800 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado mia la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Jhonatan Quiñones
Propietario/acudiente:
CC: 1088309800

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jhonatan Quiñonez identificado con cédula de ciudadania número 1.088.309.800 de Pereira en calidad de tutor de mia, de especie mestizo, raza felino e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, mia 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 13 de octubre del 2024

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

Jhonatan Quiñones
Propietario/acudiente
CC 1088309800

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13/10/24

Yo Jhonatan Quintero **Identificado con CC:** 1088309800
con Dirección: _____ **; Tutor de** MIA
Especie felino **Raza** DSC **Sexo:** Hembra **Edad** 13 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 MIA

En constancia que MIA 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607**, 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 Jhonatan Andres Quintero Rios **Firma** Jhonatan Quintero
CC: 1088309800

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1993**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUL-2011 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00317442-M-1088309800-20110729 **0027**599466A 1 36331910

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.309.800**

QUIÑONES RIOS

APELLIDOS

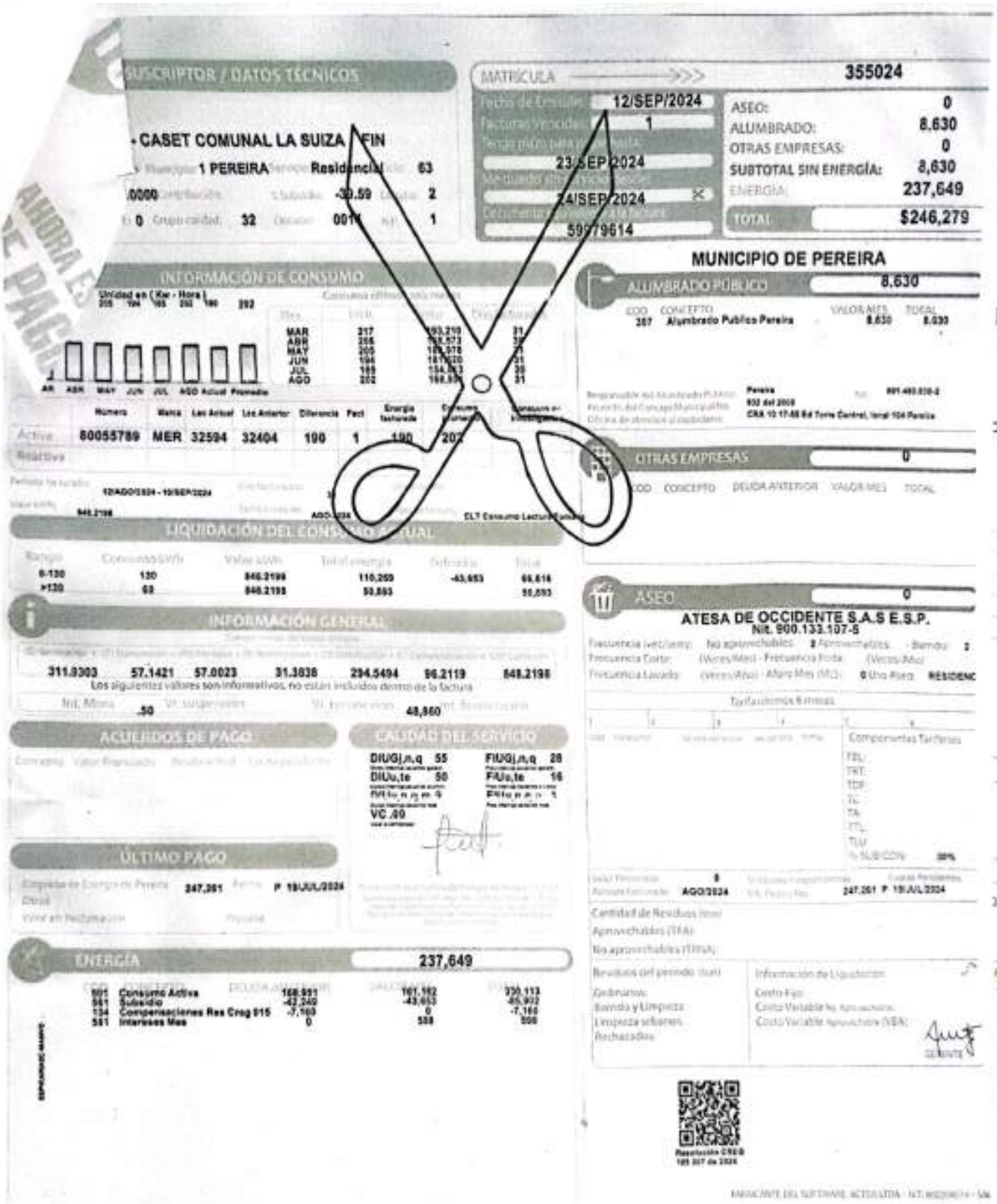
JHONATAN ANDRES

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

- CASET COMUNAL LA SUIZA FIN

1 PEREIRA Residencial 63

.0000 -30.59 2

0 32 0011 1

MATRÍCULA 355024

Fecha de Emisión 12/SEP/2024

1

23/SEP/2024

24/SEP/2024

59779614

ASEO: 0

ALUMBRADO: 8.630

OTRAS EMPRESAS: 0

SUBTOTAL SIN ENERGÍA: 8,630

ENERGÍA: 237,649

TOTAL $246,279

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

215 194 165 202 180 202

AR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

Mes	Días	Consumo	Promedio Diario
MAR	217	193.210	31
ABR	206	168.573	30
MAY	205	185.978	31
JUN	194	181.020	31
JUL	185	154.063	30
AGO	202	166.936	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en kilovatios
Activa	80055789	MER	32594	32404	190	1	190	202	
Reactiva									

Periodo facturado 12/AGO/2024 - 10/SEP/2024

Valor kWh 846.2198

AGO-2024 CL1 Consumo Lectura Promedio

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kW/h	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	846.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	63	846.2198	53,893		53,893

INFORMACIÓN GENERAL

311.0303 57.1421 57.0023 31.3838 294.5494 96.2119 846.2198

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

Int. Mora .50 48,860

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor Financiado Saldo actual Cuotas pactadas

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28

DIUu,te 50 FIUu,te 16

VC .80

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 247,261 Fecha P 19/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Reclamo

ENERGÍA 237,649

Cód	Concepto	Cargo	Consumo	Total
501	Consumo Activa	168,951	161,162	330,113
561	Subsidio	-42,240	-43,653	-85,893
134	Compensaciones Res Crog 015	-7,160	0	-7,160
561	Intereses Mes	0	588	588

Subsidios y Contribuciones

ALUMBRADO PÚBLICO 8.630

Cód	Concepto	Valor Mes	Total
207	Alumbrado Publico Pereira	8.630	8.630

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-8

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2003

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-48 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

Cód	Concepto	Deuda Anterior	Valor Mes	Total

ASEO 0

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

Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (veces/semana): No aprovechables: 2 Aprovechables: Barrido: 2

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

Frecuencia Lavado: (veces/Año) - Año/s Mes (M2): 0 Uno Alea: RESIDENC

Tarifa última 6 meses

1	2	3	4	5	6

Componentes Tarifarios

FBL:

TRT:

TDF:

TC:

TA:

FTL:

TUU:

% SUBSIDIO: 50%

Saldo Financiado: 0 Cuotas Pendientes: Cuotas Pendientes:

Periodo Facturado: AGO/2024 Vlr. Pago Mes: 247,261 P 19/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton):

Aprovechables (TFA):

No aprovechables (TFNA):

Residuos del periodo (ton):

Ordinarios:

Barrido y Limpieza:

Limpieza urbanas:

Rechazados:

Información de Liquidación:

Costo Fijo:

Costo Variable No. Aprovechable:

Costo Variable Aprovechable (VBA):

Resolución CREG 105 007 de 2020

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTUALTIDA - NIT: 900.204.174 - VA

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1690

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Katherine Daniela Morales Documento de identidad: 1089933877
Dirección: vereda la bananera via la florida Teléfono: 3044187411
Correo Electrónico: katerine.daniela@utp.edu.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Milo Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 meses aproximados Color: Amarillo Peso: 10 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 125 /lpm Temperatura: 38.7 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: Docente con constantes fisiologicas Normales

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 kg/mg	Inyec	SC	DIU
meloxicam	0.2 kg/mg	Inyec	SC	DIU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Katerine Morales identificado con numero de cedula N° 1089933877 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Milu la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Katerine Dávila M.
Propietario/acudiente:
CC: 1089933877

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo katerine morales identificado con cédula de ciudadanía número 1089933877 de Pereira en calidad de tutor de Milu, de especie mestizo, raza canino e historia clínica número 1690, 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, Milu 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 13 de octubre del 2024

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

Katerine Dávila M.
Propietario/acudiente
CC 1089933877.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo Kaleine Daiula Morales **Identificado con CC:** 1089933877.
con Dirección: Vereda la bandera vista florida **; Tutor de** Milú
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Milu

En constancia que Milu 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Kaleine Daiula M. **Firma** Kaleine Daiula M.
CC: 1089933817

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.933.877



Apellidos
DAVILA MORALES

Nombres
KATERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 JUL 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
04 JUL 2024, PEREIRA

Fecha de expiración
05 JUL 2034

Firma
Katerine Dávila M.

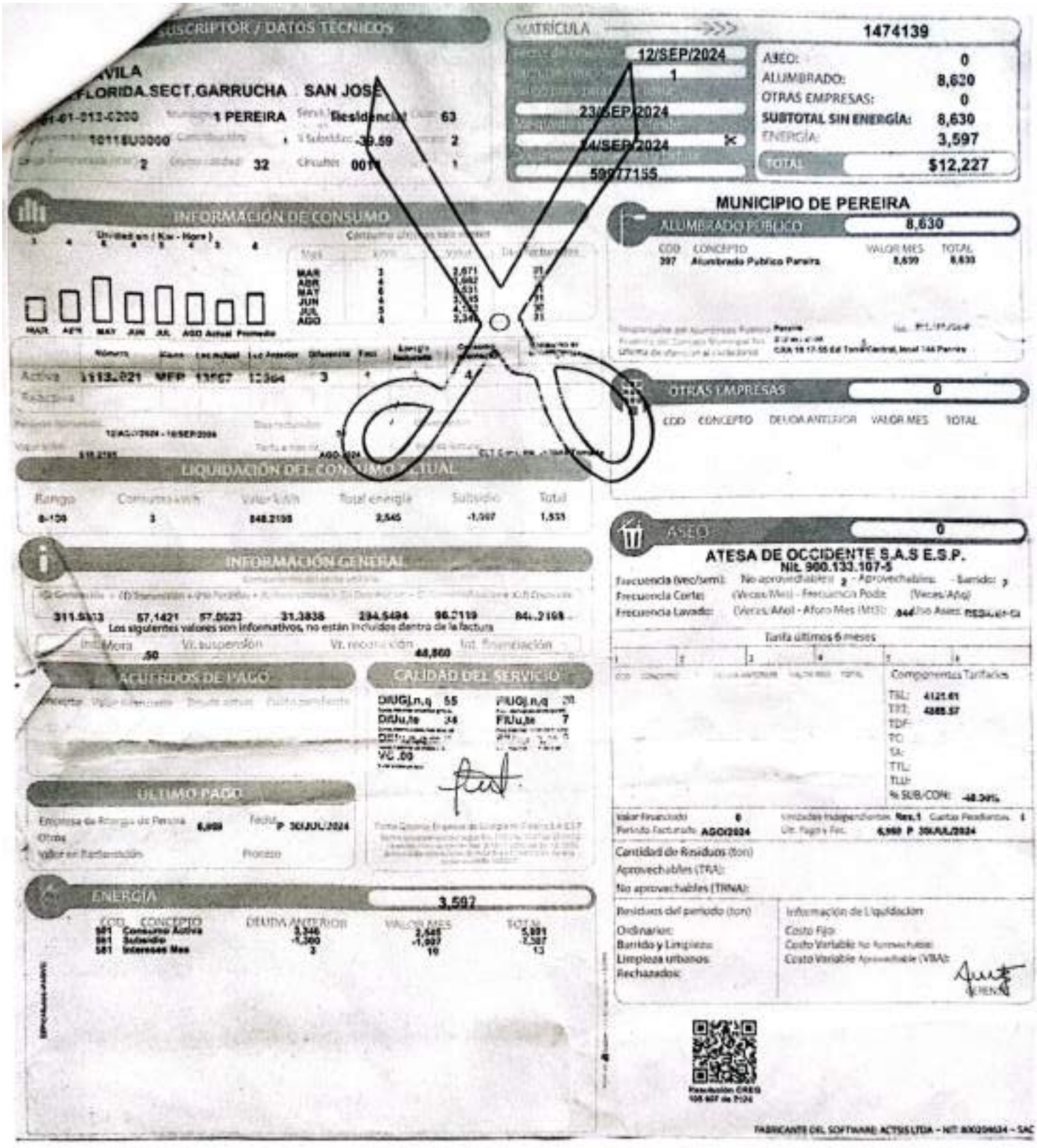
.00

0497613 00

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0497613000240011<<<<<<<<<<<
0607030F3407057COL1089933877<8
DAVILA<MORALES<<KATERINE<<<<<<

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

AVILA
FLORIDA SECT. GARRUCHA SAN JOSE

1 PEREIRA Residencial 63

1011SU3000 2

2 32 0011 1

MATRÍCULA 1474139

12/SEP/2024
1
23/SEP/2024
14/SEP/2024
59977155

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8,620
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA:	3,597
TOTAL	$12,227

INFORMACIÓN DE CONSUMO

MAR 3
ABR 4
MAY 6
JUN 4
JUL 3
AGO 4

Activa 1113.021 WFP 13567 12364 3

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PUBLICO 8,630

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 144 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor $/kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	3	848.2108	2,545	-1,007	1,533

ASEO 0

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 3 - Aprovechables: - Barrido: 3
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 844 Dto Aseo: RESIDENCIAL

INFORMACIÓN GENERAL

311.5513 57.1421 57.0522 31.3838 294.5494 96.2119 84.2168

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

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

Tarifa últimos 6 meses

	1	2	3	4	5	6
COD CONCEPTO						
Componentes Tarifarios						
TSL:	4121.61					
TFI:	4885.57					
TDF:						
TC:						
TA:						
TTL:						
TLU:						
% SUB/CON:	-48.34%					

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[n,q 55 FIUG[n,q 20
DIUu,te 34 FIUu,te 7
VC .00

ULTIMO PAGO

Empresa de Energia de Pereira 6,969 Fecha P 30/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

Valor financiado 0 Unidades Independientes Res.1 Cuentas Flexibles 1
Periodo Facturado AGO2024 Ult. Pago y Fec. 6,969 P 30/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TPA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios:
Barrido y Limpieza:
Limpieza urbanos:
Rechazados:

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

ENERGÍA 3,597

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	3,346	2,545	5,891
501	Subsidio	-1,340	-1,007	-2,347
501	Intereses Mes	3	10	13

Resolución CREG 108 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 830026634 - SAC

Powered by CamScanner

Fecha: 13- 10-24 | No. Historia Clínica: 1690

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Katherine Davila Morales Documento de identidad: 1089933877
Dirección: Vereda la bandera via la florida Teléfono: 3044187411
Correo Electrónico: katerine.davila@utp.edu.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Milo Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 meses aproximadam.. Color: Amarillo Peso: 10 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 38 /rpm F. Cardiaca: 125 /lpm Temperatura: 38.7 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: Docente con constantes fisiologicas Normales

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
Amoxicilina	15 kg/mg	Inyec	SC	DU
meloxicam	0.2 kg/mg	Inyec	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Katerine Morales identificado con numero de cedula N° 1089933877 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Milu la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Katerine Dávila M.
Propietario/acudiente:
CC: 1089933877

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo katerine morales identificado con cédula de ciudadania número 1089933877 de Pereira en calidad de tutor de Milu, de especie mestizo, raza canino e historia clinica número 1640, 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, Milu 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 13 de octubre del 2024

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

Katerine Dávila M.
Propietario/acudiente
CC 1089933877.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024.

Yo Katerine Daula Morales **Identificado con CC:** 1089933877.
con Dirección: Vereda la bangora vía la florida **; Tutor de** Milú
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Milú

En constancia que Milú 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Katerine Daula M. **Firma** Katerine Daula M.
CC: 1089933877

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.933.877



Apellidos
DAVILA MORALES

Nombres
KATERINE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento
03 JUL 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
04 JUL 2024, PEREIRA

Fecha de expiración
05 JUL 2034

Firma
Katerine Dávila M.

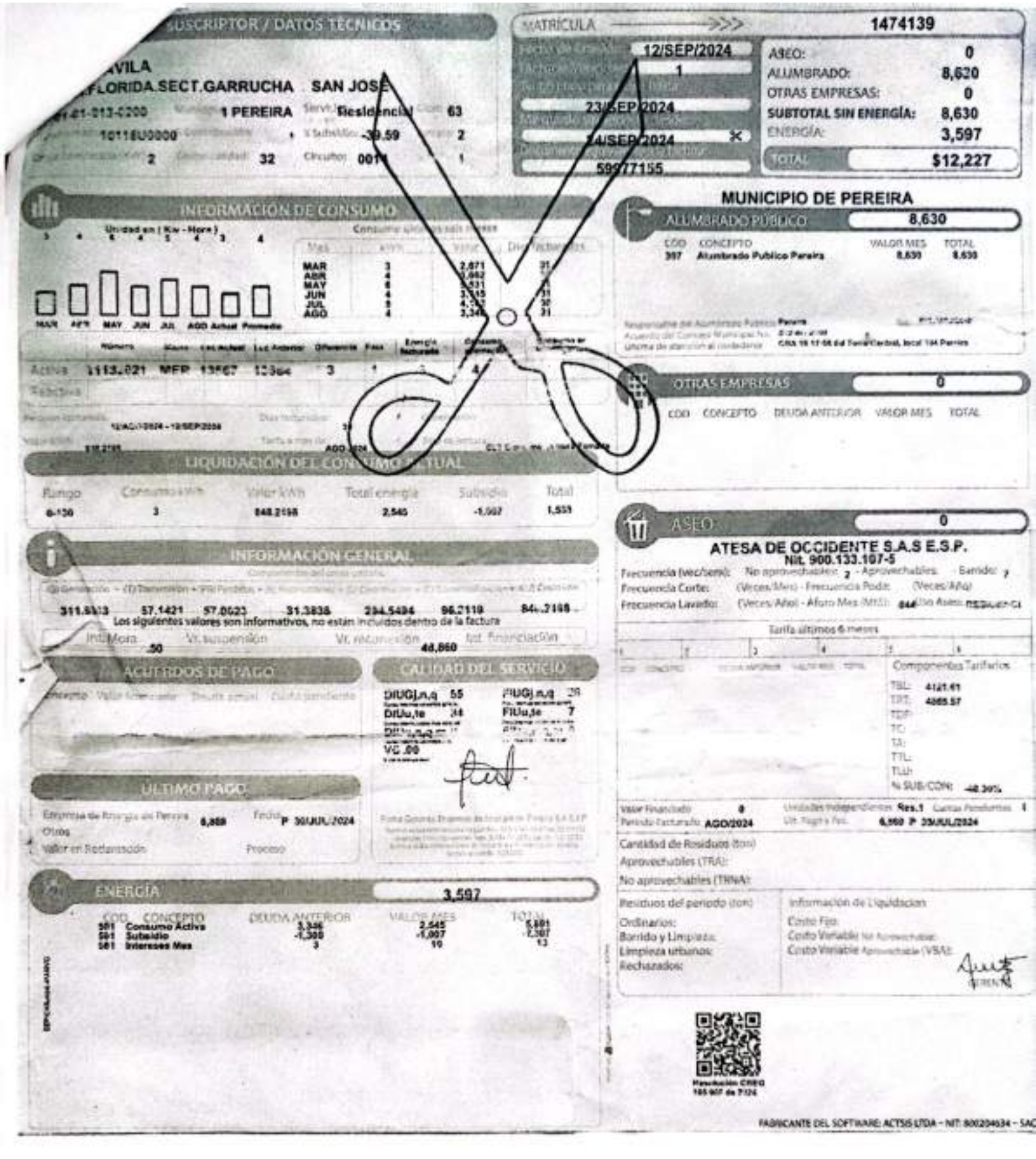
.00

049761300

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL049761300024001<<<<<<<<<<<
D607030F3407057COL10899387<8
DAVILA<MORALES<<KATERINE<<<<<<

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

AVILA
FLORIDA SECT GARRUCHA SAN JOSE
1 PEREIRA Residencial 63
10116U0000 -39.59 2
2 32 0011 1

MATRÍCULA >>> 1474139
12/SEP/2024
1
23/SEP/2024
24/SEP/2024
59977155

ASEO:	0
ALUMBRADO:	8,620
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,630
ENERGÍA:	3,597
TOTAL	$12,227

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

Mes	kWh	Valor	Días Facturados
MAR	3	2,871	31
ABR	4	3,662	30
MAY	6	5,531	31
JUN	4	3,715	31
JUL	5	4,[illegible]	30
AGO	4	3,346	31

MAR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

Activa 1113.021 MEP 13567 13564 3

12/AGO/2024 - 12/SEP/2024

AGO 2024

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	3	848.2198	2,545	-1,007	1,539

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 8,630

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

Recaudador del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No.
Oficina de atención al contribuyente: CRA 15 17-58 del Tomillo, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

ASEO 0

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.197-5

Frecuencia (Vec/Sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: - Barrido: 2
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 844 Subsidio Aseo: [illegible]

Tarifa últimos 6 meses

Componentes Tarifarios
TBL: 4121.61
DT: 4065.57
TDP:
TC:
TA:
TTL:
TLH:
% SUB/CON: -48.39%

Valor Financiado: 0
Periodo Facturado: AGO/2024
Unidades Independientes: Res.1
Ult. Pago y Fec: 6,889 P 30/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios:
Barrido y Limpieza:
Limpieza urbanas:
Rechazados:

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VSA):

INFORMACIÓN GENERAL

311.5513 57.1421 57.0021 31.3838 284.5494 96.2119 84[illegible].2188

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor Financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJn,q 55 FIUGJn,q 28
DIUu,te 44 FIUu,te 7
VC .00

ULTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 6,889 Fecha P 30/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 3,597

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	3,346	2,545	5,891
501	Subsidio	-1,300	-1,007	-2,307
501	Intereses Mes	3	10	13

Resolución CREG 185 007 de 7124

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

Powered by CamScanner

Fecha: 13/10/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1092

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: jhon richard | Documento de identidad: 10111194
Dirección: la florida | Teléfono: 3206636387
Correo Electrónico: N/N

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mona | Sexo: M x F | Raza: mestizo | Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 años | Color: café | Peso: 20

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 28 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3" Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

Descripción de los Hallazgos: paciente con constantes fisiologicas normales

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
Ampicilina	15mg/kg	inyectable	SC	D.U
meloxicam	0.2mg/kg	inyectable	SC	D.U

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jhon Richard identificado con numero de cedula N° 10111194 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado mono la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de oct del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC: 1041111948

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jhon Richard identificado con cédula de ciudadanía número 10111194 de pereira en calidad de tutor de mono, de especie canina, raza mestizo e historia clínica número 1642, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de 10 del 20 24

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

Propietario/acudiente
CC 10111194

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: pereira **Fecha y Hora:** 13/10/24

Yo jhon ochoa **Identificado con CC:** 10111194
con Dirección: la florida bamboo ; **Tutor de** mama
Especie canino **Raza** mestiza **Sexo:** macho **Edad** 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
mama

En constancia que mama 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** David gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Jhon Ochoa **Firma**
CC:
10111194

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **10.111.194**



Apellidos
CASTAÑO ARBOLEDA

Nombres
JHON RICHARD

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	**1.72**	**M**

Fecha de nacimiento
19 ABR 1963

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
27 JUL 1981. PEREIRA

Firma

Fecha de expiración
15 FEB 2033

.CO

012409293

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

```
ICCOL012409293624001<<<<<<<<<<<
6304191M3302152COL10111194<<<3
CASTANO<ARBOLEDA<<JHON<RICHARD
```

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / D

...FLORIDA-CRA 13 # 99E-7

01-01-009-4850 1 PER

10073S0000

0

ESTA ES SU FACTURA DE PAGO

energía

MATRÍCULA 88971

Fecha de Emisión 11/ABR/2024

Facturas Vencidas 0

Tengo plazo para pagar hasta 23/ABR/2024

Me quedo sin servicio después de

Documento equivalente a la factura 58631755

ASEO:	23,279
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,599
ENERGÍA:	45,098
TOTAL	$72,697

INFORMACIÓ



	Valor	Días facturados
	118.513	30
	128.163	30
	134.455	31
	171.197	31
FE	159.353	29
MAI	105.904	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	50060133	MER	21910	21820	90	1	90	151	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/Mar/2024 - 15/ABR/2024 Días facturados: 30

CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	90	915.4028	82.386	-37,288	45 [illegible]

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

Gc	G	T	D	C	Cu
282.5179	57.4334	68.7417	7.6145	293.4839	96.1873	915.4028

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 35 FIUG[,n,q 28

DIUq,te 6 FIU,,te 5

DIUq,n,q,m 0 FIUq,r ,m 1

VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 86,588 Fecha P 18/MAR/2024

Otros

Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 45,098

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	82.386	82.386
561	Subsidio	0	-37,288	-37,288

ALUMBRADO PUBLICO 4,320

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891 480 030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central local 104 Pereira

ASEO 23,279

AIESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.123 .07-5

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

Tarifa últimos 6 meses

21440	20980	20870	21070	21050	23230

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,388	24,388
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
930	Cargo Variable	0	13,207	13,207
998	Subsidio Aseo	0	-14,511	-14,511

Componentes Tarifarios

TBL:	14179.77
TRT:	9213.69
TDF:	3294.7
TC:	3844.95
TA:	134.764
TTL:	4357.4
TLU:	
% SUB/CON:	-38.40%

Valor financiado 0 Unidades independientes Rec T Cuotas Pendientes
Periodo facturado MAR/2024 Ult. Pago y Fec. 86,588 P 18/MAR/2024

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

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	194.764
Costo Variable No Aprovechable:	13768.696
Costo Variable Aprovechable (VBA):	

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Powered by CamScanner

Fecha: 13/10/24 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA No. Historia Clinica: 1629

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: jessica alejandra urbano Documento de identidad: 1089078215
Dirección: La Florida - Finca la Floresta Teléfono: 3235844720
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mostacho Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: blanco Peso: ___

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 45 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38,1 °C
Pulso: I/N 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	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

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

Descripción de los Hallazgos: paciente dentro de los rangos fisiologicos normales

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
Amoxicilina	15mg/kg	Inye	SC	DU
meloxicam	0,2mg/kg	Inye	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo José Grisales identificado con numero de cedula N° 1089078275 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado mordelo la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración asi lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC: 10132700

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo José Grisales identificado con cédula de ciudadania número 10132700 de Pereira en calidad de tutor de mordelo, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1629, 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, mordelo 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 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC 10132700

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: pereira **Fecha y Hora:** 13-10-24

Yo Jose Grisales **Identificado con CC:** 10132709
con Dirección: la florida ; **Tutor de** mortadelo
Especie canina **Raza** criolla **Sexo:** macho **Edad** ____
Historia Clínica No: 1629

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA x OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 mortadelo

En constancia que mortadelo 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 3607 **, 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 Jose Grisales **Firma** _____
CC: 10132700

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

DE SANCHEZ ROSA MARIA
A FLORIDA - FINCA LA FLORESTA LA FLOR

01-01-008-5020 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Clase: 63
Transformador: 10081A0000 Contribución: Subsidio: -45.26 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 32 Circuito: 0014 NT: 1

MATRÍCULA >>> 2021566

Fecha de Emisión: 14/MAY/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 22/MAY/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 52923550

ASEO:	34,188
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	38,508
ENERGÍA:	20,690
TOTAL	$59,198

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidades en (kW - Días)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
NOV	41	39,008	38
DIC	40	35,617	31
ENE	43	39,157	31
FEB	39	34,526	29
MAR	41	36,595	31
ABR	41	37,532	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	80000977	MER	7128	7087	41	1	41	41	
Reactiva									

Periodo facturado: 11/ABR/2024 - 11/MAY/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 921.6446 Tarifa a partir de: ABR-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
C-130	41	921.6446	37,792	-17,102	20,690

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	(T) Transmisión	(D) Distribución	(R) Restricciones	(C) Comercialización	(PR) Pérdidas
398.7227	54.2668	70.1487	7.0481	297.0457	94.6126	921.6446

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,te 39 FIUu,te 16
DIUu,n,q,m 1 FIUu,n,q,m 3
VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 116,446 Fecha P 18/ABR/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 20,690

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	37,796	37,796
561	Subsidio	0	-17,106	-17,106

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 34,188

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: 2 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 1 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): RESID-EST Uso Aseo:

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
26070	30860	33860	30980	34190	34190

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,387	24,387
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
922	Aseo Pereira	0	713	713
935	Cargo Variable	0	13,763	13,763
999	Subsidio Aseo	0	-4,870	-4,870

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9600.91
TDF:	3433.386
TC:	3844.95
TA:	194.764
TTL:	4362.59
TLU:	
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Componentes
Periodo Facturado ABR/2024 Ult. Pago y Fec. 116,446 P 18/ABR/2024

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

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

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

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.089.078.215**

URBANO TUQUERRES
APELLIDOS

YESSICA ALEJANDRA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-1997**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-FEB-2015 SAN PEDRO DE CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2312300-00678526-F-1089078215-20150316 0043586011A 2 43303961

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clínica: 1632

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gutierrez Giraldo Cleb Documento de identidad: 42.062.378
Dirección: La bananera - La Florida Teléfono: 3113780803
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Negro Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 6 AÑOS Color: café con negro Peso: 10 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 49 /rpm F. Cardiaca: 129 /lpm Temperatura: 39.2 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	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

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

Descripción de los Hallazgos: paciente con constantes fisiologicos normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	iny ec	SC	DU
meloxicam	0,2 mg/kg	iny ec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Cielo Gutierrez identificado con numero de cedula N° 42062378 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Negro la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente:
CC: 42062378

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Cielo Gutierrez identificado con cédula de ciudadania número 420.623.78 de Pereira en calidad de tutor de Negro, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1632, 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, negro 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 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC 42062378

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13-10-24

Yo Cielo Gutierrez **Identificado con CC:** 42.062.378
con Dirección: La Caramera la Florida **; Tutor de** Negro
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 6 Años
Historia Clínica No: 1632

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Negro

En constancia que Negro 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** David Gutierrez **con matricula profesional No** 31607 **, 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 Cielo Gutierrez **Firma**
CC: 42062378

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 42.062.378



Apellidos
GUTIERREZ GIRALDO

Nombres
CIELO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 MAYO 1959

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
20 OCT 1980, PEREIRA

Firma

Fecha de expiración
24 MAR 2034

.CO

0419871162

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0419871624240O1<<<<<<<<<<<<
5905074F3403244COL42062378<<<<5
GUTIERREZ<GIRALDO<<CIELO<<<<<<<

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

A.FLORIDA- LA BANANERA LTE 108 LA BANAN

1-01-012-6200 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 63

1006900000 Estratificación: % Subsidio: -39.59 Estrato 2

Carga contratada (KW) 0 Grupo calidad 32 Circuito 0014 NIS 1

MATRÍCULA >>> 87072

Fecha de Emisión: 12/SEP/2024

Factura Anterior: 0

Fecha Próximo Vencimiento: 23/SEP/2024

Número Suministro: 59977136

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	26,701
ENERGÍA:	144,676
TOTAL	$171,377

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

236 245 219 236 218 221 202 228

MAR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	236	210.127	31
ABR	245	224.274	30
MAY	219	201.884	31
JUN	236	211.578	31
JUL	218	181.486	30
AGO	221	184.842	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11122858	MER	32523	32301	222	1	222	228	
Reactiva									

12AGO/2024 - 10/SEP/2024 30

848.2198 AGO-2024 ÚLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110.269	-43.653	66.616
>130	92	848.2198	78.038		78.039

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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 43.860 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Número Valor financiado Deuda actual Cuota periódica

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 55 FIUG[,n,q 28

DIUu,te 5 FIUu,te 5

DIU[,n,q,m 0 FIU[,n,q,m 0

VC .00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 170,684 Fecha P 26/AGO/2024

Forma de Pago Proceso

ENERGÍA 144,676

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	188.305	188.305
561	Subsidio	0	-43.653	-43.653
561	Intereses Mes	0	24	24

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PUBLICO 4,320

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-2

Acuerdo del Concejo Municipal No. 932 del 2006

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

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

Nit. 900.133.107-5

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

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1 23990	2 23990	3 23990	4 24080	5 24080	6 23920

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23.899	23.899
850	C V Aprovechamiento	0	198	198
939	Cargo Variable	0	12.288	12.288
999	Subsidio Aseo	0	-13.952	-13.952

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	8548.55
TDF:	3858.707
TC:	3814.13
TA:	185.747
TTL:	679.343
TUA:	4252.11
% SUB/CON:	-38.48%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes 0

Periodo Facturado: AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 170,684 P 26/AGO/2024

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

Residuos del periodo (ton):

Ordinarios: .001

Barrido y Limpieza: .009

Limpieza urbanos: .001

Rechazados: 0

Información de Liquidación

Costo Fijo

Costo Variable No Aprovechable: 185.747

Costo Variable Aprovechable (VBA): 13287.506

GERENTE

Resolución CREG 105 087 de 2024

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

energía DE PEREIRA NIT 816.002.183 www.eep.com.co

Matrícula 87072

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $167,057

Pago total factura $171,377

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 1645

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: maria consuelo Documento de identidad: 42.067.
Dirección: Boston Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nerón Sexo: M F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 3 AÑOS Color: cafe Peso: 14 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 60 /rpm F. Cardiaca: 155 /lpm Temperatura: 38.2 0C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 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	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, con constantes fisiologicas dentro del rango normal

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
Amoxicilina	15 mg/kg	Inyec	SC	D.U
meloxicam	0.2 mg/kg	Inyec	SC	D U

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo María Consuelo Jurado identificado con numero de cedula N° 42 067 731 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nerón la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de Octubre del 20 24

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

No Firma.

Propietario/acudiente:
cc: 42 067 731.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo María Consuelo Jurado identificado con cédula de ciudadanía número 42 067 731 de El Cairo Valle en calidad de tutor de Nerón, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1645, 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, Nerón 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, cirugía.

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 13 de Octubre del 20 24

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

No firma.

Propietario/acudiente
cc 42 067 731.

Esperanza Ruiz

Nota: No sabe firmar manifiesta estar de acuerdo.

Firma su acompañante como constancia.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo María Consuelo Jurado **Identificado con CC:** 42.067.731.
con Dirección: Plan1 manzana casa b Aires. L. florida **; Tutor de** Nerón
Especie canino **Raza** Macho-Mestizo **Sexo:** _____ **Edad** 3 años
Historia Clínica No: 1645

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Nerón

En constancia que Nerón 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 María Consuelo Jurado. **Firma** No firma.
CC: 42067731.

Powered by CamScanner

SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS ENERGÍA ELÉCTRICA

DATOS TÉCNICOS

...EROS
...A (BOSTON)
...800 1 PEREIRA Residencial 63
1007350000 -38.86 2
0 32 0014 1

1250692

15/AGO/2024
0
27/AGO/2024
59750732

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	42,225
	38,354
TOTAL:	$80,579

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

77 77 75 77 75 75 75 75

FEB 77 60,169
MAR 77 60,556
ABR 77 60,931
MAY 75 61,314
JUN 75 61,714
JUL 75 62,379

FEB MAR ABR MAY JUN JUL Actual Promedio

Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
11124145	MER	15438	15363	75	1	75	75	

13/JUL/2024 - 11/AGO/2024 31
336.3899 JUL-2024 CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	75	836.3899	62,729	-24,375	38,354

INFORMACIÓN GENERAL

336.0261	95.9024	95.8962	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora 10 48,860

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj.n.q 55 FIUGj.n.q 28
DIUu.te 6 FIUu.te 7
DIUu.n.q.m 0 FIUu.n.q.m 1
VC .00

ÚLTIMO PAGO

77,870 P 16 JUL 2024

ENERGÍA 38,354

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	PAGOS (-)	TOTAL
001	Consumo Activa	0	62,779	*2,729
561	Subsidio	0	-24,375	-1,375

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

307 Alumbrado Publico Pereira 4,320 4,320

Pereira 891.480.030-2
002 del 2000
CRA 13 17-55 En Torre Central local 114 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

914 Aseo [illegible] 0 14,300 14,300

ASEO 23,605

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

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

844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511		
558	C Y Aprovechamiento	0	195	13809	
939	Cargo Variable	0	13,614		
559	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715	

TEL 18178.77
TRT 9529.91
TDF 3372.04
TC 3967.53
TA 194.764
TAA 721.256
TAV 4262.97
% SOS CON -38.40%

0 JUL/2024 Res:1 77,870 P 16/JUL/2024

	May	Jun	Jul
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.009	.009	.009

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios .001
Barrido y Limpieza .005
Otros no ordinarios .001
Facturados 0

Información de Liquidacion
Costo Fijo
Costo Variable no aprovechable 194.764
Costo Variable Aprovechable (VRA) 13614.104

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía

Pago SIN APy

VALOR A PAGAR
$61,959

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.067.731
JURADO De JURADO

APELLIDOS
MARIA CONSUELO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1956
EL CAIRO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1981 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2400100-00058501-F-0042067731-20080624 0035[illegible]30A 1 4250005011

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA | No. Historia Clínica: 1631

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Esther Julia Valencia Documento de identidad: 47.098.495
Dirección: La Florida Finca la reja Teléfono: 3022566467
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Peter Silva Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 AÑOS Color: negro Peso: 8 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

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 48 /rpm F. Cardiaca: 128 /lpm Temperatura: 39,2 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta Y 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 dentro de los rangos fisiologicos normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	DU
meloxicam	0.2 mg/kg	inyec	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Esther Julia Valencia identificado con numero de cedula N° 42078495 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Piter Silva la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Esther Julia Valencia

Propietario/acudiente:
cc: 42078495

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Esther Julia Valencia identificado con cédula de ciudadania número 420,78A,495 de Pereira en calidad de tutor de Piter Silva, de especie canino, raza Mestizo e historia clinica número 1631, 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, Piter Silva 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 13 de octubre del 2024

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

Esther Julia Valencia

Propietario/acudiente
cc 42078495

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre-2024

Yo Esther julia **Identificado con CC:** 42.078.495
con Dirección: Vereda Florida Finca la reja **; Tutor de** Peter Silva
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 3 Años
Historia Clínica No: 1631

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Peter Silva

En constancia que Peter Silva 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Esther Julia **Firma** Esther
CC: 42078495

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.078.495**

VALENCIA GARCIA

APELLIDOS

ESTHER JULIA

NOMBRES



FIRMA



DE



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1961**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUL-1984 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00636658-F-0042078495-20141107 0040853067A 1 4563124661

Powered by CamScanner

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

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

...CIA GARCIA ESTHER JULIA
... LA FLORIDA FINCA LA REJA POR LA BOCATOMA

Cat: 01-01-004-2705 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 63
Transformador: 10068T0000 % Contribución: % Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 5 Grupo calidad: 32 Circuito: 0014 NT: 1

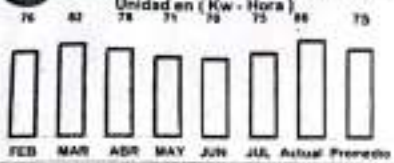
MATRÍCULA >>> 2010774

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59758110

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,925
ENERGÍA:	43,980
TOTAL	$71,905

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	76	67,282	29
MAR	82	73,010	31
ABR	78	71,401	30
MAY	71	65,451	31
JUN	70	65,533	31
JUL	75	62,438	30

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	90092286	MER	15488	15402	86	1	86	75	
Reactiva									

Periodo facturado: 12/JUL/2024 - 11/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de 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	-27,950	43,980

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		48,860	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,te 1 FIUu,te 3
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 1
VC .00

Forma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.
Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 2540 (E)
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012120 del 24/11/2010
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 0214/09

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 66,633 Fecha P 17/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 43,980

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
561	Consumo Activa	0	71,930	71,930
561	Subsidio	0	-27,950	-27,950

SIN POTENCIA REACTIVA

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 632 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,605

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1 21770	2 23350	3 23990	4 23999	5 24080	6 24080

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	13,809
939	Cargo Variable	0	13,614	
999	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.84
TC:	7957.98
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 66,633 P 17/JUL/2024

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

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13614.104

GERENTE

Resolución CRA/G 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
NIt. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula
2010774

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $67,585

Pago total factura $71,905

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | No. Historia Clinica: 1655

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Cardona Rios Luz Dary Documento de identidad: 42.089.889
Dirección: La Florida mz Bajo la granja Teléfono: 3117979745
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: princesa Sexo: M__ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: GRIS Peso: 8 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 138 /lpm Temperatura: 39.1 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: N/R
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: Paciente dentro de los rangos fisiologicos Normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	D.U
meloxican	0.2 mg/kg	inyec	SC	D.U

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Luz dary cardona identificado con numero de cedula N° 42.089.889 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Princesa la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente:
CC: 3534666

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz dary cardona identificado con cédula de ciudadanía número 42.089.889 de cartago en calidad de tutor de Princesa, de especie canino, raza mestizo e historia clínica número 1633, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Princesa puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC C.E. 363456.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 de octubre de 2024

Yo Micael Odubor **Identificado con CC:** 353456. CE
con Dirección: Finca la Graja casa villa Luna la florida; **Tutor de** Princesa.
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra. **Edad** 7 años
Historia Clínica No: 1633

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Princesa

En constancia que Princesa 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 Michel Oduber **Firma**
CC: CE 353456

Powered by CamScanner





Atención al cliente aseo y alumbrado

ATESA — Servicio de aseo ATESA DE OCCIDENTE	Línea 110 WhatsApp: 3012656557	Línea nacional: 01 Oficina y www.atesadeor
PEREIRA — Recibimos o solicitudes por cobro de alumbrado público	Edificio Torre Central (carrera 10 #17-55 local 104 . Centro de Servicio Operativo cumpesoalumbradopublico@pereira.g	
PEREIRA — Reporte de daños de luminarias de Alumbrado Público	Bodega (cra. 7 18-55 Pereira - Risaralda) Placa Material y pino de material de identificación	com infraestructura

Escanea y accede a la cartilla de prevención de accidentes eléctricos

Atención al cliente Energía de Pereira

Línea de Atención	Horario de Atención	Ubica

En esta factura se cobran conceptos de otras empresas diferentes al servicio de energía: impuesto de alumbrado público, pertenecientes a la Alcaldía y servicio de aseo, prestado por Atesa de Occidente, Aseo Plus, entre otros. Revisa cada concepto, estos se encuentran en color azul para que puedas diferenciar los servicios que aquí se cobran.

PUNTO DE PAGO

Paga tu factura de energía y otros servicios públicos en la Buena de paga Energía de Pereira, ubicadas en

Este documento equivalente a la factura prenda mérito ejecutivo de acuerdo con el Art. 130, Ley 142 de 1994

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

CARDONA RIOS LUZ DARY
VDA LA FLORIDA MANZ BAJO LA GRANJA VILLA LUMI

Ruta 01-01-008-8108 | Municipio 1 PEREIRA | Servicio Residencial | Ciclo 63
Transformador 10081A0000 | % Contribución | % Subsidio -38.86 | Estrato 2
Carga contratada (KW) .5 | Grupo calidad 32 | Circuito 0014 | NT 1

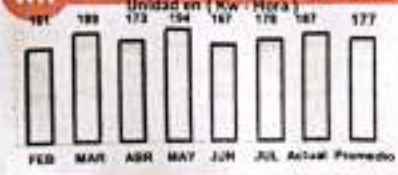
MATRÍCULA >>> 2077241

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59750069

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4,320
ENERGÍA:	114,156
TOTAL	$118,476

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw / Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	161	142,532	29
MAR	188	167,389	31
ABR	173	158,385	30
MAY	194	178,838	31
JUN	167	156,343	31
JUL	178	148,186	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	4600184602	HXE	9414	9227	187	1	187	177	
Reactiva									

Periodo facturado 12/JUL/2024 - 11/AGO/2024 | Días facturados 31 | Observación
Valor kWh 836.3899 | Tarifa a regir de JUL-2024 | Tipo de lectura CLT Consum = Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108.731	-42,249	66,482
>130	57	836.3899	47,674		47,674

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	(T) Transmisión	(PR) Pérdidas	(R) Restricciones	(D) Distribución	(C) Comercialización	(CO) Costo m
305.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora .50 | Vr. suspensión | Vr. reconexión 65,669 | Int. Financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 | FIUGj,n,q 28
DIUu,te 28 | FIUu,te 13
DIUu,n,q,m 3 | FIUu,n,q,m 2
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 110,548 | Fecha P 23/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 114,156

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	156,405	156,405
561	Subsidio	0	-42,249	-42,249

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

SERV	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 0

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:	11416.18
TRT:	15071.13
TDF:	
TC:	
TA:	
TTL:	
TLU:	
% SUB.CON:	58.70%

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes | No Res:7 | Cuentas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 | Uds. Pago y Fec. 110,548 P 23/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

Resolucion CREG 105 027 de 2024

Matrícula 2077241

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros	$114,156
Pago total factura	$118,476

Powered by CamScanner

Fecha: 13-10-24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1638

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Margarita Toro Documento de identidad: 24.627.837
Dirección: Las casas la bananera Teléfono: 3137229253
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Rambo Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 Años Color: negro-blanco Peso: 3 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 132 /lpm Temperatura: 39,9 °C
Pulso: F/N Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: N/R
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: paciente alerta al medio, con constantes fisiologicas normales

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
Amoxicilina	15 mg/kg	inyec	SC	DO
meloxicam	0.2 mg/kg	inyec	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Margarita Toro identificado con numero de cedula N° 24627837 47289101115 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Rambo la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 13 de octubre del 2024

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

Maribito

Propietario/acudiente:
CC: 24627837

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Margarita toro identificado con cédula de ciudadanía número 47289101115 de Pereira en calidad de tutor de Rambo, de especie Felino, raza mestizo e historia clínica número 1638, 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, Rambo 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 13 de octubre del 2024

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

Maribito Rato

Propietario/acudiente
cc 24627837

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13 octubre 2024

Yo Margarita Toro **Identificado con CC:** 24.627.837
con Dirección: Las casas, la bananera ; **Tutor de** Rambo
Especie felino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 2 AÑOS
Historia Clínica No: 1638

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

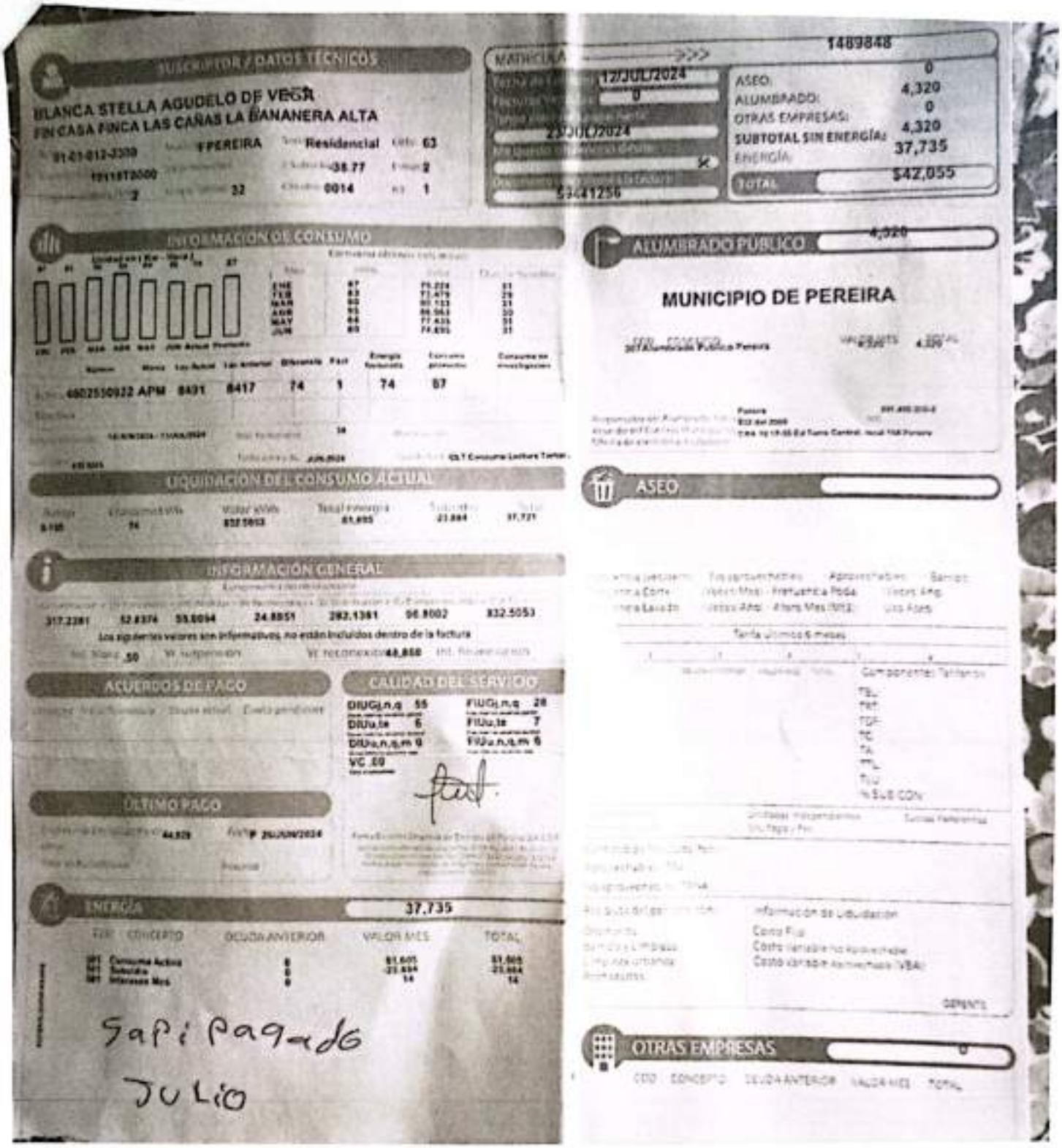
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para Rambo

En constancia que Rambo 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** David Gutierrez **con matrícula profesional No** 31607 **, 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 M. Toro **Firma**
CC: 24627837

Powered by CamScanner



SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

BLANCA STELLA AGUDELO DE VEGA
FINCA FINCA LAS CAÑAS LA BANANERA ALTA

PEREIRA Residencial

1489848

12/JUL/2024

ASEO: 0
ALUMBRADO: 4,320
OTRAS EMPRESAS: 0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA: 4,320
ENERGÍA: 37,735
TOTAL $42,055

INFORMACIÓN DE CONSUMO

6002530922 APM 8431 8417 74 1 74 87

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

MUNICIPIO DE PEREIRA

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

INFORMACIÓN GENERAL

317.2381 52.8374 55.8094 24.8851 282.1361 96.8002 832.5053

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

ASEO

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG,n,q 55 FIUG,n,q 28
DIUu,te 6 FIUu,te 7
DIUe,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 6
VC .00

ÚLTIMO PAGO

ENERGÍA 37,735

CÓD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	$1,605	$1,605
021	Subsidio	0	-23,804	-23,804
081	Intereses Mora	0	14	14

Sapi Pagado
Julio

OTRAS EMPRESAS 0

CÓD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.627.837

TORO ARIAS
APELLIDOS

MARGARITA
NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner

1.6.3 ESTERILIZACION
15 DE OCTUBRE
COMUNA OLIMPICA










Alcaldía de
PEREIRA



CONSENTIMIENTO
17 DE AGOSTO

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo maribel Gañan Identificado con CC: 1088354956
con Dirección: Vereda alto erazo ; Tutor de aves
Especie Canino Raza mestizo Sexo: macho Edad 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZARA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
aves

En constancia que aves 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Asi 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 maribel Gañan
CC: 1088354956
3167583802

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Capital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Beatriz Velez Identificado con CC: 1088297469
con Dirección: Vereda Soledad Baja ; Tutor de Bruno
Especie Canino Raza mestizo Sexo: macho Edad 5 años
Historia Clinica No:

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA x OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 especificos para Bruno

En constancia que Bruno 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sè 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 Beatriz Velez
CC: 1088297469
3226711979

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. patal Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Sandra Anas Identificado con CC: 1088249798
con Dirección: Vereda el patal ; Tutor de Cloe
Especie Canino Raza mestiza Sexo: Hembra Edad 2 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para Cloe

En constancia que Cloe 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Sandra anas
CC: 1088249798
3016411259

Firma Sandra Anas

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. patal Fecha y Hora: 13 agosto 24

Yo Arelicana Rosero Identificado con CC: 1089748006
con Dirección: Vereda el patal ; Tutor de Coal
Especie felino Raza Pe Siames Sexo: macho Edad 6 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA Y OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 especificos para Coal

En constancia que Coal 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 leido y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , 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 Arelicana Rosero
CC: 1089748006
3116313664

Firma Arelicana Rosero

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. patal **Fecha y Hora:** 17 agosto 24

Yo Sandra Cano **Identificado con CC:** 31434016
con Dirección: V. patal F. Diamante ; **Tutor de** Garfield
Especie Felino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA x OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Garfield

En constancia que Garfield 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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.

Firma _____

Nombre del TUTOR Sandra Cano
CC: 31434016.
3103903462

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital **Fecha y Hora:** 17 agosto 21

Yo milena morales **Identificado con CC:** 42128684
con Dirección: Vereda el pital ; **Tutor de** koke
Especie canino **Raza** cocker **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 koke

En constancia que koke *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 David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , 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 milena morales.
CC: 42128684
3128809507.

Firma milena morales.

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Gildardo aguirre Identificado con CC: 9955947
con Dirección: Vereda la cucaracha ; Tutor de lucas estupi
Especie canino Raza mestizo Sexo: macho Edad 2 años.
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
lucas

En constancia que lucas 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Gildardo aguirre
cc: 9955947
3028573743

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Diana Gualdo Identificado con CC: 24346735.
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de lucy
Especie Felino Raza Persa Sexo: Hembra Edad 1 año
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 lucy

En constancia que lucy 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 leido y comprendido lo consignado en este documento: en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Diana gualdo
cc: 24346735
3204296758

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 21

Yo Paola ramirez Identificado con CC: 1088291455
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de lulu
Especie Canino Raza Archer Sexo: Hembra Edad 3 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para
lulu

En constancia que lulu 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Asi 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 Paola Ramirez Firma Paola Ramirez
CC: 1088291455
3116327855

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital **Fecha y Hora:** 17 agosto 24

Yo mana elena jimenez **Identificado con CC:** 42122430
con Dirección: Vereda El pital ; **Tutor de** manchas
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 5 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 especificos para manchas

En constancia que manchas 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 leido y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 mana jimenez
CC: 42122430.
3145043791.

Firma Mana Elena Jimenez

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 12 agosto 24

Yo Arleiana rosero Identificado con CC: 1089748006
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de mampoSa
Especie Felino Raza Siames Sexo: Hembra Edad 5 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 mampoSa

En constancia que mampoSa 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Arleiana rosero
cc: 1089748006
3116313664.

Firma Arleiana Rosero

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Diana Gualdo Identificado con CC: 24346735.
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de mellyn
Especie Felino Raza mestizo Sexo: macho Edad 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
mellyn

En constancia que mellyn 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Asi mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Diana Gualdo
cc: 24346735.
3204296758

Firma Diana Gualdo.

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Perera V:pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Yordan aguirre Identificado con CC: 1054398387
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de morocha
Especie Canino Raza mestiza Sexo: Hembra Edad 4 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 morocha

En constancia que morocha. 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Yordan aguirre
CC: 1054 398 387
3189216672.

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACIÓN

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pdal Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Luis Arturo Bueno Identificado con CC: 9A090013
con Dirección: Vereda el mango ; Tutor de Niño
Especie Felino Raza mestizo Sexo: macho Edad 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA x OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Niño

En constancia que Niño ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Luis Bueno
CC: 9A090013
312 562 2631.

Firma: Luis Bueno.

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital **Fecha y Hora:** 17 agosto 24

Yo Doralba lopez **Identificado con CC:** 24673214
con Dirección: Vereda amoladora alta **; Tutor de** Pacho
Especie Felino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para Pacho

En constancia que Pacho 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aqui 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 Doralba lopez
CC: 24673214
3045893766

Firma Doralba Lopez

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. Pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Humberto Valencia Identificado con CC: 7072150
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de paquita
Especie canino Raza mestiza Sexo: Hembra Edad 8 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 paquita

En constancia que paquita 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 David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , 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 Humberto Valencia
CC: 7072150
3104606069
3116320575 wpp

Firma _____

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. pital Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Paola Ramirez Identificado con cc: 1088291455
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de Rigo
Especie Canino Raza Pinscher Sexo: macho Edad 8 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 especificos para Rigo

En constancia que Rigo 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Paola Ramirez
cc: 1088291455
3116327355

Firma Paola Ramirez

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V pital Fecha y Hora: 17 agosto 21

Yo Beatriz Velez Identificado con CC: 1088247487
con Dirección: Vereda el pital ; Tutor de Salmo
Especie Canino Raza mestizo Sexo: macho Edad 3 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Salmo

En constancia que Salmo 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Beatriz Velez
CC: 1088247487
3226711979

Firma Beatriz Sanchez V

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. Pital **Fecha y Hora:** 17 agosto 24

Yo Valentina Ortiz **Identificado con CC:** 1085716667
con Dirección: Vereda el pital **; Tutor de** Skay
Especie canino **Raza** mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Skay

En constancia que Skay 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 David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Valentina Ortiz
CC: 1085716667
3135351760.

Firma Valentina

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V patal Fecha y Hora: 17 agosto 24

Yo Gildardo aguirre Identificado con CC: 9955947
con Dirección: Vereda la cuarachal ; Tutor de Toby
Especie Canino Raza mestizo Sexo: macho Edad 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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
Tony

En constancia que Tony 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 David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , 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 Gildardo aguirre
cc: 9955947
3028573747

Firma

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira V. Pital **Fecha y Hora:** 17 agosto 24

Yo Diego lopez **Identificado con CC:** 10126591
con **Dirección:** Vereda San Vicente ; **Tutor de** Tommy
Especie Felino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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 Tommy

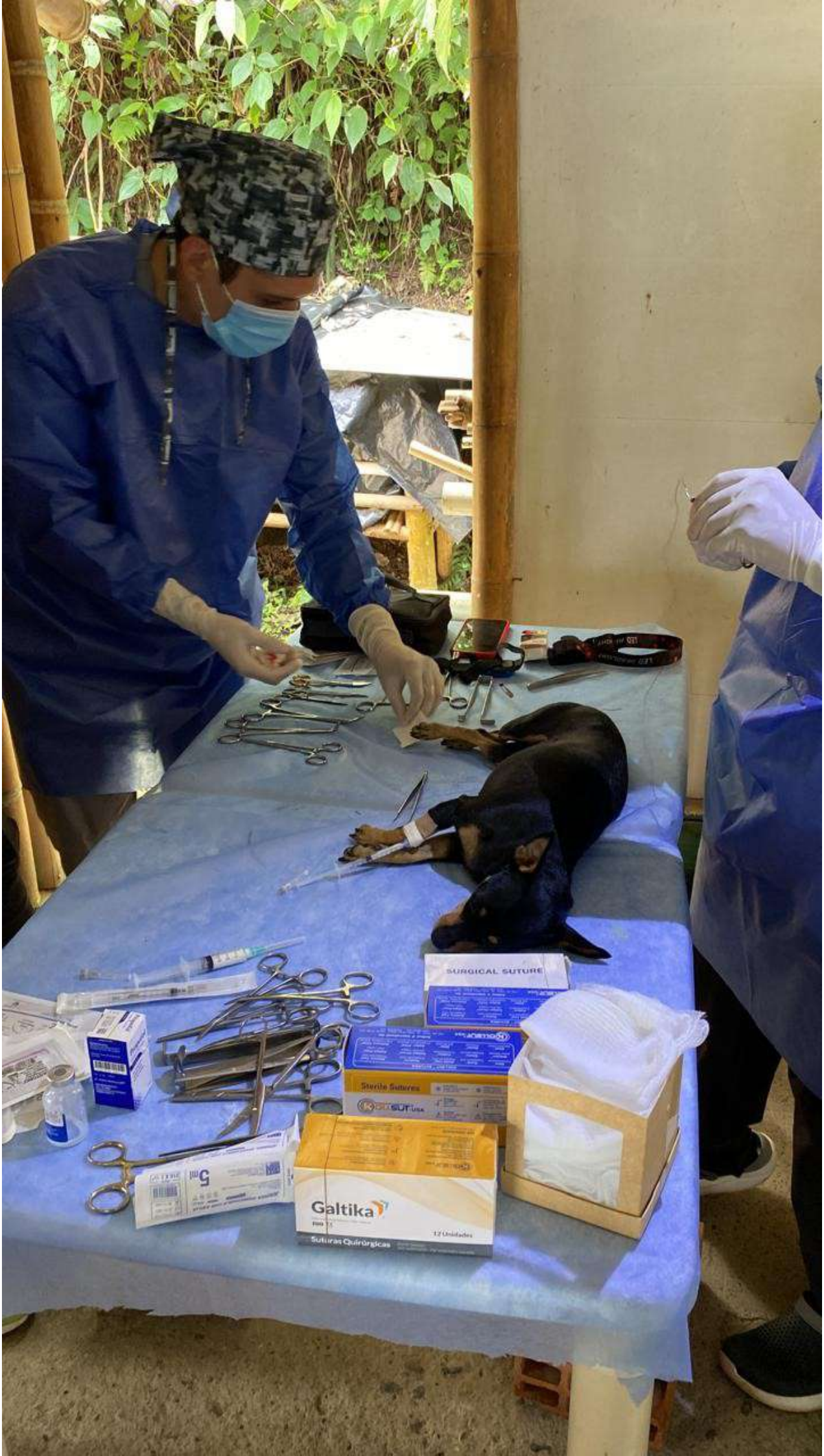
En constancia que Tommy ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , 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 Diego lopez
CC: 10126591
3147746783

Firma Diego lopez

DOSIS KETAMINA:
MEDICACION

FOTOS 17 DE AGOSTO


SURGICAL SUTURE
Galtika
12 Unidades
Suturas Quirúrgicas




MARIO
000000
WORLD
1-1
TIME
913






HEADLIGHT