UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 55

Expiry – Date: 2030/02/07
900255002404292

SI NO Número de Microchip

FECHA: 02-05-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Borgis

COLOR: Amarillo.

ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X

RAZA Mestizo EDAD 7M.

PESO: 4.7 KG MANEJO ESPECIAL: SI___NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___CONCENTRADO X MIXTO OTRO __

ORIGEN: NS/NR __RESCATADO___COMPRADO X ADOPTADO___REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucelia Palacios

DIRECCION Cr 14A # 138A 12 Sur

TELEFONO 3169635638

CEDULA: 51.973.809.

CORREO ELECTRÓNICO: 3169635638 @sincorreo

BARRIO O VEREDA Centro Usme. ESTRATO: 2

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N.R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m F. RESPIRATORIA: 27 r/m TEMPERATURA: 38.1 ºc TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

FM

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e inclusó la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
(illegible)	CC. 1.073.709.808 BOGOTA

Yo,_____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.973.809

PALACIOS DIMATE

APELLIDOS

LUCELIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1975

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00205665-F-0051973809-20091221 0019259915A 1 33236329

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto : ZONA:4 CICLO: 04 RUTA:044783

BIMESTRAL

11537686
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40716687096
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Periodo facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025

Pago oportuno MAY/07/2025 Suspensión MAY/12/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:57:08	ABR/22/2025 16:16:03

¡Hola!

Factura a nombre de

JOSE PALACIOS

Dirección del predio

KR 14A 138A SUR 12

Barrio: **CENTRO USME** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

TOTAL FELINOS	2	2	0	1	1	1	0			
TOTAL ANIMALES	4139	4114	141	231	16	105	40			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 56 | 900255002182360 | SI ___ NO ___ Número de Microchip | FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CAL ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 7 | COLOR: Blanco Con Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X | SEXO: HEMBRA ___ MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 AÑO | PESO: 4.4 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR, CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Rosas Parra | DIRECCION: Cra 4 #93-17 Sur | TELEFONO: 3202709210

CEDULA: 51.745.099 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210@sm correo

BARRIO O VEREDA: Virrey | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Marzo/25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 139 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y, específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nathalie Lucia Bossu psic	52453097

Yo,_____ Identificado con CC. No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

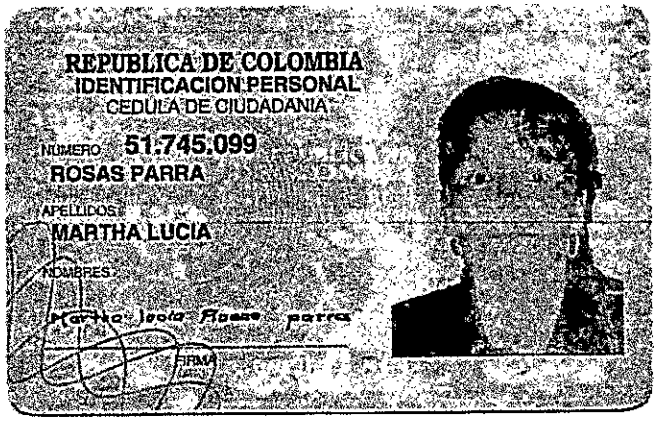
AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.745.099
ROSAS PARRA
APELLIDOS
MARTHA LUCIA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007402-F-0051745099-20030507 0000259875A 1 1660013751

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 57

Expiry – Date: 2030/02/07
900255002405747

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Coronel

COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 3 Años

PESO: 3.7 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Tatiana Rodriguez

DIRECCION: Vereda el destino.

TELEFONO: 3143837305

CEDULA: 1.025.140.653

CORREO ELECTRÓNICO: karen.leguas@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El Destino

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X

NS/NR: ___

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 30-03-25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m

F. RESPIRATORIA: 27 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaldive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Karen Rodriguez	1025140653

Yo,_____identificado con CC No. _____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 58 — 900255002182358 — SI NO Número de Microchip — FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 8				COLOR: Blanco con Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 AÑO	PESO: 4.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO X	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO X ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Rosas Parra	DIRECCION Cra 4 #93-17 Sur	TELEFONO 3202709210
CEDULA: 31.745.099	CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210@sincorreo	
BARRIO O VEREDA Virrey	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa marzo/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132	V/m	F. RESPIRATORIA: 27	r/m	TEMPERATURA: 38.1	°c	TLLC 2	seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maria Jose Rossy Pena	51945033

Yo,_____ identificado con CC No._____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.745.099

ROSAS PARRA

APELLIDOS

MARTHA LUCIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007402-F-0051745099-20080507 0000253875A 1 1660013751

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 59

900255002404554

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tommy

COLOR: Blanco - Atigrado

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 4M

PESO: 2.7 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Milena Acavedo

DIRECCION: Vereda Arrayanes

TELEFONO: 3192053387

CEDULA: 1.024.561.946.

CORREO ELECTRÓNICO: 3192053387@sin correo

BARRIO O VEREDA: Vereda Arrayanes

ESTRATO: 2

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X

NS/NR: ___

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 28-03-

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ___

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: 13-03-25 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m

F. RESPIRATORIA: 27 r/m

TEMPERATURA: 38.2 °c

TLLC 2 seg

MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: ___

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: ___

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

Dra. Jaidive Barón

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO
TARJETA PROFESIONAL: Tp. 19343 Médico Veterinario

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO
TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario

FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
[illegible]	1029361946

Yo,_____ Identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.024.561.946
ACEVEDO MARIN

APELLIDOS
ANA MILENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1995
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-ABR-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-1500150-01206903-F-1024561946-20210203 00732 8604A 2 9914472475

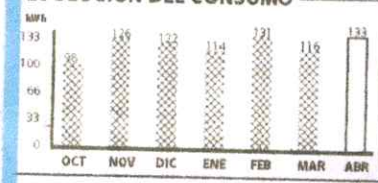


CLIENTE
PEDRO DIMATE
MP DSME VD ARRAYANES KM 12 P11
FACHADA-EL HATO-BOGOTA, D.C.

FECHA DE GENERACIÓN: 02 ABR / 2025 10:10:02

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$794.030	29	09 ABR / 2025	11 ABR / 2025

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

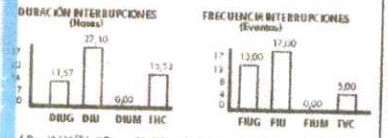


PERIODO FACTURADO	05 MAR / 2025 A 02 ABR / 2025
PRÓXIMA LECTURA:	03 MAY 2025
TIPO LECTURA:	Real
ANOMALÍA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES:	(000) 117
CONSUMO PERIODO	133 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
11076294	EAFP	16050	15917	1	133	133

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 26338TR1 GB: 11 IRC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00 SAIDI: 0,20
PEB: 2025/03 DT: 122,94 CF: 137,00 IRC: 0 MF: 1

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA :	5622603 23		
RUTA REPARTO :	5000622603 395		
TIPO LIQUIDACIÓN :	Mensual		
SERVICIO-ESTRATO :	RESIDENCIAL - 4		
CIRCUITO-TRAFO :	UMI 6 26338TR1		
NIVEL DE TENSIÓN :	1	CARGA(KW) :	3,00

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 338.40 T: 56.28 D: 293.26 CV: 78.75
PR: 67.98 R: 23.76 CF: 0.00 CU: 858.43
TARIFA MES: MAR/2025
Valor kWh aplicado: $858.4302
La tarifa final es de: $858.4302

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 858.4302 X 133 (Consumo en kWh) EAFP	$114.171
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$114.171**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $7.874 DIARIOS	
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**$0**
SUBTOTAL PORTAFOLIO PRODUCTOS	**$679.860**
Ajuste a la decena	-$1

(415)7707099142538(8020)013632583885272332 44(3900)0000000794030

Número de Cuenta	Documento equivalente electrónico
3632583-8	852723324-4

TOTAL A PAGAR
$794.030

PAGO OPORTUNO
09 ABR / 2025

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 60

Expiry–Date: 2030/02/07
900255002404558

SI NO Número de Microchip

FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pacho				COLOR: Amarillo - blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestiza	EDAD 5m	PESO: 3.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO X PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lina Chaparro		DIRECCION Vereda el Destino	TELEFONO 3228300362
CEDULA: 1.023.020.571		CORREO ELECTRÓNICO: linachaparro93@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Vereda el Destino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL X		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.6 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ml.	5-7mg/kg IV
		___ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO___ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de identificación:
Lina Chaparro	1023020571

Yo, _____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRATO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

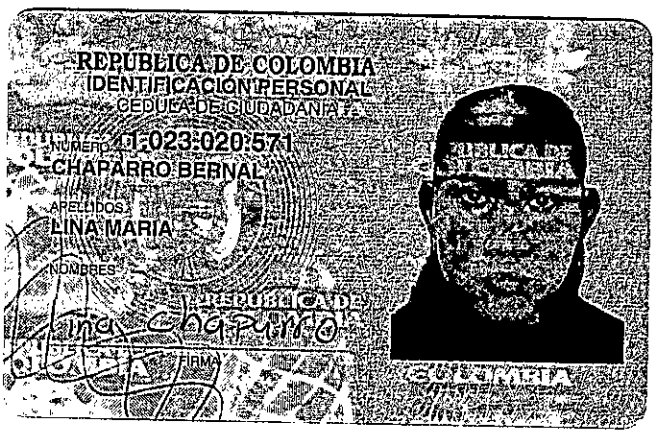
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

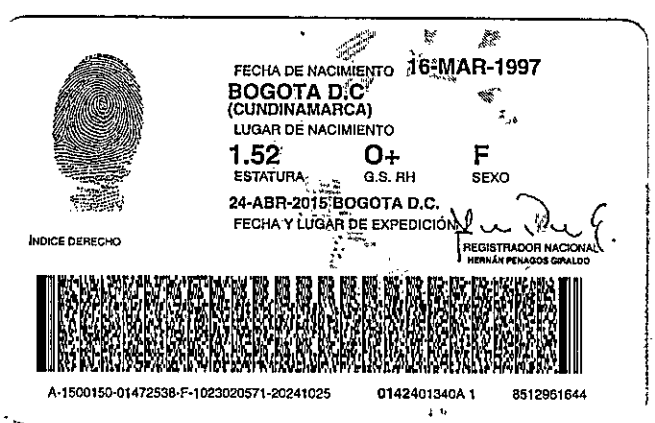
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.020.571
CHAPARRO BERNAL
APELLIDOS
LINA MARIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-ABR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO
INDICE DERECHO
A-1500150-01472538-F-1023020571-20241025 0142401340A 1 8512961644



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1997

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-ABR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01472538-F-1023020571-20241025 0142401340A 1 8512961644

0 3 6

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 61 — 900255002182727 — SI NO Número de Microchip — FECHA: 02/mayo/25

ORIGEN: CES PROTECCION CAL ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mirchin				COLOR: Blanco y Amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 AÑO	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Isabel Cifuentes Vera		DIRECCION Vereda destino	TELEFONO 3102128215
CEDULA: 53.129.675		CORREO ELECTRÓNICO: Sofiacifuentes84@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Vereda Destino	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 02/05/25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R	
		CANINOS: PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO Dra. Jaidive Barón TARJETA PROFESIONAL Tp. 19343 Médico Veterinario		FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO Dr. Jorge Leon... TARJETA PROFESIONAL Tp. 20988 Médico Veterinario		FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Sofia Chaves	Nro de Identificación: 1.53.129.675 Bogotá

Yo,_____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.129.675**

CIFUENTES VERA

APELLIDOS

SOFIA ISABEL

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O-** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500100-01048568-F-0053129675-20181205 0063384148A 1 9906463739

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 62	Expiry – Date: 2029/11/11 900255002182368 Número de Microchip	SI ___ NO	FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nacho				COLOR: Blanco - Atigrado	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 10M	PESO: 3.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabel Vera	DIRECCION Vereda Destino	TELEFONO 3102125215
CEDULA: 41.444 747	CORREO ELECTRÓNICO: sofiaaguentes84@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Vereda Destino — ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa 2-May-25	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-R
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 135 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO ____** **la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Isabel Vera	1111444 947 800 6802

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN: _____

Nombre del Responsable/Tenedor: CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

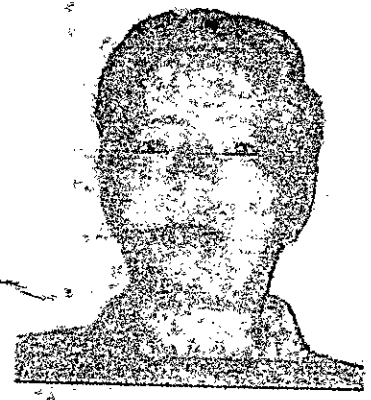
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.444.747**

VERA De CIFUENTES
APELLIDOS

ISABEL
NOMBRES

Isabel Vera de Cifuentes
FIRMA





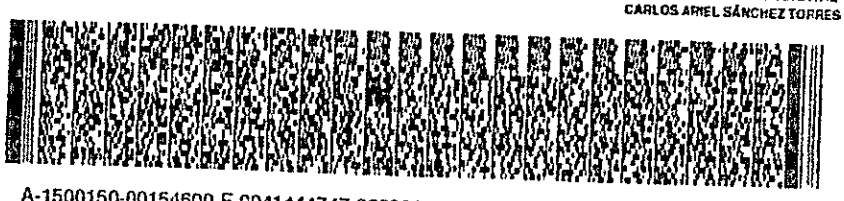
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-1946**
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

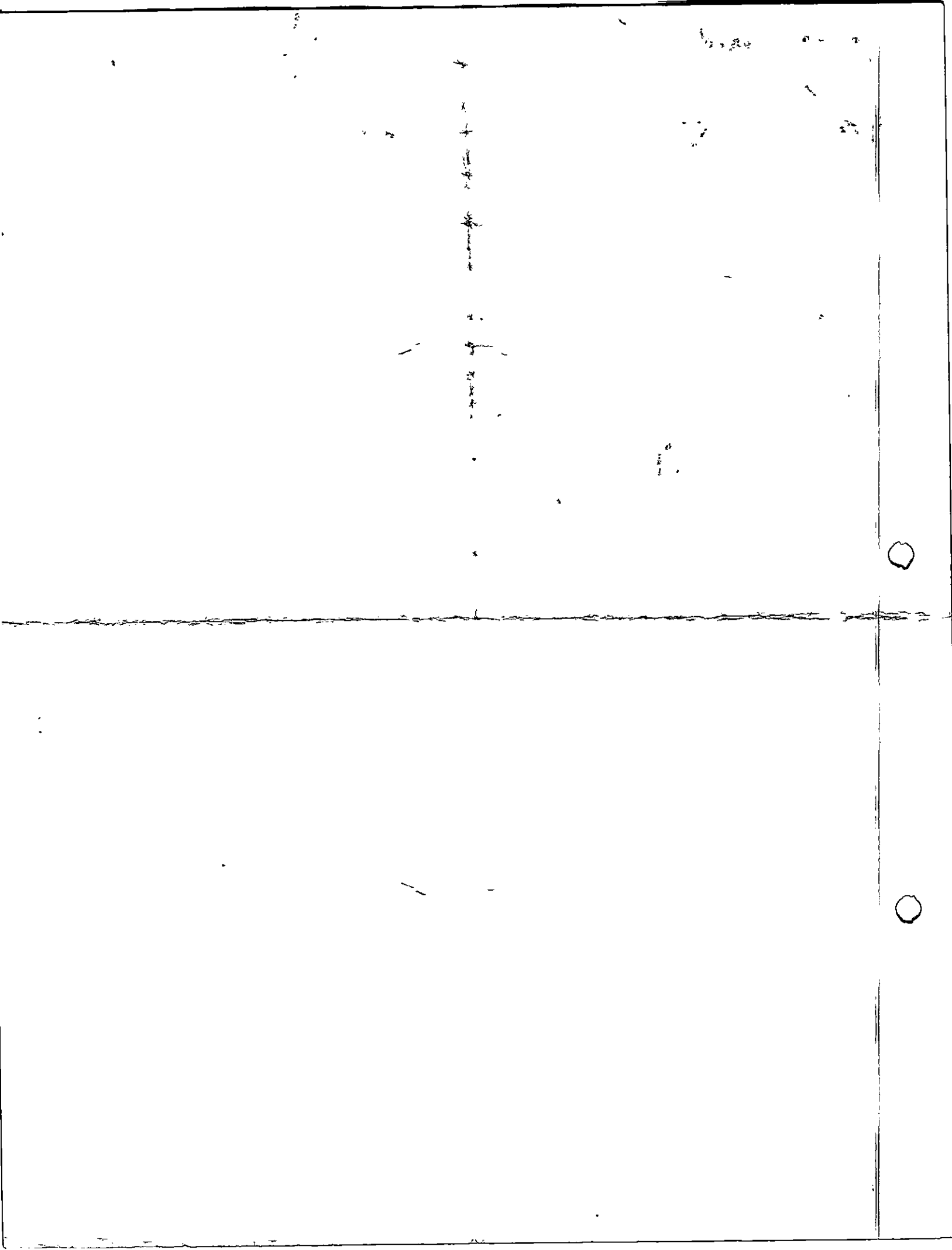
1.62 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

01-OCT-1970 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00154600-F-0041444747-20090418 0010782930A 1 7000001790



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 63	MICROCHIP: 900255002404293	FECHA: 02-05-25

ORIGEN: CES | PROTECCION | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas Gomez			COLOR: Atigrado Blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Criolla	EDAD: 1Sm	PESO: 4,5 KG
MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X				
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO___ MIXTO OTRO___		

ORIGEN: NS/NR___ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Sanabria	DIRECCION: Finca los Chircos	TELEFONO: 3223823524
CEDULA: 52937328	CORREO ELECTRÓNICO: sandramilenasanabria2@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Chiguaza	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller. NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO___ RURAL X	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
NA	NR	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 136 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X o RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Mónica Z. Sanabria	52.937.328

Yo,_____identificado con C.C. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

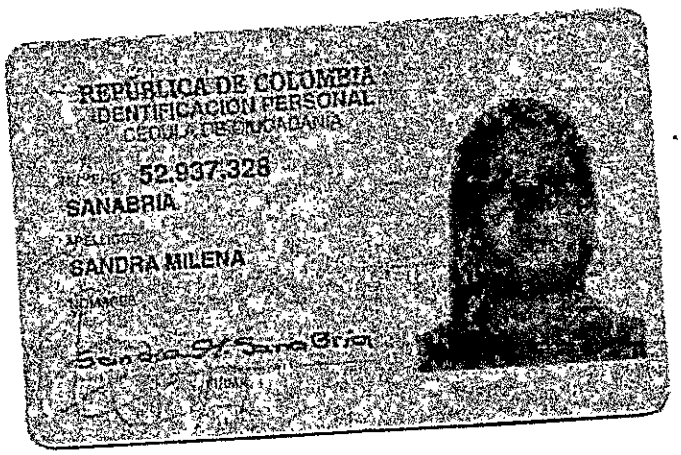
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

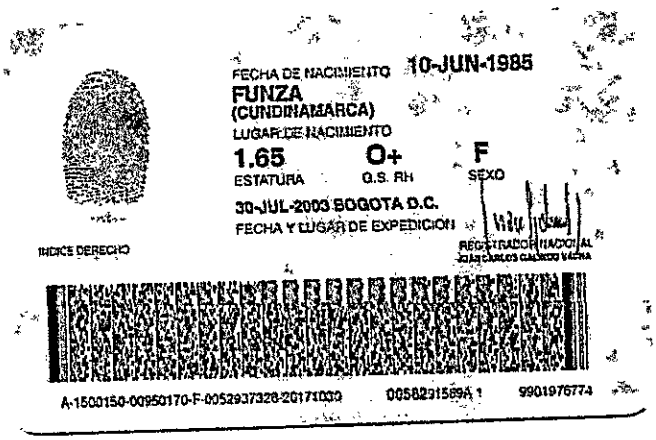
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
52.937.328
SANABRIA
SANDRA MILENA


FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1985
FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-JUL-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00950170-F-0052937328-20171030
0058231589A 1
9901976774

¡Hola!

SANDRA MILENA SANABRIA
FCA LOS CHIRCOS VIA USME LT06 01 00001 - USME
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 007120220003835659

Lote: P05GN Ruta: 001162001004250500 Código del Sector: 089

Cuenta o referencia de pago 63838542

089
0011620010042505000
63460

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti
Listo

C1

Ahora tu
cupo de crédito
desde los $4.000.000 hasta
$12.000.000
y extracupo de hasta
$24.000.000
exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancario ofrecido por el Grupo Vanti, sujeto a condiciones establecidas en la política de financiación consultada en grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa.

Línea de WhatsApp: 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://m.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.