1.6.3 ESTERILIZACION 03 DE NOVIEMBRE JORNADA VILLA SANTANA

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jose Angel Palacio identificado con numero de cedula N° 10137017 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Flaco 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 03 de Noviembre del 2024

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

#2703

Propietario/acudiente:
CC: 10737077

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jose Angel Palacio identificado con cédula de ciudadanía número 10137017 de _____ en calidad de tutor de Toto, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 2703, 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, Toto 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 03 de Nov del 2024

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

Jose Angel Palacio

#2703

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Clínico VETERINARIO

cel 3215954629

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo José Angel Palacio Identificado con CC: 10137017
con Dirección: Villa Santana Tutor de Placo
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Macho Edad 6 años
Historia Clínica No: 2203

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC:

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24 POLICÍA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2703

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose Angel Polanco Documento de identidad: 10 137 017
Dirección: Villa Jardin Margarita Teléfono: 321 595 4629
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pluto Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 años Color: Moro Peso: 6 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

Hospital Público VETERINARIO

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza ORQ en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 20g	0,06ml	Inyectable	SC	U D
Amoxicilina	0,6	Inyectable	SC	U D

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Yo Elida Valencia
que he sido informad@ que un
cuidados post quirúrgicos
para evitar que se rep
El Hospital Públ
heridas por

Hospital Público
VETER
RESPONSABILI

HEMBRA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MARIA ELIDA GALLEGO HENAO
VILLA SANTANA MARGARITAS II
1 PEREIRA Residencial 3
10024U0000 -58.67 1
0 12 0011 1

MATRÍCULA 399022

Fecha de Emisión: 30/SEP/2024
Facturas Vencidas: 1
09/OCT/2024
10/OCT/2024
60142471

ASEO:	22,434
ALUMBRADO:	10,200
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	32,634
ENERGÍA:	97,951
TOTAL:	$130,585

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)
97 86 74 63 62 94 137 77

PRD	AÑO	Valor	Días facturados
MAR	97	68,306	31
ABR	63	43,163	30
MAY	74	51,217	30
JUN	63	58,589	30
JUL	62	51,615	31
AGO	94	78,642	30

MAR ABR MAY JUN JUL AGO Actual Promedio

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía Facturada	Consumo Promedio	Consumo en kilowatios
Activa	6677029761	CHI	12096	11959	137	1	137	77	
Reactiva									

Periodo Facturado: 26/AGO/2024 - 28/SEP/2024
Días Facturados: 31
Tarifa a Aplicar: AGO-2024
Clase de Factura: CLT Consumos Latentes Comerciales

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-56,978	53,291
>130	7	848.2198	5,938		5,938

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

311.9303	67.1421	57.0023	31.3838	294.5494	90.2119	848.2198

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Acuerdo	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
DIUu,te	2	FIUu,te	3
DIUu,n,q,m	0	FIUu,n,q,m	0
VC	.00		

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 38,668 Fecha H 26/AGO/2024
45,643

ENERGÍA 97,951

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	78,621	116,206	194,827
581	Subsidio	-40,164	-56,976	-97,140
581	Intereses Mes	72	192	264

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 10,200

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
357	Alumbrado Público Pereira	10,200	10,200

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2005
Oficina de atención al cuidadano: CRA 10 17 00 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,434

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 3 Ramdon: 1
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2(Veces/Año) - Altura Mes (MCB): 1 Uso Ruta: RESIDENCIAL

Tarifa últimos 6 meses

11340	11340	11340	11385	11385	11385

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,559	23,559
845	Recargo Mora	3	6	9
859	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	11,434	11,444	22,878
999	Subsidio Aseo	0	-24,558	-24,558

Componentes Tarifarios

TBL:	15581.95
TBT:	7992.46
TDF:	2548.67
TC:	3324.74
TA:	185.747
TTL:	632.693
TUL:	4252.11
% SUBCON:	-49.25%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Res:1 Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: AGO/2024 Dt. Pago y Fac.: 40,338 P 08/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Jul	Aug
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.003	.003	.003

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

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

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Etelberto Quevedo identificado con numero de cedula N° 4341759 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Milo 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 03 de Noviembo del 2019

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

Etelberto Quevedo

Propietario/acudiente:

CC: 4.341.759

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Edilberto Guerrero identificado con cédula de ciudadanía número 4341059 de Armenia en calidad de tutor de Milo, de especie felino, raza Mestizo e historia clínica número 2594, 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, Milo 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 03 de Noviembre del 2024

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

Edilberto Guerrero

Propietario/acudiente

CC: 4341759

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel: 3133696974

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03-11-2021

Yo Exilberto de Jesus Guzmán Identificado con CC: 4.341.759
con Dirección: Mz 11 Cs 8 Jes villa Santana ; Tutor de Milo
Especie Felino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 6 meses
Historia Clinica No: 2694

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
Milo

En constancia que Milo 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 Exilberto Guzmán Firma
CC: 4.341.759

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2021 No. Historia Clínica: 2691

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: ELIBERTO DE JESUS GUERRERO Documento de ideptidad: 4341759
Dirección: CLL 11 CS 8 DES VILLA SANTANA Teléfono: 3133696979
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MILU Sexo: M F X Raza: MESTIZO Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 6 MESES Color: TRICOLOR Peso: 3.5KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACION

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

SE REALIZA OVH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0.2mg/KG	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

URB MZ 11 CS 8 JES VILLA SANTANA MONSERRATE

01-01-012-7525 1 PEREIRA Residencial 3

1002300000 -30.59 2

0 12 0013 1

MATRICULA 589614

Fecha de Emisión: 30/SEP/2024

Factura Vencida: 0

Tenga plazo para pagar hasta: 07/OCT/2024

Documento equivalente a la factura: 60139540

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	26,646
TOTAL	$53,977

INFORMACIÓN DE CONSUMO



	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	80060479	MER	14764	14712	52	1	52	51	

MAR	78
ABR	63
MAY	63
JUN	60
JUL	24
AGO	52

ELT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo Unid	Valor Unit	Total energía	Subsidio	Total
0-130	52	848.2198	44,107	-17,461	26,646

INFORMACIÓN GENERAL

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 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Pendiente Cuota Fecha pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 34,692 Fecha P 04/SEP/2024

Otros Agua en Acueductos Promedio

ENERGÍA 26,646

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	44,107	44,107
561	Subsidio	0	-17,461	-17,461

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PUBLICO 4,950

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

Pereira
032 del 2008
CRA 10 17 00 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: 1 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 3 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Años Mes (M3): 1 Uso Asoc: RESID-01

Tarifa últimos 6 meses

1 23380	2 23380	3 23380	4 23379	5 23379	6 23605

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

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.85
TBT:	6540.55
TDF:	3058.707
TC:	3924.74
TA:	185.147
TTL:	679.343
TUU:	4252.11
% SUB/CON:	-58.80%

Valor Facturado 0 Unidades Independientes Res.1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 34,692 P 04/SEP/2024

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

Residuos del periodo (ton)		Informacion de Liquidación	
Ordinarios:	.001	Costo Fijo:	
Barrido y Limpieza:	.000	Costo Variable No Aprovechable:	193.747
Limpieza urbanos:	.001	Costo Variable Aprovechable (VBA):	12287.596
Rechazados:	0		

¿Quiere conocer el comportamiento de su consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR. Resolución CREG 155 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIS LTDA - NIT 800.204.174 - 5

energía de Pereira

Matrícula 589614

Favorece a pagar la factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $49,027

Pago total factura $53,977

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Michel Bahena P. identificado con numero de cedula N° 1088324628 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Negrita 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 03 de Noviembre del 2024

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

Michel

Propietario/acudiente:
CC:

#2708

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Michel Dahiana R identificado con cédula de ciudadanía número 1088249622 de _____ en calidad de tutor de Negrita, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 2708, 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, negrita 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 03 de Noviembre del 2024

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

mi chel

Propietario/acudiente
CC:

#2708

Powered by CamScanner

cel. 3225950571

ALCALDÍA DE PEREIRA | HOSPITAL PÚBLICO VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/11/24

Yo Michel Romero R Identificado con CC: 1088824628
con Dirección: Ilusion ; Tutor de Negrita
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 4 años
Historia Clinica No: 2708

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: 1088824628

Firma michel

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clinica: 2708

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Michel Bohorquez R. Documento de identidad: 88824628
Dirección: Mosico Teléfono: 3225950571
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Negrita Sexo: M F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: gris Peso: 15

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	1,5ml	inyectable	SC	UD
Meloxicam 20%	0,15	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.824.628
RAMIREZ MEJIA

APELLIDOS

MICHELLE DAYANA

NOMBRES



michell
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-2004

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

19-MAY-2022 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2400100-01301688-F-1088824628-20220608 0079676498A 2 850473855

Powered by CamScanner

MEJIA MARIN JEIMY MARCELA
URB INVASION FRENTE A LA MANZANA 1 CASA 2 VER
01-01-013-0007 1 PEREIRA Residencial 3
10023Q0000 -51.01 1
.5 12 0913 1

MATRICULA 2014484
Fecha de Emisión 30/JUL/2024
Fecha de Vencimiento 0
09/AGO/2024
59609795

ASEO	11,385
ALUMBRADO	3,400
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGIA	14,785
ENERGIA	17,943
TOTAL	$32,728

INFORMACION DE CONSUMO



Mes	Días	Consumo	Lec. Promedio
ENE	31	55.565	37
FEB	29	59.878	39
MAR	30	52.053	37
ABR	24	21.979	35
MAY	28	23.968	36
JUN	31	34.639	39

Numero	Marca	Lec. Actual	Lec. Anterior	Diferencia	Fact.	Energía facturada	Consumo promedio
1211652	TEC	1705	1661	44	1	44	40

28/JUN/2024 - 29/JUL/2024 30
$32.5053 JUN-2024 01 Consumo Lectura Tomada

ALUMBRADO PUBLICO 3,400

MUNICIPIO DE PEREIRA

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

Pereira 891.480.030-8
032 del 2020
CRA 15 17-05 Ed Torre Central, local 108 Pereira

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Cargo energía	Subsidio	Total
0-130	44	$32.5053	30,630	-18,687	97,[illegible]

ASEO 11,385

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

Periodo Facturado 2 Aprovechables 2 Aprovechables 5 Barrido 1
Frecuencia Corte 1 Días Mes - Frecuencia Poda 2 Días Mes
Frecuencia Lavado 2 Días Mes - Ahora Mes (MES) 1 Valor Aseo AESO-83

| | | |

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Maria Luz Ruiz identificado con numero de cedula N° 1088261748 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nolon 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Maria Luz Ruiz

Propietario/acudiente:

CC: 1088261748

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Mary luz ROJAS identificado con cédula de ciudadanía número 1088261748 de BELEN DE UMBRIA en calidad de tutor de NEON, de especie CANINO, raza MESTIZO e historia clínica número 2714, 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, NEON 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: PEREIRA Fecha y Hora: 03- NOVIEMBRE - 2024

Yo MARY LUZ RUIZ Identificado con CC: 1088 261 748
con Dirección: MZ 37 CS 16 VILLA SANTANA ; Tutor de NOVA
Especie CANINO Raza MESTIZO Sexo: MACHO Edad 4 AÑOS
Historia Clinica No: 2714

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

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.

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

Nombre del TUTOR MARY LUZ RUIZ B.
CC: 1088261748.

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: _____ No. Historia Clínica: 2714

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: MARIA LUZ RUIZ Documento de identidad: 1088 261 718
Dirección: M2 37 CS 16 VILLA SANTANA Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NEVON Sexo: M F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 4 AÑOS Color: B/N Peso: 12 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACION

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

SE REALIZA QRQ EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/Kg	INY	SC	UD
MELOXICAN	0,2mg/Kg	INY	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.261.748
RUIZ BOTERO

APELLIDOS
MARY LUZ

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1986
BELEN DE UMBRIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA
B- G.S. RH
F SEXO
24-OCT-2006 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: ANA MARIA BOTERO PALACIO

Dirección: MZ 37 CS 16 VILLA SANTANA INTERMEDIO .

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	1-72050	Destinación	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1415MMRSA46767AA	Conexión	1/2 P

MATRICULA: 20503

Factura de venta N°: 57019497

Fecha de la factura: 22-Oct-2024

PERIODO DE COBRO: 17-Sep-2024 al 16-Oct-2024

TOTAL A PAGAR: $16,710

Fecha límite sin recargos: 30-Oct-2024

Me quedo sin el servicio de agua: 2024-09-28

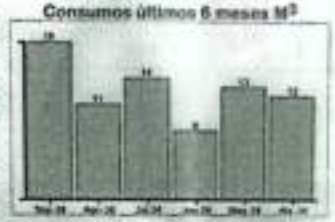
Ajuste: 1

35,700

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1220
LECTURA ANTERIOR	1206
CONSUMO M³	14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio Consumo M³	13

ACUERDOS DE PAGO

Periodo	Cuenta	Fecha Acuerdo	Saldo Acuerdo	Valor Cuota	N° Cuotas	Cuotas Pagadas
NO TIENE ACUERDOS						

Subtotal otros Cobros Asociados: $1,732

Otros cobros no asociados al servicio (Avisos)

Detalle	Cuota Inicial	Cuotas	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Cost Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	14	$2,172.54	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-69.2%)			$-28,061.16
M³ Mínimo Vital	6		$-8,011.09
Consumo Periodo			$8,856.54
Ajuste a la Decena			$ 94

Subtotal Acueducto: $8,857

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Cost Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,573.74	$36,032.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$9,043.70	$9,043.70
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,043.04
M³ Mínimo Vital	6		$-6,309.15
Consumo Periodo			$8,126.00
Ajuste a la Decena			$ 2.12

Subtotal Alcantarillado: $8,129

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Componentes Tarifarios

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS: $16,710

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: $0

Matrícula N°: 20503

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

2695

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Yadira Valencia identificado con numero de cedula N° 1092 732 182 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Tito 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 03 de Noviembre del 2024

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

Yadira Andrea Valencia V

Propietario/acudiente:

CC:

Powered by CamScanner

#2695

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yadira Nanares identificado con cédula de ciudadanía número 1002732182 de _____ en calidad de tutor de Tito, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2695, 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, Tito 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 03 de Noviembre del 2024

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

Yadira Andrea V.V

Propietario/acudiente

CC: 1002732182

Powered by CamScanner

Cel: 3125140894

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo Yadira Andrea Identificado con CC: 1002732182
con Dirección: M2 9 CS 1 Piso 2 V. Santana Tutor de Tita
Especie Felino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 4 meses
Historia Clínica No: 2695

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
OVH

En constancia que Tita 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 Yadira Andrea V.V **Firma** Yadira Andrea
CC: 1002732182

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24 — No. Historia Clínica: 2675

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yachira Andrea — Documento de identidad: 1002772182
Dirección: 212 9 C3 1 BSO2 V Sulta — Teléfono: 312 514 0884
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Titan — Sexo: M ___ F X — Raza: mestizo — Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 4 meses — Color: negro — Peso: 1,2 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa para esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam 2%	0,0 ml	inyectable	SC	UD
Amoxicilina	0,1 ml	inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.732.182
VALENCIA VELASQUEZ

APELLIDOS
YADIRA ANDREA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1997
MANZANARES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-2015 MANZANARES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0905500-00749009-F-1002732182-20150818 0046636547A 1 30071918

Powered by CamScanner



Datos del Suscriptor

Nombre: MARIN RIVERA ARNULFO

Dirección: MZ 9 CS 1 PS 2 VILLA SANTANA MONSERRATE

CICLO	7	ESTRATO	BAJO
RUTA	1-28450	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1715MMRSA03121AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	1143908
Factura de venta Nº	57021960
Fecha de la factura	22-Oct-2024
PERIODO DE COBRO:	17-Sep-2024 al 16-Oct-2024

TOTAL A PAGAR:
$20,470

Fecha límite sin recargo:	30-Oct-2024
No quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-09-24
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	25,210

Edad: 1

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

pago

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TID - M²

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

CANTIDAD DE SERVICIOS (CSS)

Aprovechables (TAa)

No Aprovechables (TSNA)

TARIFA ULTIMO MES

RECARGOS DEL PERIODO (CSS)

Ordinarios

Barrido y Limpieza

Limpieza urbana

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades Independientes | UR | UNR

TRL	TMT	TCM	TPL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
1143908

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Daniela Gonsales identificado con cédula de ciudadanía número 1088283522 de Pereira en calidad de tutor de Chuchy de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número 2711, 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 03 de NOVIEMBRE del 2024
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Daniela Gonsales R

Propietario/acudiente
CC: 1088283522

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo DANIELA GRISALES identificado con numero de cedula N° 1088283522 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Chuchy 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

Daniela Grisales R.

Propietario/acudiente:

CC: 1088283522

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel: 3137560827

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: PEREIRA **Fecha y Hora:** 03-11-2024

Yo DANIELA GRISALES **Identificado con CC:** 1088283522
con Dirección: MZ 20 A LT 10 VILLA SANTANA ; **Tutor de** CHUCHY
Especie CANINO **Raza** MESTIZO **Sexo:** HEMBRA **Edad** 1 AÑO 6 MESES
Historia Clínica No: 2711

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

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 INCLUSÒ LA MUERTE.

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:
1088283522 Daniela Grisales R _____

Powered by CamScanner

Fecha: _____ No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: DANIELA GEISALES Documento de identidad: 1088283522
Dirección: CL 20A # 10 VILLA SANTANA Teléfono: 3137560827
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: CHUCHO Sexo: M ___ F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 1 AÑO Color: _____ Peso: 11 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

SE REALIZA OVH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0,2mg/KG	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA



GRISALES RIVERA

1.088.283.522

DANIELA

COL 1.48 F

05 OCT 1990 O+

PEREIRA (RISARALDA)

12 NOV 2008 PEREIRA

21 ENE 2032

0017510 64

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0017510648240 01<<<<<<<<<<
9010059F3201211COL10882835 22<4
GRISALES<RIVERA<<DANIELA<<<<<<

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: BETANCOURT GUZMAN MARIA-EUGENIA

Dirección: MZ 20 A LT 10 VILLA SANTANA DANUBIO

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	6-5200	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1716MMRSA102297AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA

Factura de venta Nº	
Fecha de la factura	20-
PERIODO DE COBRO:	16-Ago-2024 al 1

TOTAL A PAGAR: $10,310

Fecha límite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-09-04
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	4,450
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	679
LECTURA ANTERIOR:	679
CONSUMO M³:	4

Consumos últimos 6 meses M³

Ago-24	Jul-24	Jun-24	May-24	Abr-24	Mar-24
0	0	0	0	0	0

OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
MEDIDOR TAPADO	0

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	4	$2,172.54	$8,690.16
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-12,520.59
Recargos Mes			$3.62
Consumo Periodo			$5,572.75
Ajuste a la Decena			$3.64
Subtotal Acueducto:			$5,580

ALCANTARILLADO

Descripcion	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	4	$2,573.74	$10,294.96
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-10,614.39
Recargos Mes			$1.94
Consumo Periodo			$4,724.33
Ajuste a la Decena			$3.73
Subtotal Alcantarillado			$4,730

ACUERDOS DE PAGO

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

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros no Asociados			

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
TOTAL ASEO			

ACUERDOS DE PAGO

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

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Reciclables

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TMT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS: $10,310

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: $0

Matrícula No. 531327

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

EMPRESAS ALIADAS

KR 4148

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Etelberto Guevara identificado con numero de cedula N° 4341759 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Milo 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 03 de Noviembe del 2024

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

Etelberto Guevara

Propietario/acudiente:

CC: 4.341 759

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Edelberto Guerrero identificado con cédula de ciudadanía número 4341759 de Anserma en calidad de tutor de Milo, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2694, 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, Milo 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

Edelberto Guerrero

Propietario/acudiente

CC: 4341759

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel 3133696974

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03-11-2021

Yo Etelberto de Jesus Guerrero **Identificado con CC:** 4.341.759
con Dirección: M2 11 CD 8 Jes villa Santana **; Tutor de** Milo
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: 2694

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
Milo

En constancia que Milo 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 Etelberto Guerrero **Firma** _____
CC: 4.341759

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2021 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2694

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: ESLIBERTO DE JESUS GUERRERO Documento de identidad: 4341759
Dirección: MZ 11 CS 8 JES VILLA SANTANA Teléfono: 3133696979
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MILU Sexo: M ___ F X Raza: MESTIZO Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 6 MESES Color: TRICOLOR Peso: 3.5KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — 0 C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

SE REALIZA OVH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0,2mg/KG	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

MZ 11 CS 8 JES VILLA SANTANA MONSERRATE

01-01-012-7525 | 1 PEREIRA | Residencial | 3

10023O0000 | -39.59 | 2

0 | 12 | 0013 | 1

MATRÍCULA ——————>>> 589614

Fecha de Emisión: 30/SEP/2024

Facturas Vencidas: 0

Tengo plazo para pagar hasta: 09/OCT/2024

Me quedo sin servicio desde:

Documento equivalente a la factura: 60139540

ASEO:	22,381
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,331
ENERGÍA:	26,646
TOTAL	$53,977

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	73	70.339	31
ABR	69	63.163	30
MAY	63	58.676	30
JUN	60	56.171	30
JUL	34	19.900	31
AGO	12	10.637	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	80060479	MER	14764	14712	52	1	52	51	
Reactiva									

Periodo facturado: 29/AGO/2024 - 28/SEP/2024 | Días facturados: 31 | Observación:

Valor kWh: 848.2198 | Tarifa a partir de: AGO-2024 | Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	52	848.2198	44,107	-17,461	26,646

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

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

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 | FIUGj,n,q 15

DIUu,te 0 | FIUu,te 1

DIUu,n,q,m 0 | FIUu,n,q,m 0

VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 34,692 | Fecha P 04/SEP/2024

Otros

Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 26,646

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	44,107	44,107
561	Subsidio	0	-17,461	-17,461

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira | Nit: 891.480.030-2

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

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

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

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

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

Tarifa últimos 6 meses

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

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

Componentes Tarifarios

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

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes Res:1 | Cuotas Pendientes

Periodo Facturado AGO/2024 | Últ. Pago y Fec. 34,692 P 04/SEP/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:	.069
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

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

GERENTE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR Resolución CREG 185 007 de 2024

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

energía DE PEREIRA
NIt. 816.002.019-9
www.eep.com.co

Matrícula 589614

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $49,027

Pago total factura $53,977

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Elana Hincapie identificado con numero de cedula N° 1098312543 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado End 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 03 de Noviembre del 2024

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

Elana Hincapie.

Propietario/acudiente:
CC: 1.098.312.543

#2710

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Heliar Huncapie identificado con cédula de ciudadanía número 1098312583 en calidad de tutor de Eva, de especie Canino, raza Husky e historia clínica número 2710, 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, Ella 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 03 de Noviembre del 20___

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

Eliana Huncapie.

Propietario/acudiente

CC: 1.098.312.543.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel. 3332915237

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/11/24

Yo Heliana Hincapie **Identificado con CC:** 1098312543
con Dirección: _____ **; Tutor de** Eva
Especie canino **Raza** Husky **Sexo:** Hembra **Edad** 3 años
Historia Clínica No: 2710

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC:
Eliana Hincapie
1.098.312.543

Firma
Eliana H.

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 7710

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Heliana Hincapie Documento de identidad: 1098378543
Dirección: Cra 19 #20 E V Santa Teléfono: 333 291 52 37
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Cha Sexo: M__ F X Raza: Husky Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 año/ Color: negra gris Peso: 25 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilizacion
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	0,2ml	Inyectable	SC	UD
Amoxicilina	2,5ml	Inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.098.312.543**

HINCAPIE GRISALES

APELLIDOS

ELIANA MARCELA

NOMBRES

Eliana Marcela Hincapie

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1997**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-SEP-2015 CIRCASIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2400100-00942564-F-1098312543-20171003 **00577**69975A 2 4534558897

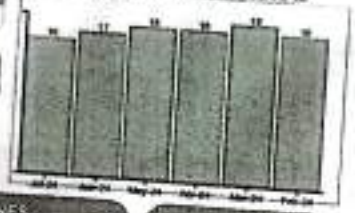
Powered by CamScanner

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

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO M³
256	236	20

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	18

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	20	$2,172.54	$43,450.80
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-33.4%)			$-14,456.14
Recargos Mes			$65.78
Consumo Periodo			$38,397.83
Ajuste a la Decena			$-3.61
Subtotal Acueducto			$38,460

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	20	$2,573.74	$51,474.80
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-33.4%)			$-14,784.91
Recargos Mes			$82.88
Consumo Periodo			$41,733.64
Ajuste a la Decena			$3.48
Subtotal Alcantarillado			$41,600

(415)7709695021023025000000000794001000000038000000000[96]220040830

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

GRISALES JAIR

Dirección: CR 19 # 20 E- 38 EL OTONO VILLA SANTANA

CICLO	7	ESTRATO	BAJO
RUTA	2-6800	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	H23VA046891	Diámetro	1/2 P

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aladas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Día Aseo:

Tipo M³:

Concepto	Fecha Inicial	Saldo Mes	Total

ACUERDOS DE PAGO — TOTAL ASEO

Detalle	Cuota	F. Inicial	Vr. Cuota	Saldo	N	Cuotas Pendientes

Subtotal Acuerdos Asociados

MATRÍCULA	811
Factura de venta N°	566
Fecha de la factura	22-Ago-2
PERIODO DE COBRO	16-Jul-2024 al 15-Ago-

TOTAL A PAGAR:

$80,260

Fecha límite sin recargo: 30-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago	2024-08-06
Lugar último pago	TORRE CENTRAL NORMAL
Valor último pago	82,320

Edad: 1

Código QR

CANTIDAD DE SUBSIDIOS (TON)

Aprovechables (TRA):

No Aprovechables (TNA):

Tarifa Último Mes

Componentes Tarifarios

Último Pago

Unidades Independientes: UAI | UVR

TBL	TRT	TDF	PTL	TLU	RT	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56066794	811760	22-Ago-2024
Dirección del Predio:	CR 19 # 20 E- 38 EL OTONO VILLA SANTANA	

AGUAS Y AGUAS

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $80,260

Kit 2601

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Mary Luz Ruiz identificado con numero de cedula N° 1088261748 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Hany 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 3 de Noviembre del 2024

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

Mary Luz Ruiz Botero # 2712

Propietario/acudiente:
CC: 1088261748

En constancia que Hany 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** 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
CC: Mary Luz Ruiz B
1088261748.

Firma Mary Luz Ruiz

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Mary luz Ruiz identificado con cédula de ciudadanía número 1088326748 de Pereira en calidad de tutor de Hany de especie perro, raza Mestizo e historia clínica número 2712, 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, Hany 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 3 de Nov del 2024

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

Mary luz Ruiz

Propietario/acudiente
CC:

En constancia que Hany 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** 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
CC: Mary Luz Ruiz B
1088261748.

Firma Mary Luz Ruiz

Powered by CamScanner

Cel. 3147616877

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 31/Oct/2024

Yo Mary Luz Ruiz Identificado con CC: 1088261748
con Dirección: Villa santana ; Tutor de Nany
Especie felino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad + 6 meses
Historia Clinica No: _____

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

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.

En constancia que Nany 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** Paula Cabrera **con matricula 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 Mary Luz Ruiz B
CC: 1088261748.

Firma Mary Luz Ruiz

Powered by CamScanner

Fecha: 3 Nov/24

Felicino Veterinaria

No. Historia Clínica: 212

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mary Luz Ruiz
Dirección: Villa santana
Documento de identidad: 1039261748
Correo Electrónico:
Teléfono: 3147616847

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Harry
Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: Peso: 3kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: /rpm F. Cardiaca: /lpm Temperatura: °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico
Estuporoso ; Comatoso , Alerta X Otro:

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	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 sin alteraciones fisiológicas

Fecha: 3 Nov/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: AR

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mary Luz Ruiz Documento de identidad: 1089261948
Dirección: Villa santana Teléfono: 3147616897
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Harry Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: +6 meses Color: Peso: 3kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ___ /rpm F. Cardiaca: ___ /lpm Temperatura: ___ °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___ :
Estuporoso ___ ; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OPO. en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	INY	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	INY	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.261.748

RUIZ BOTERO

APELLIDOS

MARY LUZ

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1986

BELEN DE UMBRIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

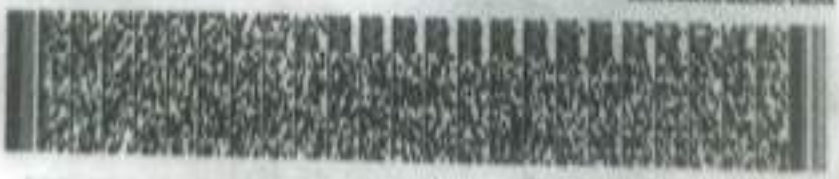
1.52
ESTATURA

B-
G.S. RH

F
SEXO

24-OCT-2006 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2400100-00037206-F-1088261748-20160621 0050201330A 1 4543997013

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

ANA MARIA BOTERO PALACIO

MZ 37 CS 16 VILLA SANTANA INTERMEDIO .

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	1-72050	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1415MMRSA46767AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA 20503

Factura de venta Nº 57019497

Fecha de la factura 22-Oct-2024

PERIODO DE COBRO: 17-Sep-2024 al 16-Oct-2024

TOTAL A PAGAR
$16,710

Fecha límite sin recargo: 30-Oct-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

2024-09-28

APOSTAR

35,700

1

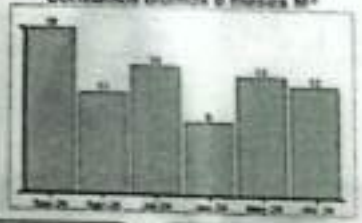
Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 1220

LECTURA ANTERIOR: 1206

CONSUMO M³: 14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio Periodos M³: 13

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	# Cuotas	# Pago	Valor Cuota	Saldo	%	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros Asociados $1,732

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Ajustes)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	14	$2,172.84	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-69.2%)			$-28,961.19
Mí¿½nimo Vital	6		$-6,911.03
Consumo Periodo			$6,856.54
Ajuste a la Decena			$.94

Subtotal Acueducto $6,857

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,572.74	$36,018.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$9,043.76	$9,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-26,643.64
Mí¿½nimo Vital	6		$-6,309.73
Consumo Periodo			$8,128.60
Ajuste a la Decena			$ 2.72

Subtotal Alcantarillado $8,129

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Componentes Tarifarios

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$16,710

Matrícula Nº
20503

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Mayerlin Ruiz identificado con numero de cedula N° 1088261748 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Hanny 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 3 de Noviembre del 2024

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

Mayerlin Ruiz Bolaños

Propietario/acudiente:

CC: 1088261748

2712

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Mary Luz Ruiz identificado con cédula de ciudadanía número 1088261778 de Pereira en calidad de tutor de Harry, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2712, 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, Harry 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 3 de Nov del 2024

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

Mary Luz Ruiz

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

cel. 3147616947

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 31/NOV/2024

Yo Mary Luz Ruiz **Identificado con CC:** 1088261748
con Dirección: Villa santana ; **Tutor de** Hany
Especie felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** +6 meses
Historia Clínica No: _____

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

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.

En constancia que Hany 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 Mary Luz Ruiz B
CC: 1088261748.

Firma Mary Luz Ruiz

Powered by CamScanner

Fecha: 3 Nov/24 — UNIVERSIDAD DE PEREIRA — HOSPITAL VETERINARIO — No. Historia Clínica: 212

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Mary Luz Ruiz — Documento de identidad: 1093261748
Dirección: Villa Santana — Teléfono: 3147616847
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Hamy — Sexo: M X F __ — Raza: Mestizo — Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: +6 meses — Color: _____ — Peso: 3Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	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 en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OPO. en jornada de esterilización
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UB
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UB

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.261.748**

RUIZ BOTERO

APELLIDOS

MARY LUZ

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1986**

BELEN DE UMBRIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-OCT-2006 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2400100-00837286-F-1088261748-20160621 0050201330A 1 4543967013

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo DANIELA RUBIDA ARIAS identificado con numero de cedula N° 1006 315 200 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado KIRA 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 03 de NOVIEMBRE del 20 24

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

Natalia Velasco Mer

Propietario/acudiente:
CC: 1006536283

#2716

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo DANIELA RUBIELA ARIAS identificado con cédula de ciudadanía número 1006315200 de ANSERMANUEVO en calidad de tutor de KIRA, de especie CANINO, raza PITBULL 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, KIRA 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 03 de 11 del 2021

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

Natalia Velasco Rea #2716

Propietario/acudiente
CC: 1006536283

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel: 3008662256

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/11/24

Yo Daniela Rubiela Arias **Identificado con CC:** 1006315200
con Dirección: M2 104 CS3 V Santana **; Tutor de** Kira
Especie Canino **Raza** Pitbull **Sexo:** Hembra **Edad** 3 años
Historia Clínica No: 2716

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 DVH

En constancia que Kira 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 Natalia Vilorio **Firma**
CC: 1006536283

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 | Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 2218

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Daniela Arias Documento de identidad: 1006315200
Dirección: M2 104 C53 V Santana Teléfono: 3008662256
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kira Sexo: M ___ F X Raza: Pitbull Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: blanca Peso: 18 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 20%	0,2ml	inyectable	SC	UD
Amoxiclina	2ml	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

ROJAS
CS 3 VILLA SANTANA INTERMEDIO
18-2680 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 3
10024P0000 -50.79 1
Carga contratada (kW) 0 Grupo calidad 12 Circuito 0013 NIT 1

589259

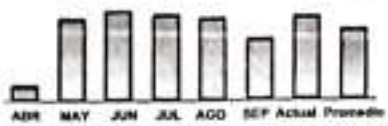
MATRÍCULA

Fecha de Emisión: 30/OCT/2024
Factura Anterior: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 12/NOV/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60410332

ASEO:	10,991
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,391
ENERGÍA:	29,106
TOTAL	$43,497

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ABR	11	10,003	30
MAY	78	64,529	30
JUN	76	71,158	30
JUL	73	60,773	31
AGO	70	58,547	30
SEP	51	43,259	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677014598	CHI	13524	13453	71	1	71	59	
Reactiva									

Periodo facturado: 29/SEP/2024 - 29/OCT/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 832.9872 Tarifa a mes de: SEP-2024 Tipo de factura: FACT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	71	832.9872	59,142	-30,036	29,106

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

G	T	TD	R	D	C	CU
333.1922	48.5516	59.6378	11.1672	282.0564	98.3820	832.9872

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 35,238 Fecha P 09/OCT/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 29,106

COD.	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	59,142	59,142
561	Subsidio	0	-30,036	-30,036

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

MUNICIPIO DE PEREIRA

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

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 10,991

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

Frecuencia (vec/sem): 2 No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESI

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
11340	11340	11380	11380	11480	109

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,055	24,055
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
999	Subsidio Aseo	0	-24,694	-24,694

Componentes Tarifa

	15581.95
TBL:	7962.46
TRT:	2848.67
TDF:	3324.74
TC:	180.747
TA:	632.653
TTL:	4448.82
TLU:	-69.21
% SUB/CON:	
Res:1	

Valor Financiado 0
Periodo Facturado SEP/2024
Unidades Independientes 35,238 P 09/OCT/2024
Ult. Pago y Fec.

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

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	185.7
Costo Variable No Aprovechable:	11443.
Costo Variable Aprovechable (VBA):	

GERE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR
Resolución CREG 185 007 de 2024

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

Matrícula 589259

Escanee y pague tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAG

Pago SIN AP y Terceros $40,0

Pago total factura $43,4

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.315.200**

ARIAS CORREA

APELLIDOS

DIANA RUBIELA

NOMBRES

Diana Arias Correa

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-1994**

ANSERMANUEVO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-JUN-2012 MISTRATO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-2400100-01265121-F-1006315200-20211111 0076302906A 1 8502380436

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Mari luz Ruiz identificado con numero de cedula N° 1088261748 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado lola 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Mary Luz Ruiz B.

Propietario/acudiente:

CC: 1088261748

#2713

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Mary luz Ruiz identificado con cédula de ciudadanía número 1088261748 de _____ en calidad de tutor de Lola, de especie felino, raza Mestizo e historia clínica número 2713, 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, Lola 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 03 de Noviembre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC:

#2713

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/11/24

Yo Mary Luz Ruiz **Identificado con CC:** 1088261748
con Dirección: M2 37 CS 16 V Santana ; **Tutor de** lola
Especie felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** + 6 meses
Historia Clínica No: 2713

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

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.

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

Nombre del TUTOR MARY LUZ RUIZ BOTERO **Firma**
CC: 1088261748.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam 20%	0,03ml	inyectable	SC	UD
Amoxicilina	0,3ml	inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.261.748**

RUIZ BOTERO

APELLIDOS

MARY LUZ

NOMBRES

FIRMA



#2713



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1986**

BELEN DE UMBRIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-OCT-2006 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2400100-00637286-F-1088261748-20160621 0050201330A 1 4543967013

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S ESP
NIT. 816.002.020-7
VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Ruar: 1-66001350-2
Autorretenedores de servicios públicos
Responsables de IVA y Autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

Nombre: ANA MARIA BOTERO PALACIO

Dirección: MZ 37 CS 16 VILLA SANTANA INTERMEDIO .

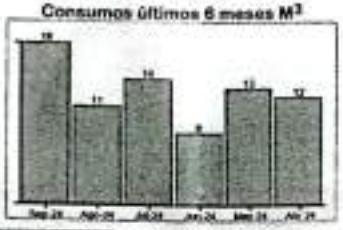
CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	1-72050	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P1415MMRSA46787AA	Diámetro	1/2 P

MATRICULA	20503
Factura de Venta Nº	57019497
Fecha de la factura	22-Oct-2024
PERIODO DE COBRO:	17-Sep-2024 al 16-Oct-2024
TOTAL A PAGAR:	**$16,710**
Fecha límite sin recargo:	30-Oct-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago	2024-09-28
Lugar último pago	APOSTAR
Valor último pago	35,700
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1220
LECTURA ANTERIOR	1206
CONSUMO M³	14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual M³	13

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
INT DTF ACUEDUCTO						

Subtotal otros Cobros Asociados $1,732

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Pague su factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	14	$2,172.54	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-69.2%)			$-26,061.15
Mí¿¼nimo Vital	6		$-6,911.09
Consumo Periodo			$6,856.54
Ajuste a la Decena			$.94

Subtotal Acueducto: $6,857

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,573.74	$36,032.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-68.2%)			$-20,643.64
Mí¿¼nimo Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$6,120.00
Ajuste a la Decena			$ 2.72

Subtotal Alcantarillado $6,120

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TOA-M³

CONCEPTO	M³ ANTERIOR	VALOR M³	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DES-COMPUESTOS

Ordinarios

Reciclo y Limpieza

Limpieza urbanos

Recolectados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNH

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS	$16,710
Matricula No.	20503
TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS	$0

Cupón para Entidad Recaudadora

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

Kit 1526

EMPRESAS ALIADAS

#2713

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Flor María Henao Gallego identificado con cédula de ciudadanía número 42122437 de Chinchiná en calidad de tutor de Lia, de especie _____, raza _____ e historia clínica número 2704, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

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

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

#2704

FLOR MARIA HENAO

Propietario/acudiente

CC: 42122437

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Flor María Henao identificado con numero de cedula N° 42122437 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Lulú 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 03 de Noviembre del 2024

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

FLOR MARÍA HENAO

Propietario/acudiente:

CC: 42122437

#2704

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Col 3116411301

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo flor maria Henao Identificado con CC: 42122437
con Dirección: m23 cs 6 Turpana ; Tutor de Tula
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 1 año
Historia Clinica No: 2704

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

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.

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC: 42122437 FLOR MARIA HENAO

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2704

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Flor María Henao Documento de identidad: 42 122 437
Dirección: M23 C51C V1 Salvia Teléfono: 311 641 1301
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tula Sexo: M F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: Amarillo Peso: 15 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 20%	0,15	Inyectable	SC	UD
Amoxicilina	1,5 ml	Inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional.

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

...TOR / DATOS TECNICOS

PARCIAL ***

CARLOS ALBERTO JIMENEZ PINEDA
URB MZ 3 CS 1C VILLA SANTANA MARGARITAS II

01-01-017-4050 | 1 PEREIRA | Residencial | Ciclo 3
10024T0000 | Subsidio -51.09 | Estrato 1
Carga Contratada (KW) 0 | Clase Calidad 12 | Circuito 0013 | NT 1

MATRÍCULA >>> 759357

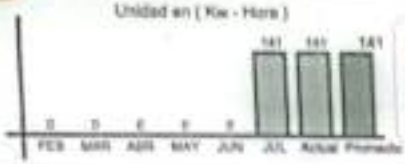
Fecha de Emisión: 03/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta:
03/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura:
59873496

ASEO:	0
ALUMBRADO:	0
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	0
ENERGÍA:	0
TOTAL	$101,824

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	KWh	Valor	Días facturados
FEB	0		30
MAR	0	0	31
ABR	0	0	30
MAY	0	0	30
JUN	0	0	30
JUL	141	117,383	31

Activa	23650057	HIK	110	99969.1	140.9	1	141	141	
Reactiva									

Periodo facturado: 30/JUL/2024 - 29/AGO/2024 | Días facturados: 30 | Observación: Cambio de Medidor(Dia a/d
Valor kWh: 836.3899 | Fecha a leer en: JUL-2024 | Tipo de factura: EPI Consumo Promedio Individual

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	0	108,731
>130	11	836.3899	9,200		9,200

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

G (Generación) +	T (Transmisión) +	D (Distribución) +	C (Comercialización) +	P (Pérdidas) +	R (Restricciones) +	Otros (Subsidio) +	CU (Comercialización) +	CD (Comercialización)
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192			836.3899

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Cuota actual	Cuota pendiente
Cuota Mediador	85,305	85,305	3 al 1.09% interes

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 | FIUGj,n,q 15
DIUu,te 0 | FIUu,te 2
DIUu,n,q,m 0 | FIUu,n,q,mt
VC .00

ÚLTIMO PAGO

Fecha: P57 22/AGO/2024
Valor: 85,162
Otros:
Valor en mora:
Proximo

ENERGÍA

0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
	Valor Saldo		101,824	

EEP S.A. ESP. NIT. 816.002.019-9 ORIGINAL PEREIRA
23 SEP 2024
PAGO PROGRAMADO

ALUMBRADO PÚBLICO

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL

Responsable del Alumbrado Público: Pereira | Nit: 891.480.030-8
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 de 2005
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO

0

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 2 - Barrido
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Und Aseo: RESID

Tarifa últimos 6 meses

10280	11340	11340	11340	11380	11380

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	881.46
TDR:	3123.641
TC:	3967.99
TA:	194.764
TTL:	668.125
TLU:	4262.97
% SUB/CON:	46.20

Valor Financiado: 0 | Unidades Independientes: Res 1 | Cuotas Pendientes: 85,162 P 03/AGO/2024
Periodo Facturado: JUL/2024 | Ult. Pago y Fec.:

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

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	194.764
Costo Variable No Aprovechable:	
Costo Variable Aprovechable (VBA):	12811.23

GERENTE

EMPRESA DE LOS SOFTWARE ACTIVOS LTDA - NIT 900299634 - 3

energía DE PEREIRA
Nit 816002019-9
www.eep.com.co

Matrícula 759357

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros

Pago total factura $101,824

(415)7709998015652(8020)020000759357(3900)000000101824(96)20240903

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Martha Jaramillo identificado con numero de cedula N° 42141723 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Maverik 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 03 de Noviembre del 2024

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

Jaramillo 42141723 #2706

Propietario/acudiente:

CC:

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Martha [illegible] identificado con numero de cedula N° 42141723 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Misubur 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 03 de Noviembre del 2024

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

Jazmin P. VC 1423

Propietario/acudiente:
CC:

#2806

Powered by CamScanner

Cel: 3195057913

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/11/24

Yo Martha Jazmin Identificado con CC: 42.141723
con Dirección: Cll 19 #2-51 Santa Rita Tutor de Maverik
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Macho Edad 1.5 años
Historia Clínica No: 2706

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: jazminp 42141723

Firma jazminp

Powered by CamScanner

Fecha: 05/11/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2706

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Martha Jaramillo Documento de identidad: 42141723
Dirección: CL 19 #2-51 Teléfono: 319 505 913
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Marduk Sexo: M__ F X Raza: Negro Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: Negro Peso: 10 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.141.723

PIEDRAHITA RAMIREZ

APELLIDOS

MARTA JAZMIN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1980

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAR-1999 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00113781-F-0042141723-20081028 0004951584A 1

Powered by CamScanner

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTA JAZMIN

Apellidos:

PIEDRAHITA RAMIREZ

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

42141723

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Powered by CamScanner

Datos del Suscriptor

Nombre: FLOR ELISA RODAS

Dirección: CL 19 # 2- 51 SANTA TERESITA

CICLO: 3 | ESTRATO: MEDIO BAJO

RUTA: 7-14550 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor No: C16LA1P9214AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 13

Factura de venta N°: 5

Fecha de la factura: 14-JU

PERIODO DE COBRO: 13-May-2023 al D

TOTAL A PAGAR:

$20,040

Fecha límite sin recargos: 22-Jun-2023

Me quedo sin el servicio de agua: 23-Jun-2023

Fecha último pago: 2023-03-23

Lugar último pago: TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL

Valor último pago: 136.020

Edad: 2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 213

LECTURA ANTERIOR: 213

CONSUMO M³: 0

Consumos últimos 6 meses M³

Observaciones: SIN OBSERVACION

Facturación mensual M³: 9

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicial	F. Final	No. Cuota	Saldo	%	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Acueducto		$8.826,50	$8.826,50
Subsidio Acueducto			$-1.120,97
Recargos Mes			$01,05
Consumo Periodo			$7.705,53
Ajuste a la Decena			$3,42
Saldo Fact. Anteriores			$8.140,00

Subtotal Acueducto: $15.910

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Alcantarillado		$4.734,43	$4.734,43
Subsidio Alcantarillado			$-601,27
Consumo Periodo			$4.130,00
Ajuste a la Decena			$-3,16

Subtotal Alcantarillado: $4.130

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alcance)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros no Asociados

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Concepto	Saldo Anterior	Valor Mes	Total

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicial	F. Final	No. Cuota	Saldo	%	Cuotas Facturadas

Subtotal otros Cobros Asociados

Código QR

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP
NIT 816.002.025-7

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
5410	132945	14-Jun-2023

Dirección del Predio: CL 19 # 2- 51 SANTA TERESITA

TOTAL A PAGAR: $20,040

Cupón para Entidad Recaudadora

Kt 7099

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

GILBERTO ARROYAVE GARCES
URB M 17 CS 13 VILLA SANTANA MONSERRATE
01-01-012-5525 1 PEREIRA Residencial 3
10022T0000 -39.59 2
0 12 0013 1

MATRICULA 22228
Fecha de Emisión 30/SEP/2024
0
09/OCT/2024
60133448

ASEO 10,331
ALUMBRADO 4,960
OTRAS EMPRESAS 0
SUBTOTAL SIN ENERGIA 15,891
ENERGIA 70,857
TOTAL $86,748

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - días)

Mes	kWh	Días facturados
MAR	120	31
ABR	121	30
MAY	120	31
JUN	132	30
JUL	127	31
AGO	133	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	97847	HXE	16438	16303	135	1	135	127	
Reactiva									

Periodo facturado 29-AGO2024 - 28/SEP/2024 Días facturados 31
Vencimiento 848.2198 Tarifa aplicada 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	5	848.2198	4,241		4,241

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (D) Distribución	+ (R) Restricciones	+ (C) Comercialización	+ (PR) Pérdidas	= 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 .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 85,472 Fecha P 01/SEP/2024
Otros
Valor en Reclamación Prorata

ENERGÍA 70,857

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	114,510	114,510
561	Subsidio	0	-43,653	-43,653

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,960

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,960	4,960

Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No. 832 del 2005
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central Local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

ASEO 10,931

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 3 Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Meses Mes (Mes): 1 Uso Asea: RESID-ES

Tarifa últimos 6 meses

11340	11340	11340	11380	11380	11400

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23,859	23,859
858	C V Aprovecharslando	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
999	Subsidio Aseo	0	-24,559	-24,559

Componentes Tarifarios
TBL: 15681.93
TDT: 7962.48
TDF: 2648.67
TC: 1324.74
TA: 185.747
TTL: 832.892
TLU: 4252.11

EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA
NIT 816.002.019-9
PUNTO DE PAGO: TORRE C. H. ADICIONAL
DIRECCION: Edif. Torre Central
Fecha: 16/10/2024 05:58:38 p.m. 17:58
Trans: 15013320 Id: 0100022222814
Cajero: c4142-LINA YAZMIN GIRALDO BETANC
OM-018/2019 FP: E

EMPRESA FACTURA VALOR
EMPRESA DE ENER 0002222814 $86.748

TOTAL REGISTROS: 1
TOTAL: $ 86.748,00

CONSERVE SU TICKET PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO
GRACIAS POR SU PAGO

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Natalia Velazco identificado con numero de cedula N° 1006536283 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado MIO 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 03 de Noviembre del 2024

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

#2715

Natalia Velazco Ruiz

Propietario/acudiente:

CC: 1006536283

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Natalia Velasco identificado con cédula de ciudadanía número 1006536283 de _____ en calidad de tutor de Milo, de especie felino, raza mestizo e historia clínica número 2715, 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 03 de Noviembre del 2024

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

#2715

Natalia Velasco Re

Propietario/acudiente

CC: 1006536283

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/11/24

Yo Natalia Velarco **Identificado con CC:** 1006536283
con Dirección: Mz 10A C3 V Santana **; Tutor de** Mia
Especie felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 3 años
Historia Clínica No: 2715

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
OVH

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 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 Natalia Velarco Mz **Firma** Natalia Velarco
CC: 1006536283

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 — Universidad de Pereira — Hospital Veterinario — No. Historia Clínica: 275

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Natalia Velazco Documento de identidad: 1006536283
Dirección: M2 104 C53 V Sauzal Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mia Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: Amarillo Peso: 2 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

Yo _____
que he
cuidad
para

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	0,3ml	inyectable	SC	UD
meloxicam 20	0,3ml	inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.315.200
ARIAS CORREA
APELLIDOS
DIANA RUBIELA
NOMBRES

Diana Arias Correa
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1994
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUN-2012 MISTRATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-2400100-01265121-F-1006315200-20211111 0076302906A 1 8502380436

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

ROJAS
CS 3 VILLA SANTANA INTERMEDIO
1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 3
10024P0000 -50.79 1
Cargada (kW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0013 NE: 1

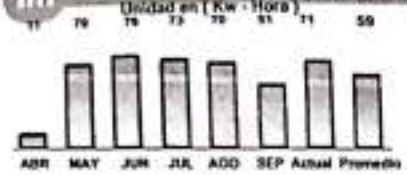
MATRÍCULA 589259

Fecha de Emisión: 30/OCT/2024
Próxima Fecha de Lectura: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 12/NOV/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento soporte de la factura: 60410332

ASEO:	10,991
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,391
ENERGÍA:	29,106
TOTAL	$43,497

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ABR	51	10,069	30
MAY	78	64,529	30
JUN	76	71,550	30
JUL	73	60,773	31
AGO	70	58,547	30
SEP	51	43,259	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677014598	CHI	13524	13453	71	1	71	59	
Reactiva									

Periodo facturado: 29/SEP/2024 - 29/OCT/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 832.9872 Tarifa a mes de: SEP-2024 Tipo de factura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	71	832.9872	59,142	-30,036	29,106

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(P) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización =	(CU) Costo kWh
333.1922	48.5516	59.6378	11.1672	282.0564	98.3820	832.9872

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 35,238 Fecha P 09/OCT/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG,n,q 22 FIUG,n,q 15
DIUu,te 0 FIUu,te 1
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .09

Para Generar Empresas de Energía de Pereira S.A.E.S.P

ENERGÍA 29,106

COD.	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	59,142	59,142
561	Subsidio	0	-30,036	-30,036

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
337	Alumbrado Publico Pereira		3,400	3,400

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-7
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2003
Ubicación 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 10,991

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

Frecuencia (veces/sem): 2 No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 1 (Veces/Año) RESID
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): Uso Aseo:

Tarifa últimos 6 meses

11340	11340	11380	11380	11490	100
1	1	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,055	24,055
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
993	Subsidio Aseo	0	-24,694	-24,694

Componentes Tarifa
15681.95
TBL: 7962.66
TRT: 2848.67
TDF: 3924.74
TC: 185.747
TA: 632.693
TTL: 4448.02
TLU: -69.20
% SUB/CON:
Res:1

Valor financiado 0
Periodo Facturado SEP/2024 Unidades Independientes 35,238 P 09/OCT/2024
Ult. Pago y Fec.

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

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: .001
Barrido y Limpieza: .009
Limpieza urbanos: .021
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo: 185.7
Costo Variable No Aprovechable: 11443.
Costo Variable Aprovechable (VBA):

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CODIGO QR Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.079-9
www.enp.com.co
Matrícula
589259

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAG
Pago SIN AP y Terceros $40,6
Pago total factura $43,

Powered by CamScanner

Cel: 3102643181

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Kelin Andrea V identificado con numero de cedula N° 1004682176 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Michi 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 03 de Nov del 20 24

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

Kelin Andrea

Propietario/acudiente:

CC: 1004682176

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo KELIN ANDREA VELASQUEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1004682176 de PEREIRA en calidad de tutor de MICHI de especie FELINO, raza MESTIZO e historia clínica número 2705.

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, MICHI 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

Kelin Andrea

Propietario/acudiente

CC: 1004682176

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD PEREIRA

HOSPITAL VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: PEREIRA Fecha y Hora: 03-11-2024

Yo KELLY ANDREA VELASQUEZ Identificado con CC: 1004682176

con Dirección: MZ 20 CS 1 VILLA SANTANA Tutor de MICHI

Especie FELINO Raza MESTIZO Sexo: MACHO Edad 5 AÑOS

Historia Clinica No: 2705

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

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.

En constancia que MICHI 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** _____ **con matricula profesional No**_____, **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
CC: 1004682176

Firma

KELLY ANDREA

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2024 No. Historia Clínica: 2705

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: KELIN ANDREA VELASQUEZ Documento de identidad: 1004 682 176
Dirección: M2 20 CS 1 VILLA SANTANA Teléfono: 3202613181
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MICHI Sexo: M F X Raza: MESTIZO Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: B/N Peso: 4 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACION

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

Descripción de los Hallazgos: PACIENTE EN 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

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

SE REALIZA QRQ EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAM	0,2mg/KG	INY	SC	UD

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.682.176
VELASQUEZ CESPEDES

APELLIDOS
KELIN ANDREA

NOMBRES

Kelin Andrea Velasquez

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-2001
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
10-OCT-2019 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-2400100-01329852-F-1004682176-20221121 0090820046A 1 8505838006

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: DEYSSI VIVIANA MEJIA

Dirección: MZ 20 CS 1 VILLA SANTANA DANUBIO

CICLO: 7 | ESTRATO: BAJO BAJO

RUTA: 6-10600 | Clase de uso: RESIDENCIAL

Medidor N°: F21SMMIAL144234AA | Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 1859917

Factura de venta N°: 56320006

Fecha de la factura: 19-Jun-2024

PERIODO DE COBRO: 16-May-2024 al 15-Jun-2024

TOTAL A PAGAR: $6,840

Fecha límite sin recargo: 26-Jun-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-06-04

Lugar último pago: APOSTAR

Valor último pago: 9,770

Edad: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 172

LECTURA ANTERIOR: 166

CONSUMO M³: 6

Consumos últimos 6 meses M³

OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 6

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados: $1,030

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliados)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	5,810	$2,277.63	9

Subtotal otros Cobros no Asociados: $5,810

Código QR

Paga tu factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	6	$2,172.04	$13,032.24
Cargo Fijo Acueducto		$6,403.17	$6,403.17
Subsidio Acueducto			$-19,571.36
Recargo Mes			$4.00
M³ Sobre Vital	1		$-6,811.83
Consumo Periodo			
Ajuste a la Decena			$4.70

Subtotal Acueducto: $0

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Mantenimiento Alcantarillado	6	$2,573.74	$15,442.44
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcantarillado			$-19,176.45
Recargo Mes			$2.77
M³ Sobre Vital	6		$-6,309.75
Consumo Periodo			$2.77
Ajuste a la Decena			$2.77

Subtotal Alcantarillado: $0

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Concepto	Valor Unitario	Valor M³	Total

Total Aseo

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

CARGOS DE RESIDUOS (TDR)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

MEDIDAS DEL PERIODO (TDR)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazables

Componentes Tarifarios

Último pago

Unidades independientes | UR | UNR

TBL	TMT	TDF	TTL	TLU	TO	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56320006	1859917	19-Jun-2024

Dirección del Predio: MZ 20 CS 1 VILLA SANTANA DANUBIO

AGUAS Y AGUAS

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR: $6,840

Kit 4252

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Carlos Mosquera identificado con numero de cedula N° 7240257 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Carlos Mosquera

Propietario/acudiente:

CC: 7249257

#2697

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Carlos Mosquera identificado con cédula de ciudadanía número 7240257 de _____ en calidad de tutor de Mono, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ 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 03 de Noviembre del 2029

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

Carlos Mosquera

Propietario/acudiente

CC: 7249257

#2697

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/10/24

Yo Carlos Mosquera **Identificado con CC:** 72 40257
con Dirección: M2 21 B 16 V. Santana **; Tutor de** Mono
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 2 años
Historia Clínica No: 7697

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: 72492257

Firma
Carlos Mosquera

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2697

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carlos Marquez Documento de identidad: 72 40257
Dirección: M2 21 CS 16 V. Suiza Teléfono: 324 379 7595
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mono Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: gris Peso: 2 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza esterilización en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 10%	0,2	inyectable	SC	UD
Amoxicilina	0,2	inyectable	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

...MILLO BLANCA AURORA
...21 CS 16 VILLA SANTANA MONSERRATE
...01-012-3900 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Valor 3
Referencia 10023T0000 Cambio de Lectura Subsidio -51.09 Estrato 1
Cargo Fijo (Kw) 0 Grupo Calidad 12 Circuito 0013 NT 1

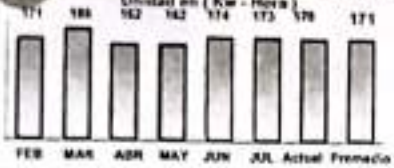
MATRICULA 735126

Fecha de Emisión 29/AGO/2024
Facturas Vencidas 0
Tengo plazo para pagar hasta: 03/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura 59875519

ASEO:	11,494
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,194
ENERGÍA:	86,640
TOTAL	$115,834

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	171	151,385	30
MAR	186	165,608	31
ABR	162	148,295	30
MAY	162	140,339	30
JUN	174	162,896	30
JUL	173	144,023	31

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en liquidación
Activa	80060610	MER	28386	28216	170	1	170	171	
Reactiva									

Periodo facturado 30/JUL/2024 - 29/AGO/2024 Días facturados 30 Observación
Valor kWh 836.3899 Tarifa Aplicada JUL-2024 Tipo de factura CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-55,546	53,185
>130	40	836.3899	33,456		33,456

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.8650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora .50 Vr. suspension Vr. reconexión 36,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.
Somos autorretenedores según Res. Dian No. 0147 de 14-11-12
Somos autorretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 7/02/00

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 117,897 Fecha P 05/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 86,640

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
561	Consumo Activa	0	142,186	142,186
561	Subsidio	0	-55,546	-55,546

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

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

Responsable del Alumbrado Público Pereira Nit 891.480 030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano CRA. 10 17-08 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

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

ASEO 11,494

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	10260	2	11340	3	11340	4	11340	5	11380	6	11380

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
864	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
930	Cargo Variable	0	12,611	12,611
999	Subsidio Aseo	0	-25,823	-25,823

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	8819.48
TDF:	3123.641
TC:	3007.30
TA:	194.764
TTL:	860.125
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 117,897 P 05/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA): 12611.23

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 800204834 - 5

energía
NIT. 816.001.019-9
Matrícula
735126

Calcule y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $98,134

Pago total factura $115,834

Powered by CamScanner

A-2400100-0094417 M 0007248257 20171026 00582505704 1 454486074O

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALARZA VACCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
10-AGO-1981 PUERTO BOYACA

ESTATURA 1.68 | G.S. RH O+ | SEXO M

LUGAR DE NACIMIENTO
NOVITA
(CHOCO)

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1962

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 7.249.257
MOSQUERA OLAYA
APELLIDOS
CARLOS HERNANDO
NOMBRES

FIRMA

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Carlos Marquera identificado con numero de cedula N° 7240257 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 03 de Noviembre del 2024

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

Carlos Marquera

Propietario/acudiente:
CC:7249257

#2698

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Carlos Mosquera identificado con cédula de ciudadanía número 7249257 de _____ en calidad de tutor de Negro, de especie felino, raza Mestizo e historia clínica número 2698, 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, Mono 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Carlos Mosquera

Propietario/acudiente

CC:7249257

#2698

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO Cel: 3243977595

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 07/10/24

Yo Carlos Mosquera **Identificado con CC:** 72 49257
con Dirección: MZ 4 CS 16 Vrk. Sanjane **; Tutor de** Negro
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 3 años
Historia Clínica No: 2698

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: 7249257

Firma Carlos Mosquera

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24

No. Historia Clínica: 2698

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carlos Mosquera
Dirección: M221 CS16 V Suvana Documento de identidad: 72 492 57
Correo Electrónico: Teléfono: 324 377 9595

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Negro
Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: Negro Peso: 3K

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos:

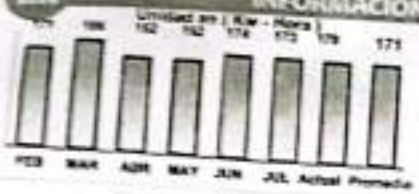
Powered by CamScanner

...ILLO BLANCA AURORA
...21 CS 16 VILLA SANTANA MONSERRATE
...01-01-012-3900 1 PEREIRA Residencial 3
1002370000 -51.09 1
0 12 0013 1

MATRICULA 735126
Fecha de Expedición: 29/AGO/2024
Facturas vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 09/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59875519

ASEO:	11,494
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	14,300
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,194
ENERGÍA:	86,640
TOTAL	$115,83

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	171	151,385	30
MAR	186	183,608	31
ABR	162	148,215	30
MAY	162	149,339	30
JUN	174	162,896	30
JUL	173	144,023	31

Activa	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
	50060610	MER	28386	28216	170	1	170	171	
Reactiva									

Periodo facturado: 30/JUL/2024 - 29/AGO/2024 — Días facturados: 30 — Observaciones:
Valor unitario: 836.3899 — Tarifa aplicada: JUL-2024 — Tipo de factura: CL7 Consumos Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-55,546	53,185
>130	40	836.3899	33,456		33,456

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes de Costo Unitario

G Generación	T Transmisión	R Restricciones	D Distribución	C Comercialización	CU Costo Unit.
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 117,897 Fecha P 05/AGO/2024
Cuota
Valor en Reclamación Proceso

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

ENERGÍA 86,640

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	142,186	142,186
561	Subsidio	0	-55,546	-55,546

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No.: 032 del 2000
Oficina de Atención al ciudadano: CRA. 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 14,300

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

ASEO 11,494

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

Frecuencia (Vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 2 - Barridor
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESID

Tarifa últimos 6 meses

1 10260	2 11340	3 11340	4 11340	5 11380	6 11380

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	12,611	12,611
999	Subsidio Aseo	0	-25,823	-25,823

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	8819.46
TDP:	3123.641
TC:	3057.39
TA:	194.764
TTL:	668.125
TLU:	4262.97
% SUB/CON:	-69.20%

Valor financiado 0 — Unidades Independientes Rec:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 — Ult. Pago y Fec. 117,897 P 05/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	12811.21

GERENTE

Resolución CREG 105 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTSIS LTDA - NIT: 900204634 - 1

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.016-9
www.epp.com.co
Matrícula 735126

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros	$98,134
Pago total factura	$115,834

Powered by CamScanner

A 2900159-00494917 M 0007249257 20171026 00582505/3A 1 4544660740

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1962
NOVITA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-AGO-1981 PUERTO BOYACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALARZO VALDIA

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo William Gonsales identificado con numero de cedula N° 10122780 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nino 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 03 de Noviembre del 2024

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

Propietario/acudiente:
CC: 10122780

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo William Morales identificado con cédula de ciudadanía número 10122780 de Pereira en calidad de tutor de NIÑO, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2693, 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, NIÑO 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 03 de Noviembre del 2024

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

Propietario/acudiente
CC: 10 122 780

secuelas como: HIPERTENSION E INSUFICIENCIA RENAL.

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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

3183968878

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/Nov/2024

Yo William Gusales **Identificado con CC:** 10122780
con Dirección: Mz 3 Cs 18 Bella Vista **; Tutor de** Nino
Especie felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 5 años
Historia Clínica No: 2693

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
Nino

En constancia que Nino 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 [signature] **Firma** _____
CC: 10122780

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2024 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2613

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: WILLIAM GRISALES Documento de identidad: 10122780
Dirección: M23 CS 16 BELLA VISTA Teléfono: 3183968822
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NINO Sexo: M__ F X Raza: MESTIZO Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 5 AÑOS Color: GRIS Peso: 3 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta __ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: PACIENTE EN CONDICIONES NORMALES SIN ALTERACIONES FISIOLOGICAS

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

SCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

ANA BELLAVISTA MANZANA 3 CASA 1

1 PEREIRA — Residencial — 3

-51.67 — 1

.5 — 12 — 0014 — 1

MATRÍCULA 2004714

Fecha de Emisión: 30/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 09/OCT/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 50141855

ASEO	10.931
ALUMBRADO	3.406
OTRAS EMPRESAS	21.723
SUBTOTAL SIN ENERGÍA	36.054
ENERGÍA	29,106
TOTAL	$65,160

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	55	1.870	31
ABR	10	1.154	30
MAY	17	1.671	30
JUN	42	1.320	30
JUL	65	1.113	31
AGO	66	1.202	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	80061248	MER	28306	28235	71	1	71	43	
Reactiva									

Periodo facturado: 29/AGO/2024 - 26/SEP/2024 — Días facturados: 31 — Observación:
Valor kWh: 848.2199 — Tarifa a mes de: AGO-2024 — Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	71	848.2198	60,224	-31,118	29,106

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (R) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo Unit.
311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

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

Int. Mora .50 — Vr. suspensión — Vr. reconexión 38.877 — Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 — FIUGj,n,q 15
D0Uu,te 0 — FIUu,te 2
DIUj,n,q,m 0 — FIU... 0
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 62,628 — Fecha P 09/SEP/2024
Otros
Valor en Reclamación — Proceso

ENERGÍA 29,106

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	60,224	60,224
561	Subsidio	0	-31,118	-31,118

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3.406

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
507	Alumbrado Publico Pereira	3.406	3.406

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — Nit: 891.480.035-9
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2006
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 21,723

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
344	Sos Hogar	0	21,723	21,723

ASEO 10.931

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 3 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 — Uso Aseo: RESID-01

Tarifa últimos 6 meses

11340	11340	11340	11368	11385	11486

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23.859	23.859
858	C V Aprovechamiento	0	186	186
839	Cargo Variable	0	11.444	11.444
999	Subsidio Aseo	0	-24.558	-24.558

Componentes Tarifarios

TSU:	11681.95
TPT:	7962.46
TDF:	2342.87
TC:	[illegible]
TA:	183.747
TTU:	632.693
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	48.28%

Valor Financiado 0 — Unidades Independientes Res:1 — Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 — Ult. Pago y Fec. 63,628 P 09/SEP/2024

Cantidad de Residuos (ton)	Jun	Jul	Aug
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.063	.062	.063

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	183.747
Costo Variable Aprovechable (VBA):	11443.824

GERENTE

¿Quieres variar el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CODIGO QR Resolucion CREG 165 007 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTIG LTDA - NIT 800234634 - SAC

energía DE PEREIRA NIT 816.002.154-9 www.epsa.com.co

Matrícula 2004714

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros: $40,037

Pago total factura: $65,160

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira / Risaralda **Fecha y Hora:** 05/11/2024 10:30 Am

Yo Dana Shirley Gutiérrez Q. **Identificado con CC:** 1092940456
con Dirección: _____ **; Tutor de** Oreón
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 1 año
Historia Clínica No: 2731

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 Endoscopia

En constancia que Oreón 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 Dana Gutiérrez **Firma** _____
CC: 1092940456

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.092.940.456
QUINTERO QUINTERO

APELLIDOS
DANNA SHIRLEY

NOMBRES

Danna Shirley Quintero Q

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-2004
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-ABR-2022 VILLA DEL ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 05-11-2024 **Remitido por:** Sebastián Riveros

Especie / Raza: felino / Mestizo **Nombre:** Oreón

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula:

Se remite paciente para endoscopia, paciente con ingesta de cuerpo extraño reportada y con aumento de volumen en primera porción de traquea y esofago.

- Tomar:
  - CH
  - Urea
  - Test Vif y FeLV

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: 39921

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

RIOS AGUDELO DIANA
URB MZ 26 CS 22 PROYECTO EL REMANSO VILLA

1 PEREIRA Residencial 1

58.79 1

12 9016 1

2008645

29.516

$43.907

INFORMACIÓN DE CONSUMO

2095755 LIN 11251 11179 72 1 72 83

ALUMBRADO PÚBLICO 3.400
MUNICIPIO DE PEREIRA

OTRAS EMPRESAS 0

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

ASEO 10.991
ATESA DE OCCIDENTE S.A.S.E.S.P.

INFORMACIÓN GENERAL

36.677

ACUERDOS DE PAGO

CALIDAD DEL SERVICIO

ENERGÍA 29.516

$40

$43

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Maria Luis Duque identificado con numero de cedula N° 1088024376 **Declaro** que he sido informad@ que una vez me sea entregado Polo **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 03 de Noviembre del 20 24

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

Maria Luis

Propietario/acudiente:
CC: 1088024376

#2701

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Maria Luis Reinos identificado con cédula de ciudadanía número 1088024376 en calidad de tutor de Polo, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2701, 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, Polo 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 03 de Noviembre del 2024

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

Maria Luis

Propietario/acudiente

CC: 1088024376

#2701

Powered by CamScanner

001-323760581

Alcaldía de PEREIRA

HOSPITAL VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo Maria Ons Peña Identificado con CC: 1088024376
con Dirección: Villa Santana manzana ; Tutor de Pola
Especie Felino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 4 meses
Historia Clinica No: 2701

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: 1088024376

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24 No. Historia Clínica 2201

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Elvia Perez Documento de identidad: 1088014396
Dirección: Vda Sinforosa Mza K Lote Teléfono: 3137660581
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Rolo Sexo: M F X Raza: Mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: moño Peso: 2 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Via	Frecuencia y Duración
Meloxicam 20%	0,01ml	Ampolla inyectable	SC	UD
Amoxicilina	0,1		SC	UD

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 03/11/2024

Ficha: 66170017850900000126

B6

Pobreza moderada

#2701

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA EVIS

Apellidos: DUEÑAS OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1088024376

Municipio: Dosquebradas

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/10/2019

Última actualización ciudadano: 28/10/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA PATRICIA TORRES GOMEZ

Dirección: Carrera 19 No 17 - 20 Barrio Santa Monica

Teléfono: 6063305345

Correo Electrónico: sisben@dosquebradas.gov.co

Powered by CamScanner

#2701



Tel 3233066581

Maria Evis Dueñas
CC 1088024376
Felina pelita
edad mascota 7 meses

Dir Mza 28-cs 19 las Brisas.



Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Yeimy Marcela Mello Mora. identificado con cédula de ciudadanía número 42159139 de Pereira, en calidad de tutor de Princesa, 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, 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 03 de Noviembre del 2024

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

Yeimi

Propietario/acudiente
CC:

#2709

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Yeimi Marcelo identificado con numero de cedula N° 42159139 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 03 de NOV del 2024

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

Yeimi

Propietario/acudiente:

CC: 42159139

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 31 NOV 2024

Yo Yeimi Marcela Mejia M **Identificado con CC:** 42159139
con Dirección: _____ **; Tutor de** Princesa
Especie canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 1,5 años
Historia Clinica No: 2709

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

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.

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** Laura Gtierrez **con matrícula profesional No** 3160?, **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 **Firma**
CC:
42159139 Yeimi

Powered by CamScanner

Fecha: _____ PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2709

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yeimi Marcela Mejía Documento de identidad: 42159139
Dirección: Villa Santana Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1,5 años Color: _____ Peso: 6 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: ILC Tiempo Llenado Capilar: ~~2 SEG~~ 2 SEG Ganglios Linfáticos: No reactivo
Mucosas: 2 SEG 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 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

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	sc	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	sc	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 42.159.139

MEJIA MARIN

APELLIDOS

YEIME MARCELA

NOMBRES

Yeime Marcela Mejia

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1983

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

27-SEP-2002 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-2400100-01238111-F-0042159139-20210611 0074602576A 1 9915571497

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MARIN JEIMY MARCELA
INVASION FRENTE A LA MANZANA 1 CASA 2 VER
01-01-013-9007 1 PEREIRA Residencial 3
10023Q0000 -51.01 1
.5 12 0013 1

MATRICULA 2014484
Fecha de Emisión 10/JUL/2024
Facturas Vencidas 0
Tenga plazo para pagar hasta 01/AGO/2024
Fecha de suspensión desde
Presente a la factura 59009796

ASEO	11,385
ALUMBRADO	3,400
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGIA	14,785
ENERGIA	17,943
TOTAL	$32,728

INFORMACION DE CONSUMO



Mes	kWh	$	Días facturados
ENE	72	85,565	31
FEB	45	39,610	30
MAR	36	32,653	31
ABR	24	21,970	30
MAY	26	23,968	30
JUN	37	34,630	30

Activa	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Constante de energía
	1211652	TEC	1705	1661	44	1	44	40	

Periodo Facturado 26/JUN/2024 - 26/JUL/2024 Días 31 Observación
Valor kWh 832.5053 Tarifa a partir de JUN-2024 Tipo de factura CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	44	832.5053	36,630	-18,687	17,943

INFORMACION GENERAL

317.2381	52.8374	58.6064	24.8851	282.1381	96.8002	832.5053

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q 22 FIUG[,n,q 15
DIUu,te 0 FIUu,te 2
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 55,133 Fecha P 09/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 17,943

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	36,630	36,630
501	Subsidio	0	-18,687	-18,687

ESPECIALIZADA ENERGÍA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

MUNICIPIO DE PEREIRA

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

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 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 11,385

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables 2 Aprovechables 0 Barridos 1
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavada: 2 (Veces/Año) - Áreas Mes (M2) 0 Otras Áreas RESID ES

Tarifa últimos 6 meses

10220	10260	11340	11340	11340	11380

Nro	CONCEPTO	CANTIDAD ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	12,255	12,255
998	Subsidio Aseo	0	-25,576	-25,576

Componentes Tarifarios

INC	18170.77
INT	8534.41
TDR	3851.898
BC	3967.59
TA	124.724
ETL	606.127
TLU	4362.97
% SUBSIDIO	69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Real:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUN/2024 Dir. Pago y Fec. 55,133 P 09/JUL/2024

Cantidad de Residuos (Kg)	Apr	May	Jun
Aprovechables (TRA)	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA)	.063	.063	.063

Residuos del periodo (Kg)
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 (VRA) 12254.539

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

energía EN PEREIRA
NIT 816.002.009-9
www.enp.com.co
Referencia
2014484

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $29,328

Pago total factura $32,728

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Michael Stiven Largo. identificado con cédula de ciudadanía número 1056782307 de Pereira en calidad de tutor de Princesa., de especie Felino, raza Mestizo. e historia clínica número 2707, 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 03 de 11 del 2024

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

MAICOL STIVEN
1056782307

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo MICHAEL LARGO identificado con numero de cedula N° 1056 782307 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado PERRO 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

MAICOL STIVEN
1056782307

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel: 3125567795

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: PEREIRA **Fecha y Hora:** 03-11-2024

Yo MICHAEL STEVEN LARGO **Identificado con CC:** 1056782307
con Dirección: MONSERRATE #220 CS 14 **; Tutor de** PRINCESA
Especie FELINO **Raza** MESTIZO **Sexo:** HEMBRA **Edad** 1 AÑO
Historia Clínica No: 2707

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

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.

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:
1056782307 Steven

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2024 | No. Historia Clínica: 2707

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: MICHAEL STEVEN LARGO Documento de identidad: 1056782307
Dirección: MONSERRATE MZ 20 CS 14 Teléfono: 312 5567795
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: PRINCESA Sexo: M ___ F X Raza: MESTIZO Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 1 AÑO Color: _____ Peso: 3 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — 0 C
Pulso: FHC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

SE REALIZA ONH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15 mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0,2mg/KG	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.056.782.307
LAMBO AGUIRRE
APELLIDOS
MICHAEL STEVEN
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1994
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-MAY-2013 PUERTO BOYACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0721400-00461315-M-1056782307-20130828 0034596518A 1 40278341

Powered by CamScanner

Efigas
GAS NATURAL S.A. E.S.P.

¡Hola!

ARACELI MARIN DE CARDONA

Nro de identificación 222222222

Tu código de contrato es 233674

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

Tu factura fue generada el 10/10/2024 00:15:07

Tu factura fue expedida el 10/10/2024 6:16:26

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicio público	$ 58.763
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 58.763**
Si no pagas antes de	23/10/2024
Te quedas sin servicio desde	
Forma de pago	Crédito
Factura electrónica de venta	EFIR454301
Referencia de pago	182455206
Nro de estado de cuenta	1203064574

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

Escanea tu factura electrónica de venta

000 96 63 44 SERVICIO AL CLIENTE

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

www.efigas.com.co

Dirección de entrega MONSERRATE MZN 20 CS- 14 Dirección del predio MONSERRATE MZN 20 CS- 14 Estrato 1

Barrio MONSERRATE, (PEREIRA) Municipio PEREIRA Clase de servicio RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual 5286 − Lectura anterior 5286 × Factor de corrección 0,8480 = Consumo (m3) 0

Periodo de consumo 03/SEP - 03/OCT Días de consumo 31 Medidor U0016491E

Observación de no lectura

TU CONSUMO EN M3 LOS ÚLTIMOS MESES



Nº	CÓDIGO - CONCEPTO	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	CARGOS DEL MES				PENDIENTES DESPUÉS DE ESTE PAGO	
					CAPITAL	INTERESES	IVA	SALDO	CUOTAS	
	SERVICIO DE GAS (Número de servicio:152146) Cuota reconexión desde centro de medición									
1	760 - Recargo por mora	1	und	613	$ 58.150 $ 613					

Paga tu factura a tiempo.

TOTAL SERVICIO: $ 58.763 $ $ 0 $

Total ítems: 2 IVA: $ 0 Total factura electrónica: $ 613

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

REVISIÓN TÉCNICA REGLAMENTARIA

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 34 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

RTR

Tu cupo aprobado Brilla es de:

$0

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

Brilla

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

(415)7709998002425(8020)0182455206(3900)0000058763(96)20241122

1136ed874663ae67e0169291cf938bf7f2135768078f32ed03d8

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Marleny Lopez identificado con numero de cedula N° 32554631 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Rocky 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 03 de NOVIEMBRE del 20 24

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

Marleny Lopez G

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo MARLENY LOPEZ identificado con cédula de ciudadanía número 32 554 631 de CARACOLI en calidad de tutor de ROCKY, de especie CANINO, raza MESTIZO e historia clínica número 2717, 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, ROCKY 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 03 de NOVIEMBRE del 20 24

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

Marleny Lopez G

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03-11-2024

Yo Marlene Lopez **Identificado con CC:** 32554631
con Dirección: _____ **; Tutor de** Rocky
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 8 años
Historia Clínica No: 2717

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

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.

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

Nombre del TUTOR
CC: 32554631

Firma
Marlene Lopez G

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2024 | UNIVERSIDAD DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: MARLENY LOPEZ Documento de identidad: 32554631
Dirección: MZ 23 A LT 11 VILLA SARAVIA Teléfono: ____
Correo Electrónico: ____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: ROCKY Sexo: M X F ___ Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 8 AÑOS Color: ____ Peso: 20 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACION

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	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 EN CONDICIONES NORMALES SIN ALTERACIONES FISIOLOGICAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.554.631**

LOPEZ GALEANO

APELLIDOS

MARLENY DE JESUS

NOMBRES

Marleny de J Lopez G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1965**

CARACOLI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-JUN-1984 YARUMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

R-2400100-00240578-F-0032554631-20100525 **00221**85915G 1 5020356273

Powered by CamScanner

APOSTAR S.A.
NIT: 860001520
CLL 17 NO. 6 - 42 PEREIRA - RISARALDA

Fecha de Recaudo: 23/09/2024 15:30:04
Eq: 3108 Ofi: 1 Vendedor: 1058913431
Tr: 6201343540 Cod Seg: 1335456161
Cli:

AGUAS Y AGUAS DE PEREIRA

Referencia: 60000568447710010000000
Matricula: 663187
Suscriptor: 663187
Servicio: AGUAS Y AGUAS DE PEREIRA
Valor: $10,290

Ajuste al Peso: $0
Valor Recaudado: $10,290

Conserve esta tirilla para [illegible] quier reclamo. Gracias

GJX 09614948 - 1

aguas &aguas de Pereira
Profesionales del Agua



Datos del Suscriptor

Nombre: LOPEZ GALEANO MARLENY-DE-JESUS

Dirección: MZ 23 A LT 11 VILLA SANTANA DANUBIO

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	6-5550	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	M1315MMCEL040184AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	663187
Factura de venta Nº	56844771
Fecha de la factura	20-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	16-Ago-2024 al 16-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$10,290**
Fecha límite sin recargo:	30-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-27
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	17,860

Edad: 1

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Paga tu factura a través de este código

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI : M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
663187

RA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7

Kit 4151

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz Nelly Ocampo identificado con cédula de ciudadanía número 31408408 de Cartago en calidad de tutor de Roxie, 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, Roxie 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 03 de noviembre del 2020
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Luz Nelly O

Propietario/acudiente
CC: 31408408

2699

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Luz Nelly Ocampo identificado con numero de cedula N° 31 408408 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Foxie 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Luz Nelly Ocampo

Propietario/acudiente:
CC: 31408408

2699

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Clínico VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo Liz Nelly Campo Identificado con CC: 31 408 408
con Dirección: Villa Santana Manzana 4 Tutor de Roxie
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Hembra Edad 1 año
Historia Clinica No: 2699

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

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.

En constancia que Roxie ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** _____ **con matricula profesional No**_____, **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 **Firma**
CC: 31408408 Liz Nelly Campo _____

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 PERdan Veterinario No. Historia Clínica: 2699

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Liz Nelly Zapata Documento de identidad: 31 408 408
Dirección: Villa Sarama Manjarrés Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Roxie Sexo: M F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: Amarillo Peso: 10 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 10%	0,1ml	inyectable	SC	UD
Amoxiclina	1ML	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Leidy Tatiana R. identificado con numero de cedula N° 1088249236 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Sanabi 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

LEIDY TATIANA ROTAVISTA.
Propietario/acudiente:
CC: 1088 249236

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo LEIDY TATIANA ROTAVISTA identificado con cédula de ciudadanía número 1088249236 de PEREIRA en calidad de tutor de Sarabi, de especie CANINO, raza Mestizo e historia clínica número 2691, 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, Sarabi 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 03 de NOVIEMBRE del 2024

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

TATIANA ROTAVISTA

Propietario/acudiente

CC: 1088249236

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO del 3126316028

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: PEREIRA **Fecha y Hora:** 03-11-2021

Yo LEIDY TATIANA ROTAVISTA **Identificado con CC:** 1088249236
con Dirección: MZ 24 CS 4 VILLA SANTANA **; Tutor de** Sarabi
Especie CANINO **Raza** MESTIZO **Sexo:** HEMBRA **Edad** 3 AÑOS
Historia Clinica No: 2691

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

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.

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC: 1088249236
TATIANA ROTAVISTA TATIANA R.

Powered by CamScanner

Fecha: 03-11-2024 | No. Historia Clínica: 2691

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: LAURA TATIANA ROTAVISTA Documento de Identidad: 1088269236
Dirección: MZ 24 CS 4 VILLA SANTANA Teléfono: 3126316038
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Sarabi Sexo: M ___ F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 3 AÑO Color: NEGRO Peso: 10 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ____ /rpm F. Cardiaca: ____ /lpm Temperatura: ____ 0C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: RIT B Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: PACIENTE EN 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

SE REALIZA OVH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0.2mg/kg	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.088.249.236**
ROTAVISTA VELASCO

APELLIDOS
LEIDY TATIANA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1987**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

02-MAY-2005 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-2400100-01120497-F-1088249236-20191218 0069365538A 2 9911007384

Powered by CamScanner

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

MZ 24 CS 4 A VILLA SANTANA MONSERRATE

CICLO	7	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	1-15700	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P2115MMRAL146539AA	Diámetro	1/2 P

Fecha de la factura: 16-

PERIODO DE COBRO: 14-Feb-2024 al 1-

TOTAL A PAGAR: $12,870

Fecha límite sin recargo: 26-Mar-2024

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-02-22

Lugar último pago: APOSTAR

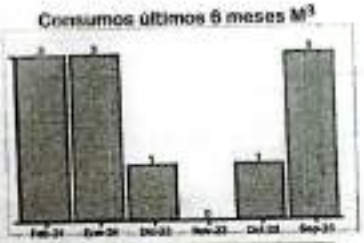
Valor último pago: 17,110

Edad: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO M³:
77	77	0

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	2

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Vr. Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes
NIT SIN ASOCIACTO	Abr-22	Abr-25	$2,738.72	$65,693.37	0.15	12

Subtotal otros Cobros Asociados: $2,738

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alladas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes
MEDIDOR	5,810	75,512.14	13.00

Subtotal otros Cobros no Asociados: $5,810

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Acueducto		$9,111.60	$9,111.60
Subsidio Acueducto			$-6,306.23
Consumo Periodo			$2,806.37
Ajuste a la Decena			$4.91

Subtotal Acueducto: $2,811

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Cargo Fijo Alcantarillado		$4,887.35	$4,887.35
Subsidio Alcantarillado			$-3,382.05
Consumo Periodo			$1,505.30
Ajuste a la Decena			$4.70

Subtotal Alcantarillado: $1,510

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE ASEO

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No	Matrícula No	Facturado el
58796551	1842966	16-Mar-2024

Dirección del Predio: MZ 24 CS 4 A VILLA SANTANA MONSERRATE

TOTAL A PAGAR: $12,870

Kit 335

(415)7709998952102(8020)0600005579655100(3900)000012870(96)20240326

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

AGUAS Y AGUAS

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Ruby Milena T identificado con numero de cedula N° 42123122 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 03 de Noviembre del 2024

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

Ruby milena trejos

Propietario/acudiente:

CC: 42123122

2700

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ruby Milena Trejos 42 123 722 de _____ identificado con cédula de ciudadanía número especie Canina, raza Pitbull en calidad de tutor de Toby, de manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota e historia clínica número 2700 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 03 de Noviembre del 20 24

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

Ruby milena trejos

Propietario/acudiente

CC: 42123722

2700

Powered by CamScanner

Cel. 3245387308

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 03/10/24

Yo Ruby Milena Tiejo Identificado con CC: 42.123122
con Dirección: M2 15 C23 V. Sangre ; Tutor de Toby
Especie Canino Raza Mestizo Sexo: Macho Edad 4 años
Historia Clinica No: 2700

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

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.

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

Nombre del TUTOR **Firma**

CC: 42123122 Rub. Milena Tiejo _____

Powered by CamScanner

Fecha: 03/11/24 No. Historia Clínica 2700

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yuby Milene Jaspy Documento de identidad: 42123122
Dirección: Mz 15 Cas V Sabana Teléfono: 3245381308
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Yoby Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: Claro Peso: 4 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

Descripción de los Hallazgos:

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

Se realiza ORQ en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam 20%	0,04	inyectable	SC	UD
AMOXICILINA	0,4	inyectable	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



$ 2900



Milena Trejos
cel 3113526680

Mz. 11 cs. 16
Danubio Invacion

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

LOPEZ.CASANOVA.CONSTANTIN
URB MZ 15 CS 23 VILLA SANTANA MONSERRATE
01-01-013-1650 1 PEREIRA Residencial 3
10023O0000 -38.48 2
0 12 0013 1

MATRICULA 748251

Fecha de Emisión	30/OCT/2024
Facturas Vencidas	0
Fecha límite para pago oportuno	12/NOV/2024
Monto a pagar sin recargo	$
No. de referencia para pago en la factura	60412394

ASEO:	10,991
ALUMBRADO:	4,960
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	15,951
ENERGÍA:	60,466
TOTAL	$76,417

INFORMACIÓN DE CONSUMO

89 81 Unidad en (Kw - Hora) 108 121 120 118 110 107



Mes	Kwh	Valor	Días facturados
ABR	89	91.671	30
MAY	81	78.357	30
JUN	108	101.556	30
JUL	121	100.733	31
AGO	120	108.367	30
SEP	118	109.090	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	9085009	ELS	50154	50036	118	1	118	107	
Reactiva									

28/SEP/2024 - 29/OCT/2024 31

832.9872 SEP 2024 CL1 Consumo Ladrya Tomasa

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	118	832.9872	98,292	-37,826	60,466

INFORMACIÓN GENERAL

333.1922 48.5516 59.6378 11.1672 282.0564 98.3820 832.9872

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

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 61,998 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 0 FIUu,te 1
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .09

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira Fecha
Cliente
76,348 P 08/OCT/2024
Valor en declaración Periodo

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

ENERGÍA 60,466

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	98,292	98,292
561	Subsidio	0	-37,826	-37,826

ALUMBRADO PUBLICO 4,960

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		4,960	4,960

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.035-9
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al cliente/Web: CRA 10 13-32 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

$2700

ASEO 10,991

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

Nit. 900.133.197-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 2 Barrido: 1
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Altura Mes (M2): 1 Uso Aseo: RESID-E

Tarifa últimos 6 meses

1	11340	2	11340	3	11380	4	11380	5	11480	6	10835

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,055	24,055
858	C V Aprovechamiento	0	185	186
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
939	Subsidio Aseo	0	-24,694	-24,694

Componentes Tarifarios

TBL:	13681.85
TRT:	7962.46
TDF:	2948.67
TC:	1934.74
TA:	185.747
TTL:	632.693
TLD:	4448.02
% SUB/CONT:	-49.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Rec. Cuenta Pendientes
Periodo Facturado SEP/2024 Ult. Pago y Fec. 76,348 P 08/OCT/2024

	Jul	Aug	Sep
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.063	.063	.054

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

Información de Liquidación

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

GERENTE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CODIGO QR Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
NIT. 816.002.019-9
www.erp.com.co
Matrícula
748251

Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros	$71,457
Pago total factura	$76,417

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Uliana lavado identificado con numero de cedula N° 42094588 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 firma en la ciudad de **Pereira** el 03 de Noviembre del 2024

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

Uliana Lavado

Propietario/acudiente:
CC: 42094588

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Liliana Lavado identificado con cédula de ciudadanía número 42084588 de Pereira en calidad de tutor de Violeta, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número 2692, 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 03 de NOVIEMBRE del 20 24

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

Liliana Lavado

Propietario/acudiente
CC: 42084588

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Cel: 3118697022

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/11/2024

Yo Liliana Lavado **Identificado con CC:** 42034588
con Dirección: M2 37 CS 6 · San Vicente · bajo **Tutor de** Violeta
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 7 años
Historia Clínica No: 2692

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 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 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 Liliana Lavado **Firma** Liliana Lavado
CC: 42034588

Powered by CamScanner

Fecha: _____ PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2692

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: LILIANA LAVADO Documento de identidad: 42 084 588
Dirección: CR 37 CS 6 SAN VICENTE Teléfono: 311 8697022
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: VIOLETA Sexo: M ___ F X Raza: MESTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 2 AÑOS Color: NEGRO Peso: 15 KG

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

ESTERILIZACIÓN

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: — /rpm F. Cardiaca: — /lpm Temperatura: — 0 C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 SEG Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: R H B 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 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

SE REALIZA OVH EN JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
AMOXICILINA	15mg/KG	INY	SC	UD
MELOXICAN	0,2mg/KG	INY	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

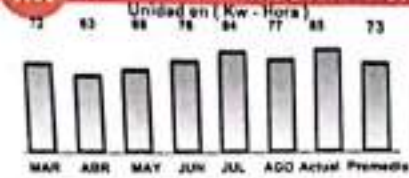
ALMANZA LILIANA
37 CS 6 SAN VICENTE VILLA SANTANA I
1-014-7050 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 3
Ruta 10043N0000 Contribución: % Subsidio -51.67 Estrato 1
Kw Contratada (KW) 0 Grupo calidad 12 Circuito 0013 NIT 1

MATRÍCULA >>> 742189

Fecha de Emisión: 30/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 09/OCT/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60139801

ASEO:	10,931
ALUMBRADO:	3,400
OTRAS EMPRESAS:	21,723
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	36,054
ENERGÍA:	34,851
TOTAL	$70,905

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	72	64,106	31
ABR	63	57,670	30
MAY	68	62,585	30
JUN	76	71,150	30
JUL	84	69,930	31
AGO	77	64,402	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	95670	HXE	22513	22428	85	1	85	73	
Reactiva									

Periodo Facturado: 29/AGO/2024 - 28/SEP/2024 Días facturados: 31 Observación:
Kilowatt kWh: 848.2198 Tarifa a mes de: AGO-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	85	848.2198	72,099	-37,253	34,846

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario:

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

311.9303	57.1421	57.0023	31.3835	294.5494	96.2119	848.2198

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 68,184 Fecha P 10/SEP/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

ENERGÍA 34,851

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	72,099	72,099
561	Subsidio	0	-37,253	-37,253
581	Intereses Mes	0	5	5

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

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

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

OTRAS EMPRESAS 21,723

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
344	Sba Hogar	0	21,723	21,723

ASEO 10,931

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	11340	2	11340	3	11340	4	11380	5	11380	6	11490

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

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.95
TRT:	7362.46
TDF:	2848.67
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	632.693
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	-69.28%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 68,184 P 10/SEP/2024

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

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

Información de Liquidación

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

GERENTE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR
Resolución CREG 165 007 de 2024

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

Powered by CamScanner

16 · 1P - 18H

JORNADA DE ESTERILIZACION VILLA SANTANA 03 NOVIEMBRE 2024

No.	NOMBRE PROPIETARIO	CEDULA	TELEFONO	DIRECCION	NOMBRE MASCOTA	GATO	PERRO	MACHO	HEMBRA
1	HERNEY MONTOYA	14570601	3234275074	MZ2-8 CS2			X		X
2	HERNEY MONTOYA	14570601	3234275074	MZ2-8 CS3			X		X
4	DANIELA GRISALES	1088283631	3137560827	DANUBIO	CHUCHY		X		X
8	YADIRA ANDREA VALENCIA	1002732182	3132380579	MONSERRATE	PITA	X			X
9	FANERY CASTAÑO	1053796471	3163042878	MONSERRATE	REVEN	X			X
10	TATIANA ROTA VISTA	1088249236	3126316038	MONSERRATE	CLOE		X		X
11	TATIANA ROTA VISTA	1088249236	3126316038	MONSERRATE	SARABI		X		X
12	ALBERTO GUERRERO	4341759	3133696974	MONSERRATE	MILU	X			X
18	MARY LUZ RUIZ	1088261748	3147616847	MONSERRATE	HARRY	X			X
19	MARY LUZ RUIZ	1088261748	3147616847	MONSERRATE	LOLA	X			X
21	LILIANA LAVADO	42084588	3118697022	SAN VISENTE	VIOLET	X			X
22	ELIANA MARCELA INCAPIE	1098312543	3332915237	MARGARITA	ERA		X		X
23	CARLOS MOSQUERA	7240257	3108301816	MONSERRATE	MONO	X			X
27	YESENIA PALACIO	1088303979	3202190259	MARGARITA	CRISTAL		X		X
29	MARIE ELVIS DUEÑAS	1088024376	3237606581	MZ8 CS 19	POLITA	X			X
30	LIZ NELLY OCAMPO	31408408	3185775422	MZ 8 CS 23	ROXY		X		X
3	HERNEY MONTOYA	14570601	3234275074	MZ2-8 CS4			X	X	
5	WILLIAM GRISALES	10122780	3183968828	BELLAVISTA	NIÑO	X		X	
6	DIANA ARIAS	106315200		MONSERRATE					
7	URIEL DE JESUS AGUIRRE	10096843	3146704375	MONSERRATE	MARTIN	X		X	
13	YEINER A. GUERRERO	1088262700	3215588939	MONSERRATE					
14	FRELIN ANDREA VELASQUEZ	1004682176	3202643181		MICHY	X		X	
15	RUBI MILENA TREJOS	421233122	3113526680	DANUBIO	TOBY		X	X	
16	SANDRA MILENA FAJARDO	42156299	3217241886	LAS BRISAS	CHUMY		X	X	
17	DIOSELINA ARENAS	24948154	3215604758	SAN VISENTE	NEGRITO	X		X	
20	MARY LUZ RUIZ	1088261748	3147616847	MONSERRATE	NERON		X	X	
24	CARLOS MOSQUERA	7240257	3108301816	MONSERRATE	NEGRO	X		X	
25	JOSE ANGEL PALACIO GIRALDO	10137017	3215954629	MONSERRATE	NEGRA		X		
26	JOSE ANGEL PALACIO GIRALDO	10137017	3215954629	MONSERRATE	FLACO		X	X	
28	ANGELICA LILIANA JIMENEZ	108803123	3137249129	MZ3 CASA 1C	LULA		X		
31									
32									
33									
34									
35									

CH CH 4

CM CM CM 3

FH FH FH 5

FN FN FN 3

5 HP. 3 GM.

Powered by CamScanner



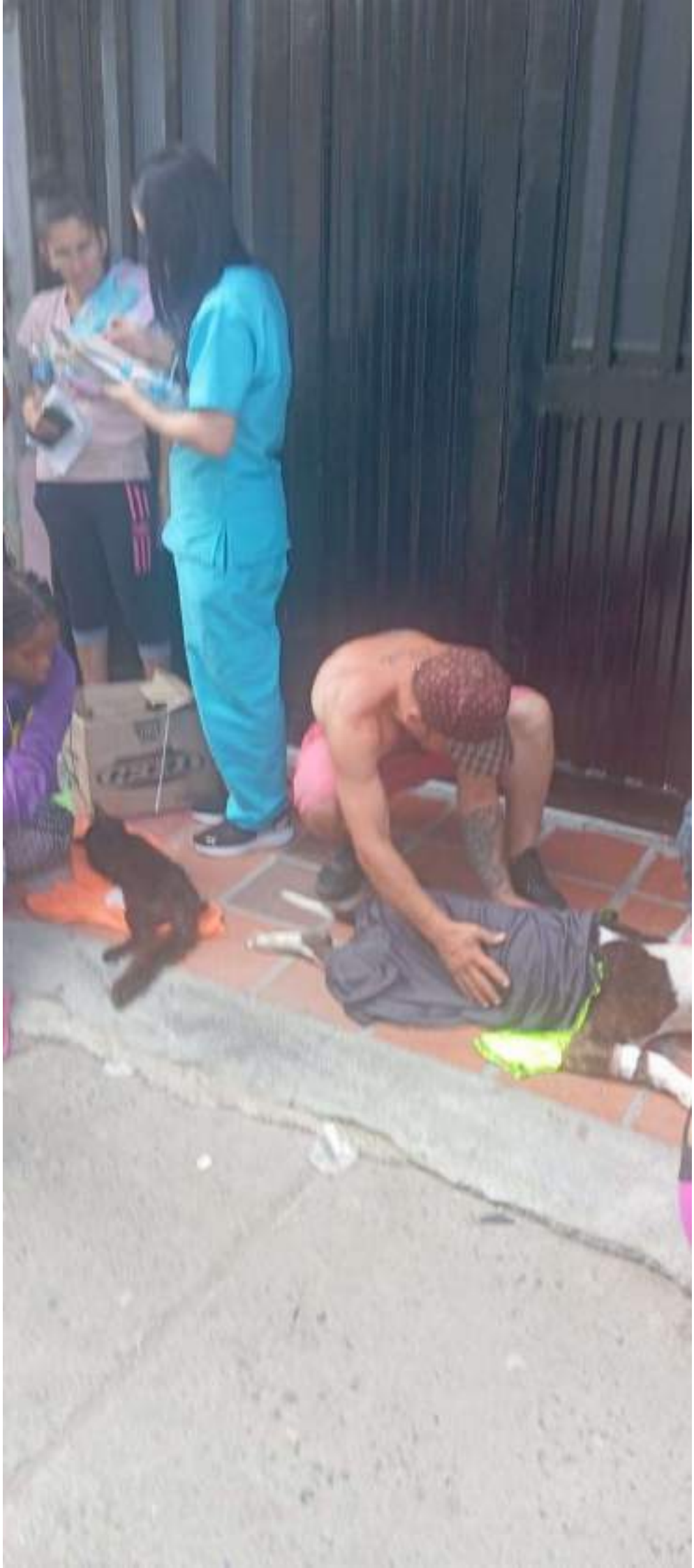





TECH

















JORNADA DE ESTERILIZACION VILLA SANTANA 03 NOVIEMBRE 2024									
No.	**NOMBRE PROPIETARIO**	**CEDULA**	**TELEFONO**	**DIRECCION**	**NOMBRE MASCOTA**	**GATO**	**PERRO**	**MACHO**	**HEMBRA**
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									

Fecha: _____ No. Historia Clinica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: _____ Documento de identidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: M ___ F ___ Raza: _____ Especie: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

_____
_____

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____
_____
_____
_____
_____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo _____ identificado con numero de cedula N° _____ Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado _____ 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 _____ de _____ del 20_____

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

_____

Propietario/acudiente:
CC:

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ en calidad de tutor de _____, de especie _____, raza _____ e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, 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 _____ de _____ del 20_____

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

_____

Propietario/acudiente
CC

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: _____ **Fecha y Hora:** _____

Yo _____ **Identificado con CC:** _____
con Dirección: _____ **; Tutor de** _____
Especie _____ **Raza** _____ **Sexo:** _____ **Edad** _____
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 _____

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

Nombre del TUTOR _____ **Firma** _____
CC:

Powered by CamScanner

JORNADAS DE ESTERILIZACIÓN							
FECHA		PROCEDIMIENTO	CANINOS		FELINOS		
FECHA	LUGAR	PROCEDIMIENTO	MACHOS	HEMBRAS	MACHOS	HEMBRAS	TOTAL
26/9/2024	La Palmilla	Jornada de Esterilizacion	5	13	2	7	27
29/9/2024	Parque Industrial	Jonada de Esterilizacion					
1/10/2024	Cerritos	Jornada de Esterilizacion	5	9	5	6	25
3/10/2024	Combia Baja	Jornada de Esterilizacion	2	11	10	2	25
6/10/2024	Guayabal - Villasantana	Jornada de Esterilizacion	5	3	3	6	17
10/10/2024	Parque Industrial	Jornada de Esterilizacion	7	10	9	2	28
13/10/2024	La Florida	Jornada de Esterilizacion	11	6	4	4	25
15/10/2024	Comuna Olimpica	Jornada de Esterilizacion	3	1	3	2	9
							156

JORNADA ESTERILIZACIONES OCTUBRE							
FECHA	LUGAR	CUPOS	DEPENDENCIA	ENCARGADO	TELEFONO	ESTADO GESTION	ESTADO
1 de octubre	Galicia	35		RAUL UKUMARI	310 8492420	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA	OK
jueves 3 de octubre	Combia Baja	30		MARIA HELENA - EDIL	310 8894848	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA	OK
domingo 6 de octubre	GUAYABAL - VILLASANTANA	30		DAVID PRESIDENTE JUNTA DE ACCION COMUNAL	317 2581993	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA Y ACLARAN DUDAS - PENDIENTE ENTREGA DE LISTADO POR PARTE	OK
martes 8 de octubre	SAN JOAQUIN	25		SANDRA DEPORTES	314 8618012	SE ENVIA MENDAJES CON LAS RECOMENDACIONES - PENDIENTE	CANCELADO
jueves 10 de octubre	PARQUE INDUSTRIAL	35		ERIKA MEZA	314 4064657	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA	OK
domingo 13 de octubre	LA FLORIDA	30		ANNI QUINAYA	313 2801796	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA	OK
Marte 15 de octubre	COMUNA OLIMPICA	25		KELLY COMUNICACIONES	312 8262290	SE ENVIAN RECOMENACIONES PRE Y POST QUIRURGICA, SE LLAMA Y ACLARAN DUDAS - PENDIENTE ENTREGA DE LISTADO POR PARTE DEL ENCARGADO	SE ENVIAN RECOMENDACIONES Y ARCHIVOS.
jueves 17 de octubre	EL OSO	25		LAURA ASEO		PDT CONTACTAR	
Marte 22 de octubre	LA PALMILLA	25		PDT	PDT	PDT CONTACTAR	
Jueves 24 de ctubre	CAIMAITO	25		PDT		A ESPERA QUE SE DEFINA SI SE HACE EN CAIMALITO O CARACOL LA	
martes 29 de octubre	COMBIA ALTA	25		PDT	PDT	PDT CONTACTAR PEDIR CONTACTO A YOHANNY	