1.6.4
CIRUGIAS 10
DE
SEPTIEMBRE

Fecha: 10-09-2024 | PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 007

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Geraldine Ulima Documento de identidad: 1002731051
Dirección: Km 7 vía Almenia tribunal Teléfono: 3225552618
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Nieves Sexo: M__ F X Raza: Poodle Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10/09/2013 Color: Blanco Peso: 3,8 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): 10/03/2024
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No reporta
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: No reporta
Evolución: No reporta
Alimentación: Mixta
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: 10/09/2023 Fecha ultimo Parto: 10/09/2019

MOTIVO DE CONSULTA

Piometra

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura:____ 0 C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2" Ganglios Linfáticos: reactivos
Mucosas:____ Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __. Alerta X Otro:____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Condición corporal grado 2/5, deshidratación del 2%, Areas alopecicas, Soplo cardiaco grado 2/5 Piometra abierta, aparente TVT

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Edad del Paciente
2. estado reproductivo
3. Desconocimiento del paciente
4. por parte de tutores
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. IVT
2. Piometra
3. insuficiencia cardiaca
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En ecografia se evidencia utero con contenido, en CH se evidencia leucocitosis 26.000

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Piometra

OBSERVACIONES

Ingresa a cx, se ingresa a cavidad abdominal y no se evidencia piometra, se extrae utero y ovarios, al inspeccionar vulva se evidencia IVT, se realiza lavado y se recomienda iniciar quimioterapias en 8 días.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Melodol 0,5 %.	0,1 ml	Inyectable	SC	SID
Unitral	0,4 ml	Inyectable	SC	SID
Xilacina 2 %.	0,3 ml	Inyectable	IM	Única
Ketamina 50 mg*	0,4 ml	Inyectable	IM	Única

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3992

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira/Risaralda **Fecha y Hora:** 10/09/2024 12:30

Yo Estefania Para Barbosa **Identificado con CC:** 1061368057
con Dirección: Villa Lyia MZ C22 P3 **; Tutor de** Nieves
Especie canino **Raza** Poodle **Sexo:** Hembra **Edad** 11 años
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que Nieves 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 Estefania Para B. **Firma** Estefania Para B.
CC: 1061368057

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 10/09/2024. **Remitido por:** HPV.

Especie / Raza: Canino / Poodle **Nombre:** Nieves.

Diagnóstico presuntivo: Piometra Abierto.

Quién traslada nombre / Cédula: Estefanía Parra / 1.061.368.057

Se remite paciente canino hembra 10 años de edad, con secreción sanguinolenta olor fétido, aumento del tamaño de la zona vulvar.

Maraya. Cra 10 #42-95
Calle / carrera contratante.

Firma de Profesional Veterinario

Cristian Cardona

Nombres y Apellidos
MP: 31551.

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.731.051

UTIMA RAMIREZ

APELLIDOS

MARIA GERALDINE

NOMBRES

Geraldin

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-2003

BELALCAZAR
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-AGO-2021 BELALCAZAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0902200-01263078-F-1002731051-20211105 0076109172A 1 [illegible]

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 11
DE
SEPTIEMBRE

Fecha: 11/04/24 | Universidad Pública PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0011

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Johana Giraldo Documento de identidad: 1088272036
Dirección: Policía Ambiental Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mora Sexo: M__ F x Raza: Mestiza Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Amarillo. Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente con antecedente de atropellamiento por vehículo el día 8/04/2024, día lunes presento parálisis tren posterior.

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	NE
9. S. Nervioso	
10. S. Musculoesquelético	AN
11. S. Cardiovascular	
12. S. Genitourinario	

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente presenta disminución de la sensibilidad a partir de L6-L7, Presenta reflejos flexores disminuidos, El resto de la evaluación, paciente no se deja evaluar.

Powered by CamScanner

2013

LISTA DE PROBLEMAS

1. Paralisis tren Posterior
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Compresión medular a nivel lumbosacro
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:___
Rayos X: Y.
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

Desviación Tórico lumbar.

OBSERVACIONES

Rx toracolumbar y lumbosacra.
Se inicia Terapia laser y admon Pregabalina
Infiltración triamcinolona

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Xilocina	3 ml	Inyectable	IM	Dosis única
Ketamina	2 ml	Inyectable	IM.	Dosis única.
Domosyn.		Gel		

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 28651.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 11/09/24 12:40 Pm

Yo Johana Giraldo **Identificado con CC:** 1088272036
con Dirección: Bolivia ambiental ; **Tutor de** Mona.
Especie Canino **Raza** Criollo **Sexo:** Hembra **Edad** _____
Historia Clínica No: 0011

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
-Sedacion para radiografia y otros procedimientos

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 Mona

En constancia que Mona 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 Si Johana Giraldo **Firma**
CC: 1088272036

Powered by CamScanner

Fecha: _____

Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario

No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: _____ Documento de identidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MONA. Sexo: M ___ F ___ Raza: _____ Especie: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Dorada 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

PARAPLEJIA NO AMBULATORIA.

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: X
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Radiografia: LL. Lordosis. T13 L1. Evidencia desplazamiento de Lumbar 1 hacia Ventral. V-D. Alteración Intervertebral T13-L1

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 12
DE
SEPTIEMBRE

Fecha: 12.09.24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0013

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Arianna Seijas Documento de identidad: Venezuela PPT #6091883
Dirección: Parque Industrial Mz 27 Cs 16 Teléfono: 3127433494
Correo Electrónico: shernandezseijas@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Peluzo Sexo: M X F ___ Raza: French Poodle. Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 2020 Color: Blanco. Peso: 5,4 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Cojera de MAD

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 132 /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: Firme Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: Normales.
Mucosas: Rosas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta perdida de continuidad a nivel de radio de MAD.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Claudicación de MAD
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fractura de MAI a nivel de la diafisis medial de radio y cubito.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Fractura de MAI

OBSERVACIONES

Se le suministro meloxicam 0,2ml al 5% via subcutanea acepromacina 0,025ml y tramadol 0,3ml via intravenosa, se le realiza RX y bloqueo con Bupivacaina.

Se le instaura tratamiento con meloxipet al 0,15% 5 gotas diarias por 4 dias.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Luis Cubas

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 12/Sep/24 / 3:44 pm

Yo Arianna Seijas **Identificado con CC:** PPT-609 1883
con Dirección: Parque Industrial Mz 27 Cs 16 SB **; Tutor de** Peluso
Especie Canino **Raza** French **Sexo:** Masculino **Edad** 12 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Peluza 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 Arianna Seijas **Firma** _____
CC: 6091883

Powered by CamScanner

EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

ONZALEZ OSORIO JAVIER ANTONIO
RB MZ 27 CS 16 PISO 2 SEC-B CIUCAFE

Rut: 01-01-007-4927 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 7
Transformador: 10054O0000 Contribución: % Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 12 Circuito: 0027 NT: 1

MATRICULA >>> 2026179

Fecha de Emisión: 13/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 23/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento adicionante a la factura: 59710268

ASEO:	11,497
ALUMBRADO:	5,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	16,607
ENERGÍA:	51,255
TOTAL	$67,862

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidades en (Kw - Hora)
184 135 110 80 100 123
12 115
FEB MAR ABR MAY JUN JUL Actual Promedio

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	131	115.974	30
MAR	115	102.392	30
ABR	184	160.128	33
MAY	135	125.371	31
JUN	110	102.960	30
JUL	80	66.600	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	8029621	ELS	10866	10766	100	1	100	123	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/JUL/2024 - 12/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Fecha de retiro: Tarifa a regir de: JUL-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	100	836.3899	83.639	-32,500	51,139

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

G	T	PR	R	D	C	CU
306.8361	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
.00		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 4 FIUu,te 6
DIUu,n,q,m 0 FIU,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 $2,835 Fecha: P 08/AGO/2024
En Reclamación Proceso

ENERGÍA 51,255

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	83,639	83,639
561	Subsidio	0	-32,500	-32,500
581	Intereses Mes	0	116	116

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 5,110

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	4,994	4,994

Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Edf Torre Central, local 101, Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 11,497

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1 10610	2 11698	3 11698	4 11830	5 11730	6 11730

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	3	135
850	C V Aprovechamiento	0	195	
839	Cargo Variable	0	12,611	12,611

Componentes Tarifarios

TBL:	16173.77
TRT:	8819.66
TDF:	3123.841
TC:	2327.22
TA:	134.764
TTL:	668.125
TLU:	4362.37
% SUB/CON:	89.23%

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Razón: 1 Cuotas Pendientes:
Periodo Facturado: JUL/2024 Ult. Pago y Fec.: $2,835 P 08/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	
Costo Variable Aprovechable (VBA):	134.764 / 12611.27

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
NIT. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula
2026179

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros	$62,752
Pago total factura	$67,862

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6091883

COL

SEIJAS HERNANDEZ
APELLIDOS

ARIANNA ABETSAY
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

3004373C
DNI No.

18-07-2003
FECHA DE NACIMIENTO

11-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

E0500678

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Jefe Proceso Gestión Humana
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6091883<<1<<<<<<<<<<<<<<<
0307189F3105308VENE0500678<<<2
SEIJAS<HERNANDEZ<<ARIANNA<ABET

Powered by CamScanner

Fecha: 12/09/24 — No. Historia Clínica: 0014

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: luz mery Arriaga — Documento de identidad: 42088792
Dirección: Rocio bajo IT 943 — Teléfono: 3172780483
Correo Electrónico: juliana01987@Hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bruno — Sexo: M X F ___ — Raza: Mestizo — Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 4 años — Color: negro — Peso: 14.2 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 22-08-2024
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No reporta
Enfermedades Anteriores: Dolor en columna
Tratamientos: Meloxicam 2 mg* 1 x día
Evolución: favorable
Alimentación: concentrado + caldos
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor inespecifico

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Dadla /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38,3 °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 1" Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente ingresa en cuadripestación, alerta al medio, al girar la cabeza llora, a la digitopunsión en cadella presenta molestia, al girar la cabeza a la izquierda hay dolor, Ausencia de propiocepción M.P.I

Powered by CamScanner

No. Historia

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Cauda equina (inestabilidad
2. lumbosacra)
3. compresión medular cervical
4. displasia de cadera
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Imagen: C2-C3 · Perdida de densidad ósea. Fisis C3. Reducción Espacio Intervertebral y Cambio de densidad en disco Intervertebral

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

Dx 1 Hiperplasia Cervical · EID. (IVD.) Hansen Tipo II

OBSERVACIONES

Se realiza Rx de vertebras cervicales, cadera

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
- Tramadol 50mg*	0,5ml	Inyectable	SC	BID
- Dipirona 500mg*	0,8ml	Inyectable	SC	SID
- Paregualina				
- Doxiciclina	11 mg/kg/1mes (3meses)			
- Cuello ortopédico				

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 39921

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 12/09/24 H: 410pm

Yo Luz Mary Buitrago A. **Identificado con CC:** 42088792P
con Dirección: Bocio bajo lote 94B ; **Tutor de** Bruno
Especie Canino **Raza** Westico **Sexo:** macho **Edad** 4 años
Historia Clínica No: 0014

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 radiografia bajo anestesia

En constancia que Bruno ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo 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 Luz Mary Buitragon **Firma**
CC: 42088792 P

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.088.792
BUITRAGO AGUDELO
APELLIDOS
LUZ MERY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1968
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-DIC-1986 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

Powered by CamScanner

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

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Autorretenedores de servicios públicos
Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Datos del Suscriptor

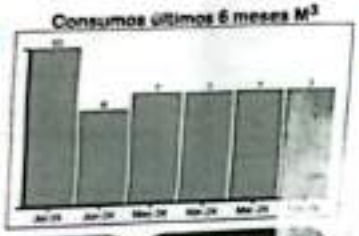
Nombre	CARLOS ARTURO BURITICA
Dirección	LT 94B ROCIO BAJO
CICLO	5
ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	8-46400
Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P2015MMRAL134209AA
Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	857946
Factura de venta Nº	56643479
Fecha de la factura	20-Ago-2024
PERIODO DE COBRO:	14-Jul-2024 al 13-Ago-2024
TOTAL A PAGAR:	**$28,300**
Fecha límite sin recargo:	28-Ago-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-08-16
Lugar último pago:	TORRE CENTRAL NORMAL
Valor último pago:	19,130
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	320
LECTURA ANTERIOR:	306
CONSUMO M³:	14

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	SIN OBSERVACION
Promedio mensual	7

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Pague su factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	14	$2,172.54	$30,415.56
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-69.2%)			$-26,051.16
Recargos Mes			$50.34
Consumo Periodo			$13,767.57
Ajuste a la Decena			$2.10

Subtotal Acueducto: $13,820

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	14	$2,573.74	$36,032.36
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant (-69.2%)			$-26,643.64
Recargos Mes			$49.77
Consumo Periodo			$14,430.23
Ajuste a la Decena			$-2.25

Subtotal Alcantarillado: $14,480

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 (DIAS/SEMANA)

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRMA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Rechazados

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub % Cont.

Unidades Independientes	UR	UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56643479	857946	20-Ago-2024

Dirección del Predio: LT 94B ROCIO BAJO

TOTAL A PAGAR	$28,300

Kit 9395

AGUAS Y AGUAS:

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 13
DE
SEPTIEMBRE

Fecha: 13-09-2024 | No. Historia Clínica: 0036

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gilberto Guzman Rodriguez Documento de identidad: 93376665
Dirección: Samaria I M2 37 Casa 2 Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Chester Sexo: M X F ___ Raza: Golden Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 10-05-2011 Color: Dorado Peso: 38,3K

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Vómito crónico, le diagnosticaron tumor en el estomago, últimamente esta muy debil

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 104 /lpm Temperatura: 38,3° 0C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: Reactivos
Mucosas: Rosa pálido Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Epulix en encia superior, dolor a la palpación abdominal de mesogastrio, perdida de masa muscular, displasia de cadera

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Edad del paciente
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Endoscopia limpia no se observan alteraciones
En la ecografía se observa alterado todos los lobulos hepaticos, se recomienda entrasia.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3998

Powered by CamScanner

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

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

...A GUERRERO JAIME
...NZ 37 CAS 2 SAMARIA I SAMARIA I

01-01-007-9164 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 14
Transformador 10090J0000 Contribución Subsidio -38.86 Estrato 2
Carga contratada (kW) 0 Grupo calidad 12 Circuito 0045 NT 1

MATRÍCULA >>> 1192004

Fecha de Emisión: 30/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Fecha límite para pagar hasta: 28/AGO/2024
Fecha límite sin servicio hasta:
Documento equivalente a la factura: 59819727

ASEO:	23,611
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	39,990
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	68,551
ENERGÍA:	137,884
TOTAL	$206,435

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

Consumo últimos seis meses

Mes	KWh	Valor	Días facturados
FEB	197	174.403	30
MAR	193	171.841	35
ABR	200	183.081	30
MAY	178	164.088	31
JUN	181	170.811	30
JUL	199	185.089	30

FEB MAR ABR MAY JUN JUL Actual Promedio

	Número	Marca	Lec. Actual	Lec. Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	11118873	MER	15726	15511	215	1	215	193	
Reactiva									

Periodo facturado: JUL/2024 - 1/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Lectura: 830.3499 Tarifa a partir de: JUL-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108.731	-42.249	66.482
>130	83	836.3899	71.093		71.093

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo variable

(G) Generación +	(T) Transmisión +	(PR) Pérdidas +	(R) Restricciones +	(D) Distribución +	(C) Comercialización +	(CU) Costo kWh
306.9351	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 Int. suspensión: Vr. reconexión: 38,477 Int. financiación:

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 172,624 Fecha P 13/AGO/2024
Reclamación Proceso

ENERGÍA 137,884

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	179.824	179.824
551	Subsidio	0	-42.249	-42.249
581	Intereses Mes	0	309	309

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4.950	4.950

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-3
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: Cra 10 17 55 Ed Torre Central, local 108 Pereira

OTRAS EMPRESAS 39,990

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
254	Cuota Sbe Ap	0	39.114	39,114

ASEO 23,611

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

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

Tarifa Ultimos 6 meses

1 21058	2 23280	3 23280	4 23280	5 23370	6 23370

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	6	125
858	C V Aprovechamiento	0	195	
939	Cargo Variable	0	13,914	13,914

Componentes Tarifarios

TBL:	$8179.77
TRT:	9526.01
TDF:	3372.04
TC:	2967.93
TA:	194.794
TTL:	725.256
TLU:	4362.87
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Pres. 1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 172,624 P 13/AGO/2024

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 194.794
Costo Variable Aprovechable (VBA): 13614.104

GERENTE

Resolución CREG 185 007 de 2024

energía DE PEREIRA
Nit. 816.003.019-9
www.eep.com.co

Matrícula 1192004

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros: $161,495

Pago total factura: $206,435

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.376.665

GUZMAN RODRIGUEZ

APELLIDOS

GILBERTO

NOMBRES

Gilberto Guzman

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1967

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O- G.S. RH

M SEXO

05-OCT-1987 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00221470-M-0093376665-20100307 0021492800A 1 4560647643

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13-04-2024 12:00

Yo Gilberto Guzmán **Identificado con CC:** 9337665
con Dirección: M2 37 C2. **; Tutor de** Chester
Especie Canino **Raza** Golden **Sexo:** Macho **Edad** 13 años
Historia Clínica No: 0036

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 Chester 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 Gilberto Guzmán **Firma**
CC: 9337665

Powered by CamScanner

Fecha: 13-09-2024 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0075

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maryuli Beltrán González Documento de identidad: 1088325191
Dirección: MJ CS 4 Tokio Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luna Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 10-03-2017 Color: Habano Peso: 20 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Aparente obstrucción vía respiratoria

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: Jadeo /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38,3 °C
Pulso: F/C Tiempo Llenado Capilar: 1" Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con disstres respiratorio, traque inflamada, sialorrea

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Desconocimiento de ingesta
2. del paciente
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. cuerpo extraño
2. traqueitis
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

traquea inflamada

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

traqueitis

OBSERVACIONES

se envia desinflamatorio y antibiotico

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dexametasona	0,5mg	Inyectable	IV	SID

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 39921

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 13-09-2024 2:58 PM

Yo Manuel Beltran Gonzalez **Identificado con CC:** 1088825141
con Dirección: M1 casa 4 Cairo Toxio **; Tutor de** Luna
Especie canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 7 años
Historia Clinica No: _____

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

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para Rx y endoscopia bajo anestesia

En constancia que Luna ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista 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 Manuel Beltran **Firma** Manuel Beltran
CC: 1088825141

Powered by CamScanner

Fecha: 13/09/24 | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 00488

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gilberto Ceballos Documento de identidad: 15961524
Dirección: Carrera 37 - 80 15 Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Moro Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 10 años. Color: blanco - amarillo Peso: 25

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

limpieza de masa en oido 129.- per

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

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira. **Fecha y Hora:** 21 - agosto - 24

Yo Gilberto Cabrera **Identificado con CC:** 15961521
con Dirección: Cra 22a 15 ; **Tutor de** Pluto
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** macho **Edad** -a
Historia Clínica No: # 00

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

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para limpieza de masis en oido 129

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 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 Gilberto C. V **Firma**
CC: 15961521

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.961.521**

CEBALLOS VANEGAS

APELLIDOS

GILBERTO

NOMBRES

Gilberto Ceballos V

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1976**

SALAMINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

30-MAY-1997 SALAMINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00088921-M-0015961521-20081005 0004039578A 1 4600007854

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 14
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 14/Sept/24

Yo Maribel Gañan Motato **Identificado con CC:** 1107062947
con Dirección: Vereda Montelargo ; **Tutor de** Maribel G.
Especie Canino **Raza** Schnauzer **Sexo:** Hembra **Edad** 7 años
Historia Clínica No: _____

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

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 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 Maribel Gañán **Firma** _____
CC: 1107062947

Powered by CamScanner

Fecha: _____ UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 0120

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Diana Arias Documento de identidad: 42.019.244
Dirección: Cra 5 con 11 Teléfono: 3027510756
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mona Sexo: M X F ___ Raza: mix Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Raja Peso: 5k

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Fue arrollado esta mañana.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 26 /rpm F. Cardiaca: 180 /lpm Temperatura: 38.4 °C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2,5seg Ganglios Linfáticos: N
Mucosas: Raza Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso X; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente Con Modulado estupor - pupilas Con respuesta pupilar - No se incorpora. Se encuentra en estupor - No se aprecian Fracturas - No se aprecian Sonidos pulmonares anormales.

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 test de Sida y leucemia.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 28651

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 14/Sep 1/24

Yo Diana Aguirre. **Identificado con CC:** 42.019244
con Dirección: CRA 5. con calle 11 **Tutor de** 11
Especie Felino **Raza** mestiza **Sexo:** Macho **Edad** 8 meses
Historia Clínica No: _____

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

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

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 Diana Aguirre **Firma** Diana A.
CC: 42019244

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 16
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 16/09/21 - 9:02 am

Yo Rosa E C M **Identificado con CC:** 25019366 25019366

con Dirección: _____ **; Tutor de** _____

Especie Felino **Raza** D.S.H **Sexo:** Macho **Edad** 2 años

Historia Clínica No: 0145

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 Posicionamiento de sonda urinaria

En constancia que Morocho 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 Rosa E C M. **Firma** RECM

CC: 25019366

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 16/09/2024 **Remitido por:** Stefania Noreña

Especie / Raza: Felino/Mestizo **Nombre:** Ares

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula: Valentina Ospina

Paciente felino macho con traumatismo el dia 12/09/2024. Presenta inflamación del MPD. Se Solicita Rx en vista antero Posterior Art.tibio - Metatarsiana. MPD. y vista latero medial.

Meloxic 0,5%
Unitral
Av circunvalar, al lado parque la Julia. Cr 13#9-67.

Firma de Profesional Veterinario

Stefania MVZ

Nombres y Apellidos
MP: _____

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 16/09/24 7:30 Am

Yo Saiyuris Flores Medina **Identificado con CC:** 18.337561
con Dirección: CR 13 #6E 86 pizamo **; Tutor de** Cheyla
Especie Canino **Raza** Ruy **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Saiyuris Flores **Firma** Saiyuris Flores
CC: 18.337561

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 17
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 17-04-24

Yo Beatriz Elena Reyes **Identificado con CC:** 1088301546
con Dirección: Kr 15-139 - 2d Cerca Reyes **; Tutor de** Sossy
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Sossy

En constancia que Sossy ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Beatriz Reyes. **Firma**
CC: 1088301546.
3145377391.

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 18
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 18/09/2024 9:23

Yo Valentina Ospina Murillo **Identificado con CC:** 1058138971
con Dirección: Mz 2 Cs 16 Brasilia **; Tutor de** AYES
Especie Felino **Raza** Criollo **Sexo:** Hembra **Edad** 1 Año
Historia Clínica No: 0267

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 Valentina Ospina **Firma** Valentina Ospina
CC: 1058138971

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 18/9/24

Yo leidy ceballos **Identificado con CC:** 1026562597
con Dirección: cra 5 #18 Dorado 2 **; Tutor de** Ades
Especie felino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **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 limpieza misma bajo anestesia

En constancia que ades 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 leidy ceballos **Firma** tatiana ceballos
CC: 1026562597
tel: 3235246100

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 18/09/24 4:45

Yo Alonso Cañas Cano **Identificado con CC:** 9695767
con Dirección: Hacienda Cuba Mz. 12 Cs 36 **; Tutor de** Bruno
Especie Canino **Raza** Pitbull **Sexo:** Macho **Edad** 8 años
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que Bruno ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista _____ 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 Alonso Cañas C. **Firma** _____
CC: 9695 767

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Risaralda **Fecha y Hora:** 18 septiembre 2024 / 10:07 am

Yo Jessica torres **Identificado con CC:** 1088348499
con Dirección: M17 C19 alta VISTA **; Tutor de** Horacio
Especie Canino **Raza** Pinscher **Sexo:** Macho **Edad** 8 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Horacio.

En constancia que Horacio 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** Luis Carlos Jaramillo **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 Jessica Torres **Firma** Jessica
CC: 1088348499.

Cel. 3143106293.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 18-01-24

Yo Jessica Alejandra Torres **Identificado con CC:** 1089348494
con Dirección: mz 17 cs 19 altavista **; Tutor de** Horacio
Especie Canino **Raza** pinscher **Sexo:** macho **Edad** 8 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS
limpieza
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

En constancia que Horacio 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 Jesica Torres **Firma** Jessica Torres
CC: 1089348494
3143106293

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 19
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 19/09/24 8:45am

Yo Luz Mery Tobar Identificado con CC: 42138634
con Dirección: Cl 78 #32A-51 Libertador ; Tutor de Chiqui
Especie Canino Raza French Poodle Sexo: Masculino Edad 11 años
Historia Clínica No: 0326

Manifiesto que, he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Enucleacion

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

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

Chiqui

En constancia que Chiqui 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** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 2851, **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 Luz Mery Tobar Firma Luz Mery T
CC: 42138634
3177733075
3217910799


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
42.138.634
TOBAR RAMIREZ
LUZ MERY
Luz Mery Tobar


01-AGO-1974
PEREIRA
(RISARALDA)
1.50
O+
F
15-JU-1993 PEREIRA

ACTUALIZA TUS DATOS

1. Ingresa a www.aguasyaguas.com.co
2. Accede a la sección Portal de Servicios



3. Haz clic en Actualización de datos básicos



4. Diligencia todos los campos



5. Acepta los términos y condiciones, así como nuestra política de manejo de datos.

• Con tu información actualizada, podemos ofrecerte un servicio más eficiente y personalizado, atendiendo rápidamente tus consultas.

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

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 1245
LECTURA ANTERIOR: 1226
CONSUMO M³: 19

Consumos últimos 5 meses M³

OBSERVACIONES: 0*0 OBSERVACION
Promedio consumo M³: 20

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	19	$2.173,54	$41.278,26
Cargo Fijo Acueducto		$9.403,17	$9.403,17
Subsidio Acue (-35.4%)			$-14.488,14
Recargos Mes			$373,84
Consumo Periodo			$36.223,29
Ajuste a la Decena			$-77
Gasto Fijo Anteriores			$36.600,00

Subtotal Acueducto $73.000

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	19	$2.573,14	$48.801,06
Cargo Fijo Alcantarillado		$3.343,79	$3.343,79
Subsidio Alcant (-39.4%)			$-14.764,84
Recargos Mes			$208,13
Consumo Periodo			$39.158,86
Ajuste a la Decena			$1,97
Gasto Fijo Anteriores			$39.750,00

Subtotal Alcantarillado $79.220

Datos del Suscriptor

Nombre: ROJAS VALENCIA OCTAVIO
Dirección: CL 78 # 32 A- 51 LIBERTADOR
CICLO: 12 | ESTRATO: BAJO
RUTA: 3-28500 | Clase de uso: RESIDENCIAL
Medidor N°: P191SMMRA115136AA | Digitación: 103 P

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Nº Cuota	Saldo	%

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Alcance)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Concepto	Unidad de Medida	Valor Unitario	Valor

TOTAL ASEO

Periodo	F. Inicio	F. Final	Nº Cuota	Saldo	%	Cuotas

Subtotal otros Cobros Asociados

MATRÍCULA: 636092
Factura de venta N°: 66738669
Fecha de la factura: 28-Ago-2024
PERIODO DE COBRO: 31-Jul-2024 al 30-Ago-2024

TOTAL A PAGAR
$152,250

Fecha límite sin recargo: 05-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de aguas: 06-Sep-2024

Fecha último pago	2024-08-02
Lugar último pago	RED-H
Valor último pago	90.000

Cuotas: 2

Código QR

Componentes Tarifarios



EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA E.S.P. NIT 816.002.103-7

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
SET366659	636092	28-Ago-2024
Dirección del Predio:	CL 78 # 32 A- 51 LIBERTADOR	

TOTAL A PAGAR: $152,250

RS 4388 - C_1

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 19/09/24 4:40pm.

Yo Laura Daniela Castro **Identificado con CC:** 1004799726
con Dirección: Hacador Mano Grande Blq 99 Apt 9931 **Tutor de** ALUCARD
Especie Felino **Raza** Siamés **Sexo:** Macho **Edad** 5 años
Historia Clínica No: _____

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

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

Alucard

En constancia que Alucard 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 LAURA DANIELA CASTRO **Firma** LAURA CASTRO
CC: 1004799726
3174911598

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 19-09-24

Yo Sharon Velasquez **Identificado con CC:** 1088297450
con Dirección: mirador llano grande **; Tutor de** Coral
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Coral.

En constancia que Coral 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 Sharon Velasquez **Firma** Sharon Velasquez.
CC: 1088297450.

3022532018.

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 20
DE
SEPTIEMBRE

Fecha: 20/04/24 | Alcaldía de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 0439

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Evelin Molina Documento de identidad: 1087494635
Dirección: Barrio Alcazar Mz cca 26 Teléfono: 3217416170
Correo Electrónico: molinamelklyn1@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bolas Molina Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: Gris Peso: 5 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): No recuerda.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): No tiene.
Enfermedades Anteriores: Ninguna
Tratamientos: ~~Ninguno~~
Evolución: ~~Ninguno~~
Alimentación: Concentrado pet Chunky.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ~~_____~~ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Lo trae a consulta por obstrucción urinaria no puede orinar.

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

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: 20/Sept/24 **Fecha y Hora:** 5:20 pm

Yo Evelyn Molina **Identificado con CC:** 1087494535
con Dirección: Barrios Mz 4 Cs 26 **; Tutor de** Bota
Especie Felino **Raza** mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años.
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.

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** Evelyn Molina
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 20-09-24

Yo luz adiela manzo **Identificado con CC:** 42123292
con Dirección: Cl 11 76 34 la Tebaida **; Tutor de** Chocolate
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** macho **Edad** 7 años
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que Chocolate 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 luz adiela mnzo **Firma** _____
CC: 42123292
3122216664

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 20-09-24

Yo Ingrid Paola Beltran **Identificado con CC:** 42125131
con Dirección: las Brisas ; **Tutor de** Tito
Especie Canino **Raza** chitzu **Sexo:** macho **Edad** 3 años
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que Tito 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** Sebastián Rivillos **con matrícula profesional No** 39917, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Paola Beltran **Firma** Paola Beltrán
CC: 42125131
3117210468

Fecha: 20/Sept/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Juliana Osorio Documento de identidad: 1089379927
Dirección: Av del Rio # 381-40 Teléfono: 3242288095
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Princesa Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: Caninos Color: blanco y café Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Fractura mtc Miembro de mad.

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: presenta fractura de 2 hueso metacarpianos x lesiones heridas que comprometen la piel

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 23
DE
SEPTIEMBRE

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ue Andrea A. O identificado con cédula de ciudadanía número 43272824 de Medellín. en calidad de tutor de TOMI., de especie Felina, raza Mestizo e historia clínica número 0515, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

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

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

_____

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Pendiente Dx

Fecha: 23-9-21 | Hospital Veterinario Universidad de Pereira | No. Historia Clínica: 015

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: (Gato) Andrea carbonell Documento de Identidad: 43272821
Dirección: Cl 9 # 29-45 Piso 2 Teléfono: 3207453906
Correo Electrónico: 3233019134

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Gato Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: Abril 2022 Color: Atigrado Peso: ___

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 3 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 19 Diciembre 2022
Enfermedades Anteriores: Obstrucción urinaria
Tratamientos: ___
Evolución: ___
Alimentación: Minino Urinario
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: ___ Fecha ultimo Parto: ___

MOTIVO DE CONSULTA

obstrucción urinaria, lleva 3 días sin orinar

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No palpables
Mucosas: Rosadas Humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: ___

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Presenta dolor abdominal Marcado

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

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

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. obstrucción
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

FWD.

OBSERVACIONES

se remite a cirujano para scrotoN ya que en la ecografia se evidencia sedimento.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
tramadol	5/1	inyectable	IC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: S1882

Powered by CamScanner

Hoja de Evolución

N° Historia clínica y GAN:

Fecha	Evolución
01/10	Se mediee paciente IV Ampi + Dipirona + Omeprazol + CBP, Se aprec: evolución favorable, Paciente atento al medio, ANIMICO, come con buen apetito, en la mañana se encuentra entra de buen temple en ayuno.

D: Datos A: Análisis P: Planes PDx: Planes Diagnósticos PTx: Planes Terapéuticos O: Observaciones R: Recomendaciones

Powered by CamScanner

SCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

NEZ DE CORREA
45 PIS 3 VENECIA-CENTRO

01-01-022-2100 PEREIRA Residencial 8
1002010000 -15.00 3
2 12 0020 1

MATRÍCULA 1699347

Fecha de Emisión: 14/JUN/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta:
24/JUN/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura:
59217400

ASEO:	33,603
ALUMBRADO:	10,110
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	43,713
ENERGÍA:	113,746
TOTAL	$157,459

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
DIC	150	133.565	
ENE	113	102.900	
FEB	146	129.233	
MAR	151	134.445	
ABR	135	124.495	
MAY	148	134.589	

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en la exposición
Activa	2000233514	HXE	15076	14935	141	1	141	140	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/MAY/2024 - 15/JUN/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 936.1853 Tarifa a mes de: MAY-2024 Tipo de lectura: ELT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	936.1853	121,704	-18,256	103,448
>130	11	936.1853	10,298		10,298

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
401.6194	47.9634	68.9040	37.7913	285.6944	94.2126	936.1853

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 1 FIUu,te 8
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 160,198 Fecha P 22/MAY/2024
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 113,746

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	132,002	132,002
561	Subsidio	0	-18,256	-18,256

ALUMBRADO PÚBLICO 10,110

MUNICIPIO DE PEREIRA

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-1
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO 33,603

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	30140	2	30140	3	30270	4	33480	5	33480	6	33470

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
644	Cargo Fijo Aseo	0	24,510	24,510
658	C V Aprovechamiento	0	195	195
639	Cargo Variable	0	13,786	13,786
693	Subsidio Aseo	0	-4,888	-4,888

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9600.91
TDF:	3433.388
TC:	3967.99
TA:	194.764
TTL:	751.522
TLU:	4362.5
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res: 1 Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado MAY/2024 Últ. Pago y Fec. 160,198 P 22/MAY/2024

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable: 194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA): 13785.913

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

energía de Pereira
Matrícula 1699347
Escanee y pague su factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Público: $147,349

Pago total factura: $157,459

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 23-09-24

Yo Andrea arboleda **Identificado con CC:** 43272624
con Dirección: Cra 11 39-45 Piso 2 ; **Tutor de** Gata
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 2 años
Historia Clínica No: 0515

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.

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 CC: Le Andrea A.O **Firma** _____

Powered by CamScanner

Fecha: 23-09-24 | No. Historia Clínica: 0532

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Trinidad Gomez Documento de identidad: 42009777
Dirección: M2-10 CS7 perla del sur Teléfono: 3127651647
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: NIÑO Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: _____

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor inespecifico

EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Excesivo Sarro - con enfermedad periodontal grado 3

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. temperamento del paciente
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Fractura mandibular
2. luxacion temporomandibular
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

Enfermedad periodontal

OBSERVACIONES

Se medica con Vetalover y clorhexidina
Se recomienda Profilaxis y castracion

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Vetalever	0,4ml	Inyectable	SC	Dosis única

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 39921

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 23-09-24

Yo Trinidad Coma **Identificado con CC:** 42009777
con Dirección: mz 10 cs 7 perla sur **; Tutor de** niño
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 14 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS Revision bajo anestesia en mandibula
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

En constancia que niño ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista _____ 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 Trinidad Coma **Firma** Trinidad Coma
CC: 42009777
3127651647.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.009.777
GOMEZ CARMONA
APELLIDOS
MARIA TRINIDAD
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1967
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-JUL-1989 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00138932-F-0042009777-20081218 0008304457A 1 4550012196

Powered by CamScanner

EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

LONDONO ECHEVERRI NUBIA
MNZ 10 CAS 7 PERLA DEL SUR PERLA DEL SUR

Auto: 01-01-003-4700 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 9
Transformador: 1001420000 Contribución: Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0031 NIT: 1

MATRÍCULA >>> 953455

Fecha de Emisión: 15/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59737449

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,950
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	28,555
ENERGÍA:	66,482
TOTAL	$95,037

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	137	121,285	30
MAR	140	124,031	30
ABR	139	127,241	31
MAY	135	124,649	30
JUN	130	121,704	30
JUL	131	109,058	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumos en investigación
Activa	99501	HXE	22871	22741	130	1	130	135	
Reactiva									

Periodo facturado: 16/JUL/2024 - 14/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-42,249	66,482

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

G	T	P/I	R	D	C	CU
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. 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,le 5 FIUu,le 8
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 95,418 Fecha P 25/JUL/2024
Oficina de
Valor reclamación Proceso

ENERGÍA 66,482

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	108,731	108,731
561	Subsidio	0	-42,249	-42,249

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,950

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No: 032 del 2'09
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-68 Bd Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,605

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	21053	2	23280	3	23280	4	23280	5	23370	6	23370

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

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.04
TC:	3967.[illegible]
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-39.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes 0
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 95,418 P 25/JUL/2024

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

Residuos del periodo (ton)

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13814.104

GERENTE

Resolución CREG 108 087 de 2024

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 23-09-24

Yo Carlos Trujillo **Identificado con CC:** 1088259442
con Dirección: Barrio nuevo ; **Tutor de** mond.
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 5 años
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que mond 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 Carlos Trujillo **Firma**
CC: 1088259442
3234380413

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.297.303**

CATAÑO TORO

APELLIDOS

CHARYTINA

NOMBRES

Charytina Cataño toro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1992**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-MAR-2010 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2400100-00235108-F-1088297303-20100419 0022013156A 1 30493179

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 24
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/09/24

Yo Katherine Rendon **Identificado con CC:** 1004756158
con Dirección: MD CS 47 B. Cachipos. ; **Tutor de** Titan
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho. **Edad** 10 años.
Historia Clinica No: 0254

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.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

Titan

En constancia que Titan 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 Katherine Rendón **Firma** Katherine Rendón
CC: 1004756158

Powered by CamScanner

Fecha: 24/09/24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0629

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Katherine Sánchez Documento de identidad: 1088256850
Dirección: Mz 47 Cs 2 San Vicente-V5 Teléfono: 3197124380
Correo Electrónico: N/A

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lupe Sexo: M__ F X Raza: Pincher-Mestiza Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: +3 años Color: Negra Peso: ____

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): Julio 2023
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): Julio 2023-Rabia, hace 3 años no se refuerza
Enfermedades Anteriores: ____
Tratamientos: ____
Evolución: ____
Alimentación: Concentrado (Chunky)
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ____
Ultimo Celo: ____ Fecha ultimo Parto: 24/09/24

MOTIVO DE CONSULTA

Parto distócico

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

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24 de sept 2024

Yo Juan Daniel J. R **Identificado con CC:** 1.088.277421
con Dirección: Calle 33 N:0 4-04 ; **Tutor de** Anakin
Especie canino **Raza** Metizo **Sexo:** Masculino **Edad** 11
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que Anakin 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 Juan Daniel R
CC: 1088277421
3218774074.

Firma

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.088.277.421**

JARAMILLO RIOS

APELLIDOS

JUAN DANIEL

NOMBRES



FIRMA

COPIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1990**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAR-2008 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00732506-M-1088277421-20150812 0045774734A 1 4563490280

Powered by CamScanner

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

Datos del Suscriptor

Nombre: RAMIREZ ACOSTA LINA MARIA

Dirección: CL 33 # 4- 04 CAIMARTE

CICLO	4	ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	1-126500	Categoría	RESIDENCIAL
Medidor N°	P1715MMRSA97767AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA: 303602

F. Sistema de venta N°: 56807507

Fecha de la factura: 17-Sep-2024

PERIODO DE COBRO: 13-Ago-2024 al 13-Sep-2024

TOTAL A PAGAR: $180,220

Fecha límite sin recargo: 25-Sep-2024

Me quedo sin el servicio de agua: 26-Sep-2024

Fecha último pago: 2024-08-26

Lugar último pago: TORRE CENTRAL NORMAL

Valor último pago: 72,000

Estrato: 2

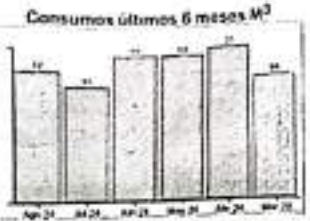
Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 1673

LECTURA ANTERIOR: 1655

CONSUMO M³: 18

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 18

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Multas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Pague la factura a través de este código

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	18	$2,172.14	$39,105.72
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue (-12.7%)			$-4,781.07
Recargos Mes			$333.33
Consumo Periodo			$43,727.82
Ajuste a la Decena			$-1.22
Saldo Fact. Anteriores			$44,740.00

Subtotal Acueducto: $88,800

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	18	$2,573.74	$46,327.32
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,889.60
Recargos Mes			$332.31
Consumo Periodo			$46,477.60
Ajuste a la Decena			$-3.56
Saldo Fact. Anteriores			$44,610.00

Subtotal Alcantarillado: $91,420

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TEA - 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 TRICOLOR MES | FRECUENCIA BICOLOR MES | FRECUENCIA BICOLOR BIMENSUAL

CANTIDAD DE PRODUCTOS (Unid)

OBSERVACIONES

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. | % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNI

TRI | SUB | SOP | FSL | SUB | CON | FSL

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS: $180,220

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: $0

Matrícula No.: 303602

Powered by CamScanner

2915.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24-09-24

Yo Manuela Martinez **Identificado con CC:** 1004774599

con Dirección: Cactus 4 mz F cs 33B **; Tutor de** Canela

Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 10 días

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

Tomo Monopo

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 Canela

En constancia que Canela 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 Manuela Martinez **Firma** Manuela MR

CC: 1004774599

3108284609

Powered by CamScanner

2023.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 21-09-24

Yo Nidia Bermudez **Identificado con CC:** 1088249837
con Dirección: invasión de llano grande **Tutor de** Duquesa
Especie canino **Raza** Pomerania **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que Duquesa 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 Nidia Bermudez **Firma** Nidia Bermudez B.
CC: 1088249837
3217916241

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24-09-24

Yo Katherine Sanchez **Identificado con CC:** 1088256950
con Dirección: calle santana ; **Tutor de** lobo.
Especie canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad:** 3 años
Historia Clínica No: _____

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

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

lobo

En constancia que lobo 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 Katherine Sanchez **Firma** Kathe Sanchez.
CC: 1088256950
3197124380

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24-09-24

Yo Laura Garcia **Identificado con CC:** 1088032254
con Dirección: Br San juan 24-02 **; Tutor de** milo
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** macho **Edad** 9 años
Historia Clínica No: _____

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

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 _____ 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 Laura Garcia **Firma** Laura Garcia
CC: 1088032254
3233149814

Powered by CamScanner

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. ESP
Nit. 816.002.020-7
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Num: 1-0000100-2
Autoretenedores de servicios públicos.
Responsables de IVA y autoretenedores de ICA.

Datos del Suscriptor

Nombre: BLANCA NELLY QUINTERO

Dirección: AV DEL RIO # 24- 02 SAN JUAN

CICLO	3	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	5-17000	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	C16LA328006AA	Diámetro	1/2 P

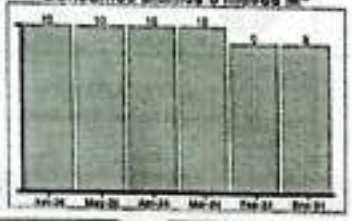
N

MATRÍCULA	213983
Factura de venta N°	56441238
Fecha de la factura	15-Jul-2024
PERIODO DE COBRO	11-Jun-2024 al 11-Jul-2024
TOTAL A PAGAR:	$8,250
Fecha límite sin recargo:	23-Jul-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2024-06-20
Agencia último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	9,590
Edad:	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	1126
LECTURA ANTERIOR	1118
CONSUMO M³	8

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	10

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	Financia	Cuotas	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Afectan)

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	8	$2,172.54	$17,380.32
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acueducto			$-18,534.18
Consumo Periodo			$8,249.32
Ajuste a la Decena			0.68

Subtotal Acueducto $8,250

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo

Subtotal Alcantarillado $0

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Concepto	Cantidad	Unidades	Valor

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	Financia	Cuotas	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros Asociados

CANTIDAD DE VENTANILLAS (TIVA)

Aprovechables (TIVA)

No Aprovechables (TIVNA)

TEA	TFII	ICA	TSL	TLU	TE	TA

Componentes Tarifarios

Unidades Independientes | UR | UNR

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura N°	Matrícula No	Facturado el:
56441238	213983	[illegible]/Jul/2024

Dirección de Predio: AV DEL RIO # 24- 02 SAN JUAN

AGUAS Y AGUAS

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR $8,250

Kit 4568

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.088.032.254

GARCIA VELEZ
APELLIDOS

LAURA CAMILA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1997
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. /Rh
F SEXO
18-NOV-2015 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2402500-00894754-F-1088032254-20170218 0053918070A 2 1254282621

Powered by CamScanner

4.8kg.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Risaralda **Fecha y Hora:** 24/09/24 9AM.

Yo Jenny Uzeth Villa **Identificado con CC:** 1.088.279.513
con Dirección: Cra 14 # 66-74 Plumon ; **Tutor de** niña
Especie felino **Raza** mestizo **Sexo:** hembra **Edad** 1 Año
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 Uterino.

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 niña

En constancia que niña 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 Jenny Uzeth Villa **Firma** Jenny Villa
CC: 1-088.279.513

3017672134

Powered by CamScanner

8.715.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24-09-24

Yo Martha Isabel Quintero **identificado con CC:** 42117935
con Dirección: Cl 26 #19-89 San Nicolás **; Tutor de** Toby
Especie Canino **Raza** Poodle **Sexo:** Macho **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA ___ OVARIOHISTERECTOMIA ___ en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS
Profilaxis
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

En constancia que Toby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** _____ **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 Martha Quintero **Firma** _____
CC: 42117935
3148154241

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 25
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Leidy Hernandez **Identificado con CC:** 1006209358
con Dirección: Cl 18 # 16 19 Av Rio- **; Tutor de** Animal.
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 7 meses
Historia Clínica No: _____

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

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
Animal

En constancia que Animal 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 Leidy Hernandez **Firma** Leidy Tatiana
CC: 1006209358
3106052405

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: 25/Sept/24 **Fecha y Hora:** 10:50 am

Yo Leidy Tatiana Hernandez **Identificado con CC:** 1006209358
con Dirección: cl 18 # 13-19 ; **Tutor de** Pituna
Especie Canina **Raza** Pinscher U. **Sexo:** Hembra **Edad** _____
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.

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 Leidy Tatiana H **Firma** Leidy Tatiana
CC: 1006209358

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

26 kg.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25/09/24 12:32 pm

Yo Luis Medardo Moreno **Identificado con CC:** 10.127.588.
con Dirección: Alto de Erazo ; **Tutor de** Tyson
Especie Canino **Raza** Hembra Bull Terrier **Sexo:** Macho **Edad** 6 años.
Historia Clínica No: 0679

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento limpieza de masas y orquiectomia.

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

Tyson

En constancia que Tyson 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 Luis Medardo Moreno
CC: 10.127.588.
304257 7711

Firma Luismoreno

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo [illegible] identificado con cédula de ciudadanía número 18521978 de Pereira en calidad de tutor de Toby, de especie Gato, raza Mestizo e historia clínica número 0683, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Toby puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

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

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 25 de Sept. del 2029.

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

[illegible] 18521978

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 25/sep/24 | Universidad Tecnológica de PEREIRA | Hospital Clínico VETERINARIO | No. Historia Clínica: 0683

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Andres perez Documento de identidad: 1852 1978
Dirección: M2.16. Cs.19 B. Guilberto Alzate Teléfono: 3012271568
Correo Electrónico: jarmutopcarmona@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 1 año y 2 meses Color: gris Peso: 5kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 3 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 3 meses sin embargo no presenta carnet
Enfermedades Anteriores: N/R.
Tratamientos:
Evolución:
Alimentación: Concentrado - urinary Proplan.
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

obstrucción urinaria desde ayer.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 68 /rpm F. Cardiaca: 164 /lpm Temperatura: 39.1 °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg. Ganglios Linfáticos: normales.
Mucosas: Pálidas secas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con anuria, dolor a la palpación abdominal.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. dolor a la palpación abd
2. Anuria
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Calculos en vejiga
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	0,2ml	Inj	SC	UD

Laura Granados

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 9S840

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.521.978
PEREZ CARMONA
APELLIDOS
JAIME ANDRES
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1984
TORO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAY-2002 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0115100-00732504-M-0018521978-20150812 0045771181A 2 2233483205

Powered by CamScanner

Efigas
Así siempre

¡Hola!

MARY LÚZ ECHEVERRI GARCIA

Tu código de contrato es: 1154089

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

Tu factura fue expedida el: 12/09/2024 00:15.24

EN TOTAL TE FACTURAMOS

Servicios públicos	$ 4.011
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 4.011**
Debes pagar antes de:	24/09/2024
	1202390131
	181385924

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

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

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

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

¿TIENES DUDAS O REQUIERES MÁS INFORMACIÓN? PONTE EN CONTACTO

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

www.efigas.com.co

1 de 2
16575

DATOS DE TU PREDIO

Dirección: CL 71A KR 10 - 14 MZ 16 CASA 17 PISO 1 | Predio: CL 71A KR 10 - 14 MZ 16 CASA 17 PISO 1 | Estrato: 1

Barrio: GILBERTO PELAEZ, (PEREIRA) | Municipio: PEREIRA | Clase de servicio: RESIDENCIAL

DATOS TÉCNICOS SOBRE TU CONSUMO

Lectura actual	Lectura anterior	Factor de corrección	Consumo m³
436	433	0,8872	3

Periodo de consumo: 07/AGO - 05/SEP | Días de consumo: 30 | Medidor: 24-21040235-20

Observación de no lectura:

TU CONSUMO EN METROS CÚBICOS EN LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

	CAPITAL	INTERESES
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1409985)		
Consumo de gas natural	$ 8.535	
Subsidio	$ -4.530	
Recargo por mora	$ 6	
TOTAL SERVICIO:	**$ 4.011**	**$** **$**

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 018000960344.

Paga tu factura aquí

PRESTACIÓN TERMOUSUARIOS

El certificado de tu red de gas natural se encuentra al día. Aún te faltan 7 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000960344.

Tu cupo es de
$ 4.735.000
Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el
ANIVERSARIO Brilla





(415)7709980024250309181385924(3902)00000040119(96)20241224

NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Tauramena Fecha y Hora: 23-09-24

Yo Jaime andres pena Identificado con CC: 18521978
con Dirección: Manzana 16 Casa 17 ; Tutor de TOVI
Especie felino Raza Mestiza Sexo: Macho Edad 14 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.

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 Jaime Andres Pena **Firma**
CC: 18521978

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo luz mila Ramirez **Identificado con CC:** 24392852
con Dirección: Villa Santana Veracruz **; Tutor de** Kiara
Especie Canino **Raza** Rey **Sexo:** Hembra **Edad** 5 años
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que Kiara 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 luz mila Ramirez **Firma**
CC: 24392852.
3137522074
3026401264

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.392.852**

RAMIREZ CARVAJAL

APELLIDOS

LUZMILA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1968**

ANSERMANUEVO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ENE-1989 ANSERMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0900700-00068342-F-0024392852-20080910 0003202143A 1 4780004210

Powered by CamScanner

EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA
NIT 816.002.019-9
PUNTO DE PAGO: CIRCUNVALAR
DIRECCION: Edif. Torre Central
Fecha: 06/09/2024 03:34:28 p.m. 15:34
Trans: 1307038 Id: 0105459452003
Cajero: c7347-CARLOS ALBERTO GARCIA CARM
OM-018/2019 FP: E

EMPRESA	FACTURA	VALOR
EMPRESA DE ENER	0205452003	$201.272

TOTAL REGISTROS: 1
TOTAL: $ 201.272,00

CONSERVE SU TICKET PARA REALIZAR
CUALQUIER RECLAMO
GRACIAS POR SU PAGO

8606872 ELS 7280 7145 135 1

2054520

ASEO:	22,885
ALUMBRADO:	6,800
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,685
ENERGÍA	171,586
TOTAL	$201,272

29/AGO/2024
1
09/SEP/2024
01/SEP/2024
59175712

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO — 6,800

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

Pereira
933 del 2009
CRA 10 17-05 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS — 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

ASEO — 22,885

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

Frecuencia Recoleccion: No aprovechables 2 Aprovechables 3 Barrido 2
Frecuencia Corte 1 Veces/Mes - Frecuencia Poda 3 Veces Año
Frecuencia Lavada 2 Veces/Año - Aforo Mes (M3) 1 Und Aseo RESID-EST

Tarifa ultimos 6 meses

10200	11340	11340	11340	11380	11380

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR			Componentes Tarifarios	
844	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511	TBL	16173.77
845	Recargo Mora	0	0	0	TAT	8819.48
858	C V Aprovechamiento	0	185	185	TDF	3123.841
839	Cargo Variable	11,385	12,611	23,996		3047.35
999	Subsidio Aseo	0	-25,623	-25,623	TA	194.764
					TTL	868.125
					TLU	4362.97
					% SUB CON	-88.29%

Valor Financiado: 0 Ubicación macromedidores: Rec:1 Lotes Pendientes: 0
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	
Costo Variable No Aprovechable	194.764
Costo Variable Aprovechable (VBA)	12811.23

GERENTE

Resolución CREG
185 007 de 2004

FABRICANTE DEL SOFTWARE ACTIS LTDA - NIT 800204634 - SAC

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

0-130	130	836.3899	108,731	-55,548	53,183
>130	5	836.3899	4,182		4,182

INFORMACIÓN GENERAL

306.9361	55.9324	55.8862	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

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

.50 38,877

ACUERDOS DE PAGO

Cuota Otra	434,802	181,115	8 al 1.47% Interes

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

203,648 P 10/JUL/2024

ENERGÍA — 171,586

501	Consumo Activa	123,708	112,913	236,621
990	Saldo Favor Energia	-1	0	-1
561	Subsidio	-55,211	-55,548	-110,757
581	Intereses Mes	0	448	448
670	Cuota Otra	18,430	18,702	37,132
722	Intereses Financ.Diner	3,209	2,937	6,146

Powered by CamScanner

8769.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Ana Moral **Identificado con CC:** 1192786123
con Dirección: Colinas del Triunfo mz 16 c1; **Tutor de** Lucero
Especie Canino **Raza** Pinscher **Sexo:** Hembra **Edad** 4 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA y/o 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 Lucero

En constancia que Lucero 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 Ana Moral **Firma**
CC: 1192786123
3246472341

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Yolanda Valencia **Identificado con CC:** 42121627
con Dirección: M2 1 cs 20 agua Clara **; Tutor de** max
Especie Canino **Raza** Poodle **Sexo:** macho **Edad** 8 meses
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que max ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista _____ 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 Yolanda Valencia. **Firma** Yolanda Valencia G.
CC: 42121627
3146768593

Powered by CamScanner

3245

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Yisleth Lund **Identificado con CC:** 42154626
con Dirección: Mz 2 Cs 24 San Antonio **Tutor de** Negra
Especie felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

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

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

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

En constancia que Negra 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 Yisleth Lund
CC: 42154626
3184442243
3165863004

Firma Yisleth Lund
42154626.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Maria Melida Galeano **Identificado con CC:** 42137589.
con Dirección: mz 11 cs 13 miraflores ; **Tutor de** Niña
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 4 años
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que Niña 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 Maria m Galeano **Firma** Melida G.
CC: 42137589
3104871844

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-2024

Yo María Melida Galeano **Identificado con CC:** 42137589
con Dirección: M²11 c°13 Miraflores ; **Tutor de** niña
Especie canino **Raza** mestizo **Sexo:** femenino **Edad** 4 años
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.

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 Melida Galeano **Firma** Melida G
CC: 42137589

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 25-09-24

Yo Sandra Bedoya **Identificado con CC:** 1088347390
con Dirección: M2 B CS 26 B1 Intermedio V; **Tutor de** Pacho
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

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

En constancia que Pacho ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Sandra Bedoya **Firma** Sandra Bedoya
CC: 1088347390.
3197956410

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 26
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 26-09-24

Yo Josefa Ramirez **Identificado con CC:** 42013861
con Dirección: Cl 9 # 12-43 B. Caracito ; **Tutor de** Lulu
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Cirugia Tumor

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 Lulu ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** _____ **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: 42013861
Josefa Ramirez.

Firma
Josefa Elena

3187340727

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 26-09-24

Yo Diana Milena Trial **Identificado con CC:** 20928344
con Dirección: M2 13 CS 18 Sector A PI; **Tutor de** Sasha canino
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 10 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Sasha 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: 20928344 Diana Trial
3108871430

Firma
Diana Milena Triana.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 26-09-24

Yo Fragny Estela Prada **Identificado con CC:** 23710133
con Dirección: mz 43 cs 19 Samaria I pi 2; **Tutor de** Toby
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 7 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Hernia perineal - cirugía.

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
CC: 23710133 Fragny Prada
3137303065

Firma Fragny Estela Prada

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 27
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

5 * 9.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 27-09-24

Yo José Alejandro Bolaños Identificado con CC: 1004679496
con Dirección: M2 9 cs 31 Perla del sur ; Tutor de Tote Bolaños
Especie felino Raza mestizo Sexo: macho Edad 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento amputación pata trasad derecha.

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 Tote B. 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:1004679496
José Alejandro B.

Firma

3232072227

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 28
DE
SEPTIEMBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 28-09-24

Yo Lina maria Ospina **Identificado con CC:** 42019287
con Dirección: M2 7 cs 14 Villa Santana **; Tutor de** Lord.
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 8 meses
Historia Clínica No: _____

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

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 Lord. 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: 42019287
Lina maria Ospina.
3239372060

Firma
Lina Maria Ospina P

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 28-09-24

Yo Juan Pablo Arias **Identificado con CC:** 10017197
con Dirección: Kr 19 23 23 Providencia **; Tutor de** Rocko
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 10 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Rocko

En constancia que Rocko 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 Juan Pablo Arias **Firma**
CC: 1001171 97

3104504766

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 01 DE OCTUBRE

Fecha: 01-10-24. Universidad de Pereira | Hospital Veterinario No. Historia Clínica: 0453.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Maria Camila Carreño Documento de identidad: 1004737623.
Dirección: Cll 20 # 23-11 Boston Teléfono: 3108387524.
Correo Electrónico: mariacamila1187@gmail.com.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Horus Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: Julio - 2021. Color: Blanco-Amar. Peso: 3.5 kg.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): Enero 2023.
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): Ninguna.
Enfermedades Anteriores: No reporta.
Tratamientos: No reporta.
Evolución:
Alimentación: Chunky - 3 veces al día.
Historia Reproductiva: Entero X. Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Hoy amaneció malito, cólicos fuertes, al hacer fuerza le empezó a salir Sangre, y líquido por la boca.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: Fc Tiempo Llenado Capilar: 2 Sg. Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHPS. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente que al momento de la palpación se encuentra con vejiga pletorica, hematuria y dolor a la palpación.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vejiga Pletorica
2. Dolor
3. Hematuria
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Urolitiasis
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

Bajo Sedación Se realiza Cistocentesis Se retiran 100 ml de

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	0.05ml	Inyectable	SC	DU
Tramadol	0,2 ml	Inyectable	IM	DU
Xilacina	90% ml	Inyectable		DU

Stefania Moncada.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 01-10-2024

Yo Nuria Camila Carreño **Identificado con CC:** 1004737623.
con Dirección: Cll 20 # 23-11 Barrio Boston; **Tutor de** Hons
Especie Felino **Raza** DHS **Sexo:** Macho **Edad** 3 Años
Historia Clínica No: 0953.

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 Cistotomía.

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 Hons

En constancia que Hons 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** Luis Carlos Jaramillo **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 María Camila Carreño **Firma** María Camila Carreño
CC: 1004737623

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo XIMENA T T identificado con cédula de ciudadanía número 1088271353 de PEREIRA en calidad de tutor de MUÑECO, de especie Canino, raza mestizo e historia clínica número 0982, 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, muñeco 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 1 de octubre del 2024.

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

XIMENA TT

Propietario/acudiente
CC: 1088271353

Powered by CamScanner

Fecha: 01-10-24 Universidad Tecnológica de Pereira — Hospital Veterinario No. Historia Clínica: 0982

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gimena tamayo Documento de identidad: 1088271253
Dirección: AV. 30 26-02 San martin Teléfono: 3187522635
Correo Electrónico: ximenatangarife1118@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: muñeco Sexo: M F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 11 AÑOS Color: negro Peso: 25 kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Hace 3 meses pelio con otro perro q le desgarro la cola

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 108 /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: RIC Tiempo Llenado Capilar: NE Ganglios Linfáticos: normal
Mucosas: NE Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: agresivo

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

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

N: Normal AN: anormal, NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente con masa en ano, la propietaria manifiesta q la tiene hace 3 meses y le creyo esa masa, aparece de una pelea, la sra. volvio nuevamente manifiesta q lo aporrearon el mismo perro.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. lesion en testiculos x pelea
2. masa en ano x pelea
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente es remitido a cita con dr Luis Carlos para realizar CX ya que presenta una masa con liquido (puede ser sangre o pus) encapsulado en zona anal, se realiza limpieza con clorhexidina y perosan en herida en el testículo

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Dipirona	1.25ML	Iny	SC	UD
Multibio	2.5ML	Iny	SC	UD.

Laura Granados
Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 95840

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.271.353

TANGARIFE TANGARIFE

APELLIDOS

XIMENA

NOMBRES

XIMENA TANGARIFE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1989

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

06-SEP-2007 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

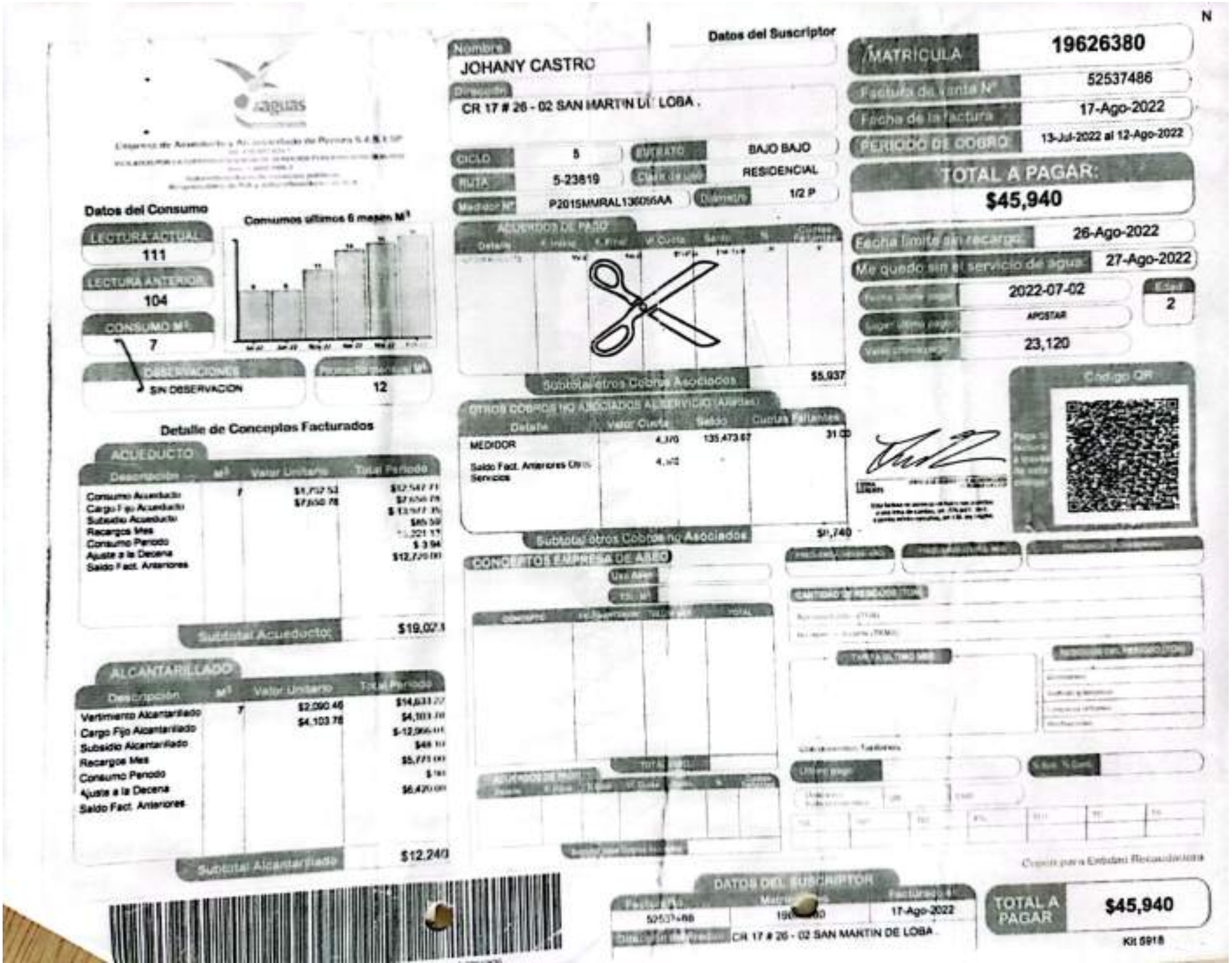
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00226621-F-1088271353-20100318 0021695700A 1 4530726868

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Datos del Suscriptor

Nombre: JOHANY CASTRO

Dirección: CR 17 # 26 - 02 SAN MARTIN DE LOBA .

CICLO	5	ESTRATO	BAJO BAJO
RUTA	5-23819	CLASE DE USO	RESIDENCIAL
Medidor Nº	P201SMMRAL136096AA	Diámetro	1/2 P

MATRICULA 19626380

Factura de Venta Nº 52537486

Fecha de la factura 17-Ago-2022

PERIODO DE COBRO 13-Jul-2022 al 12-Ago-2022

TOTAL A PAGAR: $45,940

Fecha límite sin recargos 26-Ago-2022

Me quedo sin el servicio de agua 27-Ago-2022

2022-07-02

APOSTAR

23,120

Estrato 2

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	111
LECTURA ANTERIOR	104
CONSUMO M³	7

Consumos ultimos 6 meses M³

OBSERVACIONES	Promedio Consumo M³
SIN OBSERVACION	12

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	# Inicial	# Final	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Pactadas

Subtotal otros Cobros Asociados $5,937

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Anuales)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Pactadas
MEDIDOR	4,370	135,473.67	31
Saldo Fact. Anteriores Otros Servicios	4,370		

Subtotal otros Cobros no Asociados $1,740

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$1,737.53	$12,162.71
Cargo Fijo Acueducto		$7,650.78	$7,650.78
Subsidio Acueducto			$-13,967.35
Recargos Mes			$85.50
Consumo Periodo			$1,201.15
Ajuste a la Decena			$ 3.94
Saldo Fact. Anteriores			$12,770.00

Subtotal Acueducto $19,07

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,090.46	$14,633.22
Cargo Fijo Alcantarillado		$4,103.78	$4,103.78
Subsidio Alcantarillado			$-12,966.11
Recargos Mes			$48.11
Consumo Periodo			$5,771.00
Ajuste a la Decena			$1.61
Saldo Fact. Anteriores			$6,420.00

Subtotal Alcantarillado $12,240

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

Ton. M³

Concepto	Cantidad	Valor Unitario	Total

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	# Inicial	# Final	Vr Cuota	Saldo	%	Cuotas Pactadas

Subtotal Acuerdos de Pago

Código QR

CANTIDAD DE PERIODOS TOTAL

TARIFA ACTUAL M³

Tarifa Uso Aseo

Uso de Aseo

% Sub. % Cont.

Copia para Entidad Recaudadora

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura Nº	Matrícula	Fecha de la Factura
52537486	19626380	17-Ago-2022

Dirección CR 17 # 26 - 02 SAN MARTIN DE LOBA .

TOTAL A PAGAR $45,940

Kit 5918

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

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

Yo Ximena Tangarife **Identificado con CC:** 1088271353
con Dirección: B/ San martin **; Tutor de** mañeco
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** macho **Edad** 11 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Mañeco

En constancia que Mañeco 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 Ximena Tangarife. **Firma** Ximena T.T.
CC: 1088271353
3187522635

Powered by CamScanner

03/octubre/24.

Se realiza Corrección hernia periapal con malla Quirurgica/ Lesion con muchas adherencias- músculos con poca a nula potencia- Vejiga y prostata expuesta

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo XIMENA T.T. identificado con numero de cedula N° 1088271353 declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado MUÑECO 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 OCTUBRE del 2024

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

XIMENA T.T.

Propietario/acudiente:
CC: 1088271353

---

hace 3 meses pelo [illegible]
cola

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: NE °C
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: NE Ganglios Linfáticos: normal
Mucosas: NE Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: agresivo

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

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

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

Descripción de los Hallazgos: Paciente con masa en ano la propietaria manifiesta q la tiene hace 3 meses y le creció esa masa, aran de [illegible]

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 01-10-24

Yo Daniel Zuluaga **Identificado con CC:** 1088273194
con Dirección: San Nicolas. **; Tutor de** Maitind.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 8 años.
Historia Clínica No:

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

En constancia que Maitind. 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 Daniel Zuluaga **Firma**
CC: 1088273194
3225942945.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.088.273.199**

ZULUAGA VALENCIA
APELLIDOS

DANIEL RICARDO
NOMBRES

Daniel R. Zuluaga.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1989**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-NOV-2007 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2400100-54170008-M-1088273199-20080417

04240 08108A 02 285019125

Powered by CamScanner

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

NIT 816.002.026-7

VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Nuir 1-66001000-2

Autoretenedores de servicios públicos.

Responsables de IVA y autoretenedores de ICA

Datos del suscriptor

Nombre: ESTRADA MORALES ANA-CECILIA

Dirección: CR 15 B # 28- 23 SAN NICOLAS

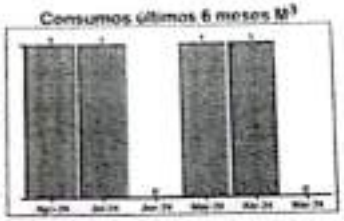
CICLO	5	ESTRATO	MEDIO BAJO
RUTA	5-79200	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	P19I5MMRAL112742AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	290940
Factura de venta N°	56817077
Fecha de la factura	18-Sep-2024
PERIODO DE COBRO:	14-Ago-2024 al 14-Sep-2024
TOTAL A PAGAR:	**$41,640**
Fecha límite sin recargo:	26-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua:	

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL:	680
LECTURA ANTERIOR:	673
CONSUMO M3:	7

Consumos últimos 6 meses M3



Fecha último pago:	2024-09-02
Lugar último pago:	PSEACH
Valor último pago:	16,760
Edad	1

OBSERVACIONES	Promedio mensual M3
SIN OBSERVACION	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

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M3	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-12.7%)			$-3,125.59
Recargos Mes			$12.63
Consumo Periodo			$21,485.36
Ajuste a la Decena			$2.01
Subtotal Acueducto:			$21,500

ALCANTARILLADO

Descripción	M3	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.16
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,082.71	$5,082.71
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-2,928.61
Recargos Mes			$8.31
Consumo Periodo			$20,131.32
Ajuste a la Decena			$ 37
Subtotal Alcantarillado			$20,140

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo:

TDI - M3:

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)	
No Aprovechables (TRNA)	

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios	
Barrido y limpieza	
Limpieza urbana	
Reciclaje	

Componentes Tarifarios

Último pago		% Sub	% Cont.
Unidades Independientes	UR	UNR	

TBL	TNT	TEM	TTL	TLU	TC	TA

Copón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$41,640

Matrícula No.
290940

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

EMPRESAS ALIADAS

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 01-10-24

Yo Lina Isaza **Identificado con CC:** 43864939.
con Dirección: San Gregorio. **; Tutor de** Maya.
Especie Canino **Raza** Chiro. **Sexo:** Hembra. **Edad** 6 años
Historia Clínica No: _____

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

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

En constancia que Maya 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 Lina Isaza. **Firma** Lina Isaza Correa

CC: 43864939.

3237015864

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.864.939**

ISAZA CORREA

APELLIDOS

LINA ARELYS

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1978**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**A-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAY-1997 ENVIGADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100150-00233308-F-0043864939-20100412 0021966023A 1 34065463

Powered by CamScanner

Efigas
Así siempre

¡Hola!

CLAUDIA PATRICIA HINCAPIE PATINO

Tu código de contrato: 890456

Sigue protegiendo tu hogar con efigas, cuidado y seguridad para todo tu hogar.

Fecha y hora de expedición: 10/09/2024 00:15:44

Servicio público	$ 2.680
Brilla	
Otros servicios	
Valor en reclamo	$ 0
Saldo a favor	$ 0
TOTAL A PAGAR	**$ 2.680**
Si no paga antes de	23/09/2024
Periodo de consumo facturado	
Referencia de pago	1202303909
Código de barras	181251814

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

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

164 ANTE UNA EMERGENCIA COMUNÍCATE

ATENDEMOS TODAS TUS SOLICITUDES
01 8000 96 3344
LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE

SI TIENES DUDAS O REQUIERES ALGUN SERVICIO, PONTE EN CONTACTO
Armenia: 606 736 8950
Manizales: 606 898 2323 | Pereira: 606 351 5351

www.efigas.com.co

DATOS DE TU PREDIO

Dirección de entrega: SAN GREGORIO MZ D CASA 24 PISO 2
Dirección del predio: SAN GREGORIO MZ D CASA 24 PISO 2
Estrato: 1
Barrio: SAN GREGORIO, (PEREIRA)
Municipio: PEREIRA
Clase de servicio: RESIDENCIAL

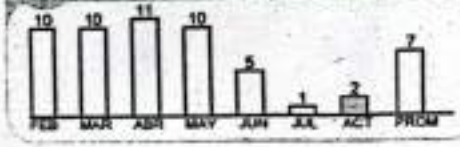
DATOS TÉCNICOS DE TU CONSUMO

Lectura actual: 1128 − Lectura anterior: 1126 × Factor de corrección: 0,8668 − Consumo m³: 2

Periodo de consumo: 04/AGO - 02/SEP
Días de consumo: 30
Medidor: X-3394306-17

Observaciones técnicas:

TU CONSUMO EN M³ LOS ÚLTIMOS MESES



CONCEPTO

	CAPITAL	INTERÉS
SERVICIO DE GAS (Número de servicio,1003225)		
Consumo de gas natural	$ 5.690	
Subsidio	$ -3.020	
Recargo por mora	$ 10	

TOTAL SERVICIO: $ 2.680 $ $

Evita estafas, nuestro personal se encuentra debidamente identificado y no está autorizado para recibir dinero en efectivo. Valide 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 23 meses para iniciar la gestión del nuevo certificado. Espera nuestros comunicados oficiales o consulta en la línea gratuita 018000966344.

Tu cupo es de
$ 4.735.000
Para que la utilices con más de 200 aliados en el Eje Cafetero
Brilla

Aprovecha todas las ofertas con el
ANIVERSARIO
Brilla

Digital es mejor

Explora nuestro Mundo Sostenible 2023
Efigas
www.efigas.com

(415)7709998002425(8020)018125181 4(3900)0000000580(96)20241023
NO COLOQUES SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

NIT 800.252.395-3 / Responsable de IVA RUT 2-76 / VIGILADA S.I.C. / Para mayor información sobre tus derechos y deberes como usuario, consulta la Circular Única de la SSPD en www.superservicios.gov.co

Powered by CamScanner

7kg.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 01-10-24

Yo Gloria Ruiz Echeverri **Identificado con CC:** 41893239
con Dirección: Milan Rubio ; **Tutor de** niña
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 9 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento retiro de tumor

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

niña

En constancia que niña 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 Gloria Ruiz
CC: 41893239
3013126505

Firma

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **41.898.238**

RUIZ ECHEVERRI

APELLIDOS

GLORIA ALICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1962**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-OCT-1980 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2400100-00950347-F-0041898238-20171030 0058302935A 1 4544680036

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

RUIZ EGHEVERRY GLORIA ALICIA
AVD DEL RIO 29 84 MILLAN RUBIO

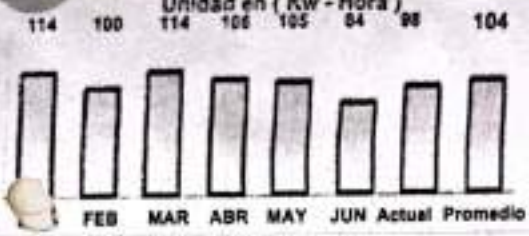
Ruta: 01-01-001-8300 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 5
Transformador: 10011G0000 Contribución: Subsidio: -51.01 Estrato: 1
Carga contratada (KW) 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0024 NIT: 1

MATRÍCULA

Fecha de Emisión: 11/JUL
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta:
22/JUL/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factu
59420185

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimas seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	114	103,811	31
FEB	100	88,529	29
MAR	114	101,502	31
ABR	106	97,033	30
MAY	105	96,794	30
JUN	84	78,640	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	80078908	MER	16072	15974	98	1	98	104	
Reactiva									

Periodo facturado: 11/JUN/2024 - 10/JUL/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 332.5053 Tarifa a mes de: JUN-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	98	832.5053	81,586	-41,621	39,965

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
317.2381	52.8374	58.6064	24.8851	282.1381	96.8002	832.5053

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 — Dura. interrup. usuarios generi.
DIUu,te 6 — Dura. interrup. usuarios acumul.
DIUu,n,q,m 0 — Dura. interrup. usuarios mes
VC .00 — Valor a compensar

FIUGj,n,q 15 — Frec.interrup. usuarios generi.
FIUu,te 15 — Frec.interrup. usuarios acumul.
FIUu,n,q,m 0 — Frec.interrup. usuarios mes

ÚLTIMO PAGO

ALU

COD 307A

Responsable del
Acuerdo del Con
Oficina de atenci

ASE

Frecuencia (vec
Frecuencia Cor
Frecuencia Lav

10220

COD	CONCEPTO
844	Cargo Fijo
845	Recargo M
858	C V Aprove
939	Cargo Vari
999	Subsidio A

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 01 de octubre 2024

Yo Jhoan Sebastian Ortiz Arevalo **Identificado con CC:** 1016037889
con Dirección: MNZ B CAS 2 SAUCES IV **; Tutor de** Sabina
Especie Felino **Raza** Mixto **Sexo:** hembra **Edad** 2 años.
Historia Clínica No: _____

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

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 Sabrina

En constancia que Sabrina. 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 Sebastian Ortiz **Firma** _____
CC: 1016037889

Powered by CamScanner

ULA DE
ADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.016.037.889

Apellidos
ORTIZ AREVALO

Nombres
JHOAN SEBASTIAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	M

Fecha de nacimiento — G.S.
01 AGO 1991 — O+

Lugar de nacimiento
LA DORADA (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
04 SEPT 2009, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
13 DIC 2033

038148622

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL038148622415001<<<<<<<<<<
9108013M3312131COL1016037889<2
ORTIZ<AREVALO<<JHOAN<SEBASTIAN

Powered by CamScanner

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

582420

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

...IANA TREJOS GARCIA
...RA 35 73 06 MNZ B CAS 2 SAUCES IV SAUCES

Rut: 01-01-008-6325 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 12
Transformador: 10050K0000 Contribución: % Subsidio: -15.00 Estrato: 3
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0033 [illegible]: 1

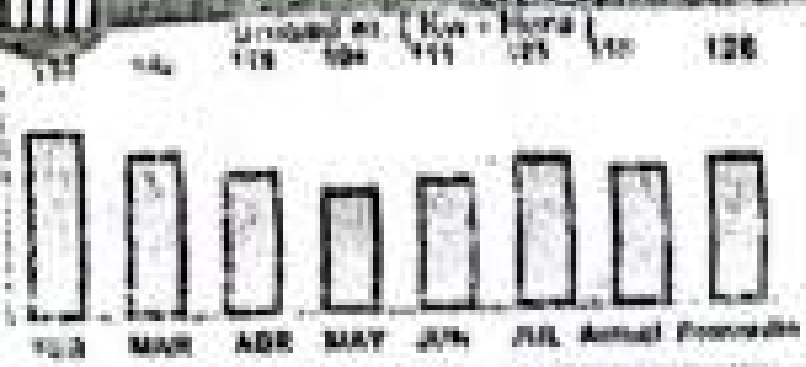
MATRÍCULA

[illegible]	20/AGO/2024
[illegible]	0
[illegible]	28/AGO/2024
[illegible]	X
[illegible]	59805532

ASEO:	35,954
ALUMBRADO:	10,116
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	44,064
ENERGÍA:	81,757
TOTAL	$125,821

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidades en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	157	138,131	30
MAR	140	124,651	31
ABR	118	108,018	[illegible]
MAY	104	95,872	30
JUN	111	103,917	31
JUL	125	104,063	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11122162	MER	20573	20558	115	1	113	126	
Reactiva									

Periodo facturado: 19/JUL/2024 - 19/AGO/2024 Días facturados: 30 Observación
Tarifa aplicada de: JUL-2024 Tipo de factura: CL1 Consumo Lectura Tomada
Valor kWh: 836.3899

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
113	836.3899	96,185	-14,428	81,757

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	(T) Transmisión	(P) Pérdidas	(R) Restricciones	(D) Distribución	(C) Comercialización	(CU) Costo unitario
305.9461	55.9324	55.8662	27.0710	295.6650	95.5192	836.3899

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

Int. Mora .00 Vr. suspensión Vr. reconexión 38.877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 132,168 Fecha P 29/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA

81,757

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	96,185	96,185
561	Subsidio	0	-14,428	-14,428

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO

10,116

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	10,116	10,116

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: [illegible]
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2010
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

35,954

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
36270	33460	33469	33479	33650	[illegible]

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
644	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
758	C V Aprovechamiento	0	135	14,297
939	Cargo Variable	0	14,187	
999	Subsidio Aseo	0	-4,939	-4,939

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9921.56
TDF:	3313.002
TC:	3267.89
TA:	134.764
TTL:	791.814
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Aseo: 1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 132,168 P 29/JUL/2024

	May	Jun	Jul
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.072	.07	.072

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.002
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo: [illegible]
Costo Variable No Aprovechable: [illegible]
Costo Variable Aprovechable (VBA): [illegible]

GERENTE

Resolución [illegible]

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: pereira **Fecha y Hora:** 1- 10- 24

Yo Alba Nubia Martinez **Identificado con CC:** 25194237
con Dirección: Nuevo plan Villa Santana **; Tutor de** Shaira.
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 15 años.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento retiro de masas

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

Shaira

En constancia que Shaira 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 Alba Nubia M.
CC:25194237
3228303164

Firma Alba Nubia Martinez.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.194.237**
MARTINEZ LONDOÑO

APELLIDOS
ALBA NUBIA

NOMBRES

Alba Nubia Martinez

FIRMA





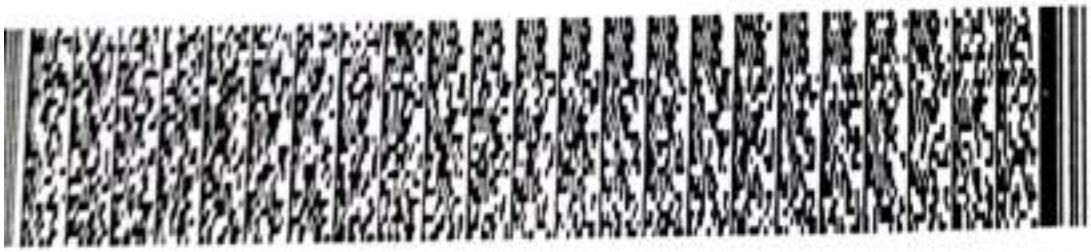
FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1968**
SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-JUN-1988 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

DICE DERECHO



Powered by CamScanner

MZ 1 CS 12 NUEVO PLAN VILLA SANTANA

01-01-014-2050 1 PEREIRA Residencial 3

10024G0000 -51.01 1

0 12 0013 1

0

09/AGO/2024

5960585

ALUMBRADO: 11,385

OTRAS EMPRESAS: 3,400

0

INFORMACION DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)

171 152 148 144 126 117 130 143

ENE FEB MAR ABR MAY JUN Actual Promedio

Mes	Kwh	Valor	Dias facturados
ENE	171	185,718	31
FEB	152	134,565	30
MAR	148	131,774	31
ABR	144	131,818	30
MAY	126	116,152	30
JUN	117	108,534	30

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energia facturada	Consumo promedio	Consumo en investigacion
Activa	91205	HXE	32987	32857	130	1	130	143	
Reactiva									

Periodo facturado 29/JUN/2024 - 29/JUL/2024 Dias facturados 31 Observacion

832.5053 Fecha proxima lect JUN-2024 Tipo de Lectura CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACION DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energia	Subsidio	Total
0-130	130	832.5053	108,226	-55,211	53,015

INFORMACION GENERAL

Componentes del costo unitario

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. suspension Vr. reconexion 38,877 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto Valor financiado Deuda actual Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,c 22 FIUGj,n,q 15

DIUu,te 0 FIUu,te 1

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

VC .00

Nota o comentario

Para cualquier inquietud comuníquese con la Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P. Carrera 13 No. 13-24 Piso 2 Edificio Bolívar Pereira Risaralda Línea gratuita nacional 018000 115 115 Línea en Pereira 3 20 80 00 Línea de Seguridad y Urgencias en Pereira 3 20 80 80 Línea gratuita nacional 018000 115 115

ULTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 62,327 Fecha P 08/JUL/2024

Otros

Valor en Reclamación Procesos

ENERGIA

53,015

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	108,226	108,226
961	Subsidio	0	-55,211	-55,211

[illegible] ENERGIA DE PEREIRA

CLL 17 NO. 6 [illegible] PEREIRA

Fecha de Recaudo: 05/08/2024 11:50:22
Eq: 140 Ofi: 1 Vendedor: 1127933945
Tr: 613775491 Cod Seg: 1611836399
Cli:

ENERGIA DE PEREIRA

Referencia: 10858312
Periodo de pago: 09/08/2024
Servicio: ENERGIA DE PEREIRA
Valor: $67,800

Ajuste al Peso: $0
Valor Recaudado: $67,800

Conserve esta tirilla para realizar cualquier reclamo. Gracias por su compra

844	Cargo			
853	C V Ap			
939	Cargo			
999	Subsidio Aseo	6	-25,576	-25,576

TC: 3051.998
TA: 3967.59
TTL: 194.764
TLU: 668.127
% SUB: 4362.97

69.29%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1
Periodo Facturado JUN/2024 Ult. Pago y Fec. 62,327 P 08/JUL/2024

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VRA): 194.764 12254.539

OTRAS EMPRESAS

0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

Energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-6
Matrícula
1078583

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

VALOR A PAGAR

Pago SIN AP y Terceros $64,400

Pago total factura $67,800

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Alba Nuba martinez identificado con cédula de ciudadanía número 25194237 de Santuario en calidad de tutor de Shaira., 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, Shaira 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 01 de 10 del 20 24

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

Alba Nuba Martinez

Propietario/acudiente

CC: 25194237

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 02 DE OCTUBRE

Fecha: 02/10/24 | UNIVERSIDAD PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 1032

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Alexandra Gonzalez Documento de identidad: 42149178
Dirección: cr 38 # 17 comunidad Teléfono: 312 8862688
Correo Electrónico: cavota 2500

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: manchas Sexo: M ___ F X Raza: mest+20 Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: gris, atigrado Peso: 6 Kg

ANAMNESICOS

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa para OVH el dia 30-sep, nuevamente ingresa para una suturación ya que se quito los puntos el dc 02-oct

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 80 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 38,2 oC
Pulso: FIC Tiempo Llenado Capilar: 1'' Ganglios Linfáticos: Normal
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: ___

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente que ingresa por tercera vez ingresa a ~~retiro~~ sutural herida post-CX; tutora reporta que tiene collar isabelino y cada que camina se cae un punto.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Descuido tutor
2. Collar isabelino inapropiado
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

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

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Paciente sedado que vómita materia fecal, se procede a posicionar catetel #22 en vena cefálica derecha y se induce a plano anestesico con propofol, se inspecciona herida sin puntos y con irritación (Posible lamido), se debridamiento tejido y se sutura con Acido poliglicolico 2.0, se limpia la herida y se entrega a tutor, se explica que es responsabilidad de ella el cuidado de su mascota.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional: 3992

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Alexandra Gonzalez identificado con numero de cedula N° 42 149 128 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado nancha 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 02 de octubre del 2024

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

Alexandra Gonzalez

Propietario/acudiente:
cc: 42149128

[illegible] y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que nancha 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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 02-10-24

Yo Alexandra Gonzalez **Identificado con CC:** 42 149 128
con Dirección: MZ 38 CS 17 Comunidad ; **Tutor de** Manchas
Especie Canina **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 3 años
Historia Clinica No: 1032

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Anestesia Para Sutura

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 Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber 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: 42149128 Alexandra Gonzalez _____

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Maria Chicaiza identificado con numero de cedula N° 41959524. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Kyra. 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 02 de Octubre del 2024

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

Maricela Lilibeth

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 02-oct-24.

Yo Marcia Chicuasa. **Identificado con CC:** 41959524
con Dirección: Plumon ; **Tutor de** Kyra
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

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

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
Kyra

En constancia que Kyra 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 Marcia Chicuasa. **Firma** Marcia Lilibeth
CC: 41959.524
3127039069

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 02 de octubre 2024

Yo Ana Joaquina Acevedo Soria **Identificado con CC:** 29993674
con Dirección: Vereda Caceres ; **Tutor de** Miel Alfonso
Especie felino **Raza** Mixto **Sexo:** Macho **Edad** 4 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Obstruccion Uretral - Sonda.

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

Miel alfonso

En constancia que Miel alfonso 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. 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 Ana Joaquina Acevedo Soria **Firma**
CC: 29993674
3146859660

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 03 DE OCTUBRE

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Tania Montoya identificado con numero de cedula N° 1089748669 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Ketela 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 octubre del 2024

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

Thania Montoya Henao
Propietario/acudiente:
CC: 1089748669

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

HC #0616

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03-oct-24

Yo Tania Montoya **Identificado con CC:** 1089748669
con Dirección: Santa Teresita cr2 16 613; **Tutor de** Rutila
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 10 años
Historia Clínica No: _____

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

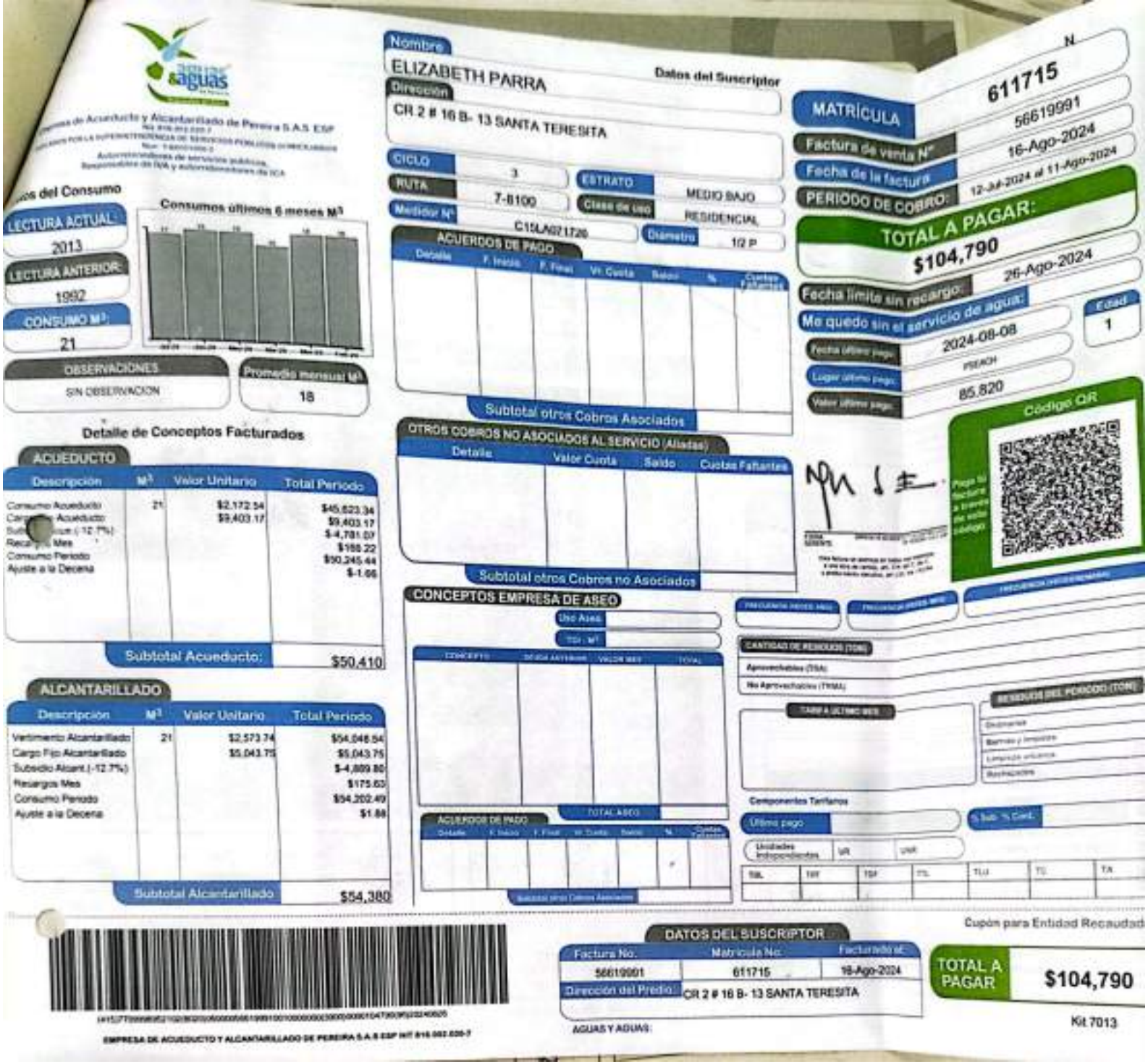
Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

En constancia que Rutila 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 Tania Montoya **Firma** Thania Montoya Henao
CC: 1089748669
3147178965

Powered by CamScanner



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

Datos del Suscriptor

Nombre: ELIZABETH PARRA

Dirección: CR 2 # 16 B- 13 SANTA TERESITA

CICLO: 3

RUTA: 7-8100

Medidor N°: C15LA021726

ESTRATO: MEDIO BAJO

Clase de uso: RESIDENCIAL

Diámetro: 1/2 P

MATRÍCULA: 611715

Factura de venta N°: 56619991

Fecha de la factura: 16-Ago-2024

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

TOTAL A PAGAR: $104,790

Fecha límite sin recargo: 26-Ago-2024

Me quedo sin el servicio de agua: 2024-08-08

Fecha último pago:

Lugar último pago: PSEACH

Valor último pago: 85.820

Estad: 1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL: 2013

LECTURA ANTERIOR: 1992

CONSUMO M³: 21

Consumos últimos 6 meses M³

OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

Promedio mensual M³: 18

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	21	$2,172.54	$45,623.34
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio (-12.7%)			$-4,781.07
Recargos Mes			$188.22
Consumo Periodo			$50,245.44
Ajuste a la Decena			$-1.66

Subtotal Acueducto: $50,410

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	21	$2,573.74	$54,048.54
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Subsidio Alcant.(-12.7%)			$-4,809.80
Recargos Mes			$175.63
Consumo Periodo			$54,202.49
Ajuste a la Decena			$1.88

Subtotal Alcantarillado: $54,380

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Und Aseo:

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Componentes Tarifarios

Unidades Independientes	UR	UNR

SUL	SW	TSP	TTL	TLU	TC	TA

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Factura No.	Matrícula No.	Facturado el:
56619991	611715	16-Ago-2024

Dirección del Predio: CR 2 # 16 B- 13 SANTA TERESITA

AGUAS Y AGUAS

Cupón para Entidad Recaudad

TOTAL A PAGAR $104,790

Kit 7013

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

Powered by CamScanner

Fecha: 03/10/24 Universidad de PEREIRA Hospital Público VETERINARIO No. Historia Clínica: 0616

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Tania Montoya Documento de identidad: 1089798669
Dirección: Santa Teresita Cr 16 B13 Teléfono: 3147178965
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Rubia Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Negra 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

Paciente ingresa a cirugía por presencia de otimatoma

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 32 /rpm F. Cardiaca: 92 /lpm Temperatura: 38.2 oC
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 3 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas y Humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

14.8Kg.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

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

Yo Marleny Diaz **Identificado con CC:** 42071226
con Dirección: cl 30b. 3-56 B/ Campiña ; **Tutor de** Bruno
Especie Canino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 años
Historia Clínica No: 07787

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

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

En constancia que Bruno ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez 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 Marleny Diaz **Firma** Marleny Diaz
CC: 42071226
3147010283.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

VARGAS VARGAS NESTOR-DARIO

Dirección: CL 30 BIS # 3- 56 CAMPINA DEL OTUN BAJOS

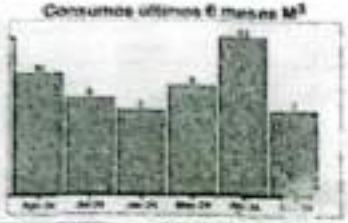
CICLO	3	ESTRATO	MEDIO MEDIO
RUTA	8-45250	Clase de uso	RESIDENCIAL
Medidor N°	C15LA670388AA	Diámetro	1/2 P

MATRÍCULA	299024
Factura de venta N°	56796967
Fecha de la factura	16-Sep-2024
PERIODO DE COBRO	12-Ago-2024 al 12-Sep-2024
TOTAL A PAGAR	**$47,730**
Fecha límite sin recargos	24-Sep-2024
Me quedo sin el servicio de agua	
Fecha límite pago	2024-09-30
Lugar sitio pago	TORRE CENTRAL NORMAL
Valor último pago	62,010
Edad	1

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	879
LECTURA ANTERIOR	872
CONSUMO M³	7

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Número Predio
SIN OBSERVACION	9

ACUERDOS DE PAGO

Estado	Fecha	Valor Cuota	Saldo	No.	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aseo)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Código QR

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	7	$2,172.54	$15,207.78
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Recargos Mes			$31.13
Consumo Periodo			$24,610.95
Ajuste a la Decena			$-2.08
Subtotal Acueducto			$24,640

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,573.74	$18,016.18
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Recargos Mes			$30.78
Consumo Periodo			$23,059.93
Ajuste a la Decena			$-.71
Subtotal Alcantarillado			$23,090

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Descripción	Valor Unitario	Valor Periodo	Saldo

Componentes Tarifarios

CU	CT	CDT	CTL	CUV	RC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS	TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$47,730	$0

Matrícula No. 299024

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 42.071.226



Apellidos
DIAZ BOTERO

Nombres
MARLENY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 OCT 1964

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MARSELLA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
27 DIC 1982, PEREIRA

Firma

Fecha de expiración
08 SEPT 2032

.CO

004114862

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL004114862424001<<<<<<<<<<<
6410131F3209088COL42071226<<<5
DIAZ<BOTERO<<MARLENY<<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

ImaVet

INFORME ECOGRAFICO

Paciente:	Bruna	Especie:	Canino	Raza:	Mix
Edad:	8 años	Sexo:	Hembra	REF:	IMA19070
Propietario:	Marleny Diaz	Entidad Remitente:		Hospital veterinario	
Antecedentes:	**Fecha: 13-09-2024:** hematuria, vomito, inapetencia.				

DESCRIPCION ECOGRAFICA:

Vejiga: Imagen vesical semipletórica con contenido mixto en el interior, con presencia de sedimento urinario y pared vesical con bordes irregulares e inflamada y visible grosor de la pared **(11.5 mm)**.

Colon: contenido semisólido, capa mucosa submucosa y muscular conservadas.

Riñón izquierdo: Imagen renal izquierda con, ecogenicidad cortical conservado, perdida en la relación cortico-medular "ecogenicidad medular aumentada". **IRR no evaluado,** Medida longitudinal normal **(47.3 mm)**.

Bazo: Imagen esplénica con ecogenicidad adecuada, parénquima homogéneo, de contornos lisos y aguzados, con arquitectura conservada, tamaño adecuado, grosor plano medio **(13.8 mm)**.

Estomago: Imagen gástrica semidistendida, con contenido mixto gaseoso y alimenticio, motilidad adecuada y pared visible, grosor de la pared **(4.1 mm)**.

Duodeno: Imagen duodenal visible, sin cambios ecográficos por reportar.

Hígado: Imagen hepática conservada, bordes regulares y lisos, parénquima homogéneo con ecotextura granular adecuada, patrón vascular intrahepático y portal conservado, ecogenicidad conservada.

Vesícula biliar: Distendida de pared visible con contenido anecogénico en el interior, grosor de la pared **(1.9 mm)**.

Páncreas: Imagen pancreática de aspecto homogéneo, ecogenicidad y tamaño adecuado.

Glándulas adrenales: en rango normal, de forma y arquitectura conservada.

El presente examen ecográfico requiere de la interpretación de su Médico Veterinario.

Powered by CamScanner

Linfonódulos abdominales: ecogenicidad y tamaño conservado.

Riñón derecho: perdida en la relación cortico medular "ecogenicidad medular aumentada", seno renal conservado, **IRR no evaluado** longitud del órgano normal **(51.2 mm)**.

Sistema reproductor: se evidencia remanente de cuerno derecho distendido con contenido anecoico en el interior. **(22.9 mm)**

CONCLUSION:

1. Los cambios descritos en sistema reproductor son compatibles con piometra de muñón derecho.
2. Los cambios descritos en vejiga son compatibles con cistitis de aspecto crónico y presencia de sedimento urinario. Se recomienda realizar citoquímico de orina.
3. Los cambios descritos a nivel renal son compatibles con nefropatía inflamatoria bilateral.

Saluda atentamente a usted.

Sebastián Rivas Mejía
Médico Veterinario Zootecnista
MP: 34199 Comvezcol

Powered by CamScanner

Informe Resultados BRUNA, Numero de reporte IR-P38081

Profesional solicitante:	NATALIA OROZCO	**Identificación:**	BRUNA
Empresa :	HOSPITAL VETERINARIO PEREIRA	**Propietario:**	MARLENY DIAZ
Dirección Empresa:	CARRERA 3 # 26-55	**Especie / Edad:**	CANINA / 10 AÑOS
Teléfono Empresa:	3131854	**Raza / Sexo:**	MESTIZO / HEMBRA
Fecha de Ingreso:	2024-09-13 09:56	**Fecha de Reporte:**	2024-09-13 10:37

Examen	Resultado	Unidad	Rango Sugerido

Perfil prequirurgico 1

Cuadro Hemático Electrónico.

Examen	Resultado	Unid	Rango sugerido	Examen	Resultado	Unid	Rango sugerido
RECUENTO DE ERITROCITOS							
Eritrocitos	6100000	Eri/ul	5.300.000 - 8.830.000	Anisocitosis	NO SE OBSERVA		
Hemoglobina	16.0	g/dl	12,7-16,3	Microcitos	NO SE OBSERVA		
Hematocrito	47.3	%	39,2-58,8	Crenocitos	NO SE OBSERVA		
VCM	77.54	fl	70 (60-77)	Policromatofilia	NO SE OBSERVA		
HCM	26.23	pg	19 - 23	Dianocitos	NO SE OBSERVA		
CHCM	33.83	g/dl	33 (31-34)	Macrocitos	NO SE OBSERVA		
Reticulocitos	0.1	%	0 - 1	Hipocromia	NO SE OBSERVA		
				Poiquilocitosis	NO SE OBSERVA		
RECUENTO DE PLAQUETAS							
Rec. de plaquetas	237000	plt/uL	160000 - 460000	VPM vol promedio	11.5	fL	6.7-11.1
PROTEINAS PLASMATICAS	61	g/L	55-78				
RECUENTO DE LEUCOCITOS							
Valores Relativos				**Valores Absolutos**			
Leucocitos	18400	Leu/ul	6000-15000	Leucocitos	18400	Leu/ul	6000-15000
Neutrófilos	79	%	50-73	Neutrófilos	14536	Neu/ul	3500 - 10000
Eosinofilos	2	%	1 - 10	Eosinofilos	368	Eos/ul	100 - 1500
Linfocitos	19	%	25 - 33	Linfocitos	3496	Linfo/ul	1000 - 4500
Monocitos	0	%	1 - 7	Monocitos	0	Mon/ul	100 - 700
Neutofilos en Banda	0	%	0 - 1	Neutofilos en Banda	0	band/ul	0 - 700

Hallazgos al frotis sanguineo

Otros Hallazgos en la Linea Roja: NORMOCITICA-NORMOCROMICA

Linea Blanca: LEUCOCITOSIS LIGERA, NEUTROFILIA LIGERA, LINFOPENIA RELATIVA,

Serie Plaquetaria: MORFOLOGIA-NORMAL

Estado de la muestra: Satisfactorio
Metodo(s): Impedancia electronica. Equipo. ABACUS JUNIOR VET. Lectura en placa por microscopia optica / refractometria /col. wright. //**Analista**: Elena Rodriguez Galindo
/ Fecha de análisis: 2024-09-13

Alanino Aminot SGPT / ALT

39.76 U/L 15-58

/ Estado de la muestra: PROCESADA, Satisfactorio, .-
Metodo(s): Enzimatica colorimetrica. //**Analista**: Josept Curiel Peña / **Fecha de análisis:** 2024/09/13 10:48

Creatinina

1.14 mg/dl 0,5-1,5

/ Estado de la muestra: PROCESADA, Satisfactorio, .-
Metodo(s): Enzimatica Colorimetrica. //**Analista**: Josept Curiel Peña / **Fecha de análisis:** 2024/09/13 10:46

Procesado por: **Revisado por:** Josept Curiel Peña.

Dirección Crr 2 #32c - 03. Piso 1 **sede administrativa.** Piso 2 **laboratorio** PBX +57 (6) 606 3136919 y 606 3136922
Whatsapp: 3113824997 | **E-mail:** testlabeje@gmail.com | **Web:** www.laboratorioejelab.com

Powered by CamScanner

0787.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 27/9/24. **Remitido por:** Vanessa Villegas.

Especie / Raza: Canino / Mestizo **Nombre:** Bruna.

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula:

Se remite para cirugía remanente del cuerno derecho distendido con cuerpo anecoico. (22.9).

Jueves 03 - octubre - 24

12:00pm.

03/octubre/24 => Paciente se encuentra con Tumor Firme - duro - en utero - Se extirpa la masa. Paciente Fallece Luego de la cirugía

Firma de Profesional Veterinario

Vanessa V.G
Nombres y Apellidos
MP: 41072.

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

Fecha: 27/9/24. Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario No. Historia Clínica: 0782

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Marleny Diaz. Documento de identidad: 42071226
Dirección: Calle 30b #3-56 Teléfono: 3147010289
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bura. Sexo: M__ F X Raza: Mestizo. Especie: Canino.
Fecha de Nacimiento: 5 años Color: Negro. Peso: 14.7.

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): hace 15 dias
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): 2024.
Enfermedades Anteriores: _____
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: Chunky pollo - viseras
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Sangrado vagina- Remanente. ovarico.

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 45 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 0C
Pulso: _____ Tiempo Llenado Capilar: 2 segs Ganglios Linfáticos: _____
Mucosas: Rosada. Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta ___ Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

HC 0873.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

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

Yo Diana Maria **Identificado con CC:** 42016783

con Dirección: Cl 19 # 10-20 Pq Rentos **; Tutor de** Guao.

Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 4 años

Historia Clínica No: 0873

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 Sedacion y endodoncia

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 Guao

En constancia que Guao 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 Diana mord. **Firma** Diana Maria Mora B

CC: 42016783.

3125116346.

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1978**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-FEB-1997 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2402500-00210187-F-0042016783-20100122 0020222762A 2 4900598851



Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR

JHON JAVIER GARCIA MARTINEZ
NOR2-CENTRO
CL 12 10 20 PI 1
Referente de pago 6082372690

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

LEGÓN
TELECOMUNICACIONES S.A.S.
Tu mundo sin fronteras

Su saldo se encuentra en mora, evite la desconexión!!

VALOR POR PAGAR $ **87,000**

13 DIAS SU SEÑAL SERA DESCONECTADA SI YA CANCELO HAGA CASO OMISO AL AVISO

SUSCRIPTOR

JHON JAVIER GARCIA MARTINEZ
CL 12 10 20 PI 1
NOR2-CENTRO

INFORMACIÓN TARIFARÍA

Servicio	TV
Saldo Anterior	52,000
Mensualidad 2024-6	35,000

SOLICITE COBRO A DOMICILIO SIN NINGUN COSTO

pqr@legoncomunicaciones.com

CallCenter: Tels: 3402119

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

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

COBRO EN CASA
Cel: 322 672 0850

OFICINA
INGRESE SOLO SU REFERENTE DE PAGO

Pereira Dir: Cra 4 # 22 - 19 Telf: 3136494341

CONVENIOS DE PAGO

www.legontelecomunicaciones.com

CONVENIO # 7525
efecty Red Aval

VALOR POR PAGAR $ **87,000**

FECHA DE VENCIMIENT
PAGO INMEDI

Alimentación: [illegible]

Powered by CamScanner

Fecha: 30/09/24 whatsapp

PEREIRA | VETERINARIO

No. Historia Clínica: 0873

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: diana maria mora
Dirección: Calle 12 #10-20 Puentes Documento de identidad: 42016793
Correo Electrónico: diana04-2012@Hotmail.com Teléfono: 3175116346

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Wuero Sexo: M X F Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: Amarillo Peso: 5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): diciembre 2021
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): no vigente
Enfermedades Anteriores: no
Tratamientos: no
Evolución: no
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

golpe en dientes con una piedra

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 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

03/10/23

OBSERVACIONES

Se realiza Profilaxis Dental - Extracción de 4 dientes ~~1990~~ incisivos Superiores -

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam 0.5%	0.2mg	Inyectable	SC	DU
Tramadol	2mg	Inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Angelica Navarro identificado con numero de cedula N° 31793396 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Miel alfonso 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 octubre del 2024

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

Angelica Navarro

Propietario/acudiente:
CC: 31-793396

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Joaquina Acevedo identificado con cédula de ciudadanía número 29993674 de Zarzal V en calidad de tutor de Miel Alfonso 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, Miel 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 02 de Octubre del 2024

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

Ana Acevedo

Propietario/acudiente
CC:

Powered by CamScanner

Fecha: 02-10-2024 | No. Historia Clínica: 0992

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana Joaquina Acevedo Documento de identidad: 29.993.674
Dirección: Vereda canceles por la cancha Teléfono: 3146859666
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Miel alfonso Sexo: M X F ___ Raza: mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 3 AÑOS Color: amarillo Blanco Peso: 8 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): 8 meses
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): No vigente
Enfermedades Anteriores: No reporta
Tratamientos: _____
Evolución: _____
Alimentación: concentrado - higados - cabas - pollo - mirringo
Historia Reproductiva: Entero ___ Esterilizado X
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

llego paciente por urgencias, ~~por~~ vomito mucho el domingo y despues de eso no quiere comer ni tomar agua

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 48 /rpm F. Cardiaca: 152 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FC Tiempo Llenado Capilar: 3 Sg Ganglios Linfáticos: Reactivos
Mucosas: rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

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

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

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente ingresa con Vertigo Pletoricos, dolor a la palpacion abdominal, mucosas pálidas y secas, alerta al medio, ganglios linfáticos submandibulares reactivos,

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. Vejiga Pletórica.
2. Inapetencia.
3. Gato que sale a la calle.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Obstrucción urinaria.
2. Micoplasma.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

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

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Creatinina 10, CH con linfocitos, trombocitopenia
Ecografía: abundante sedimento urinario.

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

02/10/24.
- Se remite a cirugía para Colocación Sonda uretral. JP: potra post alimento, dsp anula a casa con sonda uretral.
- 03/10/2024 Paciente regresa para RETIRO de sonda.

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Oxitetraciclina	9 ml	Inye.	IV	Cd. 24 / 3 días
Dexametasona	0,1 ml	Inye.	SC	Cd. 24 / 3 días
Cefosul	0,5 ml	Inyec.	SC	Cd. 24 / 3 días
Amivetonic	1,5 ml	Inyec.	IV	Cd. 24 h / 3 días
D. Pirona	0,4 ml	Inyec.	SC	Cd 6 h / 3 días

Stefania MB.

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 29.993.674



Apellidos
ACEVEDO SERNA

Nombres
ANA JOAQUINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
05 FEB 1961

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
ZARZAL (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
10 AGO 1979, ZARZAL

Fecha de expiración
03 SEPT 2033

Firma

Ana Joaquina Acevedo Serna

.00

034609334

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL034609334831124<<<<<<<<<<<
6102054F3309036COL29993674<<<0
ACEVEDO<SERNA<<ANA<JOAQUINA<<<

Powered by CamScanner

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2024

Ficha: 660011641277500023303

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA JOAQUINA

Apellidos: ACEVEDO SERNA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29993674

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/07/2023

Última actualización ciudadano: 10/07/2023

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 ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Powered by CamScanner

GERNA ANA JOAQUINA
VDA CANCELES POR LA CANCHA SECTOR LA REINA FI
Ruta: 01-01-018-5105
Transformador: 1004150000
Municipio: 1 PEREIRA
Carga contratada (KW): 5
% Contribución:
Grupo calidad: 12
Servicio: Residencial
% Subsidio: -51.09
Circuito: 0016
Ciclo: 63
Estrato: 1
Nit: 1

MATRÍCULA 2049502
Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59756073

ASEO:	23,612
ALUMBRADO:	5.940
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29.552
ENERGÍA:	197,878
TOTAL	$227,430

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Lectura	Días facturados
MAR	113	100.582	31
ABR	97	100.812	31
MAY	109	88.704	30
JUN	119	183.447	31
JUL	368	110.470	31
		323.012	30

Activa	11067856	MER	10638	10407	231	1	231	168
Reactiva								

Periodo facturado: 12/JUL/2024 - 15/AGO/2024 | Días facturados: 31 | Observación:
Valor kWh: $36.3899 | Tarifa a mes de: AA-2024 | Tipo de lectura: 01 Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
>130	130	836.3899	108,731	-55.546	53,185
	101	836.3899	84,475		84,475

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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	$0	Vr. suspensión	Vr. reconexión	$8,860 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Cuota Esc. Valor $17,681 | Saldo $59,260 | Actual al 1.09% interés corriente

CALIDAD DEL SERVICIO

DfUG,n,q 22 | FfUG,n,q 15
DfUu,te 9 | FfUu,te 10
DfUu,n,q,m 0 | FfUu,n,q,n1
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 24,085 | Fecha AS7 09/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación | Proceso

ENERGÍA 197,878

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
551	Consumo Activa	0	193,206	193,206
561	Subsidio	0	-55,546	-55,546
581	Intereses Mes	0	312	312
704	Cuota Esc	0	58,621	58,621
720	Intereses Financiac	0	1,285	1,285

ALUMBRADO PÚBLICO 5.940

COD	CONCEPTO		VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira	5	5.928	5.928
315	Interes Alumbrado Pereira	0	12	12

Responsable del Alumbrado Público: Pereira
Acuerdo del Concejo Municipal No: 012 del 2000 | Nit: 891.480.030-8
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,612

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

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

Tarifa últimos 6 meses

21770	23660	23660	23660	24080	24080
1	2	3	4	5	6

		DEUDA ANTERIOR		
840	Cargo Fijo Aseo	0	24,511	24,511
845	Recargo Mora	0	7	7
858	C V Aprovechamiento	0	195	195
939	Cargo Variable	0	13,814	13,814
999	Subsidio Aseo	0	-14,715	-14,715

Componentes Tarifarios 14179.77

TBL:	9520.81
TRT:	3372.04
TDF:	3967.39
TC:	194.754
TA:	721.259
TTL:	4362.97
TLU:	
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado | Periodo Facturado: AA/2024 | Unidades independientes UR, Pago y Fec.

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

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

Información de Liquidación
Costo Fijo: 194.70
Costo Variable No Aprovechable: 13014.104
Costo Variable Aprovechable (VBA):

GERENTE

D: Datos A: Análisis P: Planes PDx: Planes Diagnósticos PTx: Planes Terapéuticos O: Observaciones R: Recomendaciones

Powered by CamScanner

Mid Naranjo

Hoja de Evolución

0992.
N° Historia clínica y GAN:

Fecha	Evolución
3/10/24	Paciente ingresa nuevamente a politraumatismo de onda vircina (apendicectomía por ruptura uter), dolor extra a la apendicitis. el riesgo de la anemia, apendicitis viral y otras no descrito con el diagnóstico.

D: Datos A: Análisis P: Planes PDx: Planes Diagnósticos PTx: Planes Terapéuticos O: Observaciones R: Recomendacio

Powered by CamScanner

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Ana Joaquina Acevb identificado con numero de cedula N° 29493674. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Miel Alfonso 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 Octubre del 2024.

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

Ana Acevedo

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03-10-2024.

Yo Ana Joaquina Acevedo **Identificado con CC:** 29993674
con Dirección: Vereda cancelel Tecfel Mino CS Reina; **Tutor de** Miel Alfonso
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 4 Años.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Colocación Sonda Urinaria

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

Miel Alfonso

En constancia que Miel Alfonso 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 Ana Joaquina Acevedo **Firma** Ana Acevedo
CC:
29'993.674

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 03/10/24 10:40

Yo Gladis Morales **Identificado con CC:** 25080933
con Dirección: Mz 2 Cs 15 Cachilla de los Cafés **Tutor de** Michi
Especie Felino **Raza** D.P.C. **Sexo:** Macho **Edad** 4 años
Historia Clínica No: 1056

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 Michi

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 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 Gladys Morales **Firma** Gladys Morales.
CC: 25 080 933
3136686514

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 04 DE OCTUBRE

Paciente fallece en procedimiento.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

H.C ~~1055~~ 1192.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 09-10-24

Yo Jose Henry Morales **Identificado con CC:** 1247628
con Dirección: Vereda Cirenias ; **Tutor de** Maggi
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 12 años
Historia Clínica No: _____

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

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 Maggi 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:1024768 Jose Henry Morales
3145583674

Firma

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10247678

MORALES GRAJALES
APELLIDOS

JOSE HENRY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1960

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

21-AGO-1978 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-70079086-M-0010247678-20000526 06066 00147H 01 086583932

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

MORALES GRAJALES JOSE HENRY
VDA ARENALES BAJO FINCA ÑA PRIMAVERA ALTAG

Ruta: 01-01-003-4665 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 60
Transformador: 1020010000 Contribución: Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW): .5 Grupo calidad: 32 Circuito: 0036 NI: 1

MATRÍCULA >>> 2050099

Fecha de Emisión: 28/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 06/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59855762

ASEO:	23,605
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	27,925
ENERGÍA:	34,263
TOTAL	$62,188

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	67	55,315	29
MAR	78	69,449	31
ABR	55	50,347	31
MAY	62	57,154	31
JUN	70	65,533	30
JUL	67	60,775	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	8483548	ELS	4861	4794	67	1	67	67	
Reactiva									

Período facturado: 27/JUL/2024 - 26/AGO/2024
Días facturados: 31
Observación:
Valor kWh: 836.3899
Tarifa a mes de: JUL-2024
Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	67	836.3899	56,038	-21,775	34,263

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

306.9361 55.9324 55.8662 27.0710 295.0650 95.5192 836.3899

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

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

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,le 19 FIUu,le 21
DIUu,n,q,m 1 FIUu,n,q,m 1
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 62,555 Fecha P 31/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 34,263

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
551	Consumo Activa	0	56,038	56,038
561	Subsidio	0	-21,775	-21,775

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

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

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.035-2
Acuerdo del Concejo Municipal No: 012 del 2009
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 23,605

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: 1 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	21770	1	23990	1	23990	1	23990	1	24080	1	24080

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

Componentes Tarifarios

TBL:	16179.77
TRT:	9520.81
TDF:	3372.04
TC:	1067.99
TA:	194.764
TTL:	721.256
TLU:	4362.97
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 62,555 P 31/JUL/2024

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

Residuos del periodo (ton)		Información de Liquidación	
Ordinarios:	.001	Costo Fijo:	
Barrido y Limpieza:	.008	Costo Variable No Aprovechable:	194.764
Limpieza urbanos:	.001	Costo Variable Aprovechable (VBA):	13614.10
Rechazados:	0		

GERENT

Resolución CREG 105 007 de 2024

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 03-10-2024 **Remitido por:**

Especie / Raza: Canino - Mix. **Nombre:** Mugi

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula:

Se remite paciente con historial de secreción purulenta por vulva, inicialmente fue llevada a la clínica veterinaria APAP. con diagnóstico Piometra.

Presenta masa en glandula mamaria abdominal del lado derecho y lipoma en glándula mamaria inguinal izquierdo

Se remite paciente para cirugía.

cirugia.
04-10-24
8:00am

Firma de Profesional Veterinario

Stefania MVB

Nombres y Apellidos
MP: _____

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jose Morales identificado con numero de cedula N° 1024767973 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Micol 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 04 de octubre del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 05 DE OCTUBRE

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Luz E Renagos identificado con numero de cedula N° 42076553 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 05 de Octubre del 20 24

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

Luz E Renagos

Propietario/acudiente:
CC:

1227

Powered by CamScanner

Ya tiene H.C. #:

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 05-10-24

Yo luz Penagos **Identificado con CC:** 42076550.
con Dirección: Finca la Rosa altos llanog. **Tutor de** milu.
Especie Canino **Raza** Atbull **Sexo:** Hembra **Edad** 8 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Sedación para puntos

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 milu. ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** _____ **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:42076550 luz penagos
3204429179.

Firma Luz E Penagos

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 05 - Oct - 21.

Yo luz E Porras **Identificado con CC:** 42076550
con Dirección: altos de Comfamiliar; **Tutor de** Milo.
Especie Canino **Raza** Pitbull **Sexo:** Hembra **Edad** 9 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Puntos Baja anestesia

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 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** _____ **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: 42076550 luz E porras
3204429179

Firma Luz E Porras

Powered by CamScanner

1.6.4
CIRUGIAS 07 DE OCTUBRE

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

H:C = 1266

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 07-Oct-24

Yo julian mauricio Gordillo **identificado con CC:** 12127426.
con Dirección: lago onbe. **; Tutor de** Dalya.
Especie felino **Raza** mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento revision bajo anestesia

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 Dalya 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: 12127426
julian Gordillo
3203698448

Firma
12127426 N

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.127.426

GORDILLO MEJIA

APELLIDOS

JULIAN MAURICIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1964

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-AGO-1983 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00198900-M-0012127426-20091121 0018183607A 2 28262219

Powered by CamScanner

Datos del Suscriptor

ADELA GORDILLO DE PERATONER

CL 26 # 7- 54 LAGO URIBE

2

MEDIO ALTO

2-186400

RESIDENCIAL

P1415MMR5A40830AA

1/2 P

206532

56786465

14-Sep-2024

11-Ago-2024 al 11-Sep-2024

TOTAL A PAGAR

$68,120

23-Sep-2024

2024-08-20

1

TORRE CENTRAL JORNADA ADICIONAL

98,340

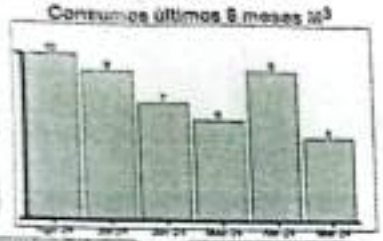
Datos del Consumo

1930

1924

6

Consumos últimos 6 meses m³



SIN OBSERVACION

8

Detalle de Conceptos Facturados

Consumo Acueducto	6	$2,172.54	$13,035.24
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Contrib.Acue (58.7%)			$13,171.35
Consumo Periodo			$35,609.76
Ajuste a la Decena			$.24

$35,610

Vertimiento Alcantarillado	6	$2,573.74	$15,442.44
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.75	$5,043.75
Contrib.Alcant (58.7%)			$12,025.39
Consumo Periodo			$32,510.00
Ajuste a la Decena			$-1.58

$32,510

$68,120

206532

$0

Powered by CamScanner