

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ESTADIA LOCAL
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	41	MICROCHIP:	900255002182715	FECHA:	08-05-25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	JERRY				COLOR:	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO ☐	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA	SHIT-ZU	EDAD	2 AÑOS	PESO: 8.9 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐		
		SI ☐ NO ☒		OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
JHON JERDEL FERLA VIVAS			CR 115A SUR # 2A ESTE 29		3204481068	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1.119.213.418			ferlashon7@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:		LOCALIDAD:	
ANTONIO JOSE DE SUAREZ			5		USME	
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
BACHILLER						
3. ANAMNESIS						
BUEN ESTADO DE SALUD						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NR				
N.A	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 ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO						
CLASIFICACION ASA: ① II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	115	l/m	F. RESPIRATORIA:	26	r/m	TEMPERATURA: 38.2 °C
					TLLC	2 se R
					MUCOSAS: ROSADAS	
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV			
		— ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.45 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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ X RECHAZO ☐						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración 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:

Jhon Ferla

Nro de Identificación:

119213410

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:



1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDÍA LOCAL
DE USME



FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes.

Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro-caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug, gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta mas riesgo de tener complicaciones. Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversion de saculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro, hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax(para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardíaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardíacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodo anestésico: Monitoreo de Saturación de oxígeno, medición de dióxido de carbono(capnografía) , presiones, frecuencia cardíaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:

- Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
- Los pacientes ingresan sin valoración cardíaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardíaca y por esto fallecer
- Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud qué tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
- La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

Yo Jhon Torder, identificado con cédula de ciudadanía número 1119113418, de Bogotá autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino felino de Nombre Juan Raza Edad

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su especial conformación anatómica. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de USME

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: Jhon Torder

CEDULA: 1119113418

FIRMA:

FECHA:

Jhon Torder
08 mayo 2023 JORNADA Antonio José Sucre
Unión Temporal Bienestar

Usme

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ASOCIACION
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	42	MICROCHIP:	Expiry - Date: 2030/02/07 900255002404668	FECHA:	08-05-25	
ORIGEN:	CES	PROTECCIÓN	CALLE X	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Calle 3				COLOR:	Blanca / Negro	
ESPECIE:	CANINO	FELINO	SEXO:	HEMBRA	MACHO X	RAZA	Criollo
EDAD	1 Año	PESO:	28.9 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	
ORIGEN:	NS/NR	RESCATADO X	COMPRADO	ADOPTADO	REGALADO	PERRO DE CUADRA	
OTRO:	Calle						
DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:	CALLE				DIRECCION	TELEFONO	
CEDULA:					CORREO ELECTRÓNICO:		
BARRIO O VEREDA					ESTRATO:		
ESCOLARIDAD:					LOCALIDAD:	USME	
NS/NR:					TIPO DE VIVIENDA:	CASA APTO RURAL	
3. ANAMNESIS							
ULT. CELO:	dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN:	dd/mm/aaaa	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:	0	II	III	IV	V	VI, E	
CONDICION CORPORAL:	3/5						
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	118	/m	F. RESPIRATORIA:	22	/m	TEMPERATURA:	38.3°C
TLC:	2	se	MUCOSAS:	Rosadas			
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml.	1-2mg/kg IM				
	XETAMINA	2.4 ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	1.4 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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925			FIRMA			
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236			FIRMA			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ 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:

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	43	MICROCHIP:	SI	900255002404264	FECHA:	08-05-25	
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE								
1. DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:		Jelcom			COLOR:			Amarillo / crema
ESPECIE:		CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	MESTIZO	EDAD:	8 MES
PESO:		74.8	KG	MANEJO ESPECIAL:		SI ☐ NO ☒		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:		SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO:		SI ☐ NO ☒	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒		
ORIGEN:		NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☒ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO		
Ismael Cruz Duran				El 706 Sur 7-40		3222307307		
CEDULA:				CORREO ELECTRONICO:				
38.030073				3222307307 @ sin correo.				
BARRIO O VEREDA:		USMIRA		ESTRATO:		1		
ESCOLARIDAD:		N/R		LOCALIDAD:		USME		
NS/NR:				TIPO DE VIVIENDA:		CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐		
3. ANAMNESIS								
Buena Salud								
ULT. CELO:		ULT. DESPARASITACION:		ULT. VACUNACION:		NS/NR:		
dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		
N/A		Marzo/25		CANINOS PARVOS: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		
				PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
				HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		
				FELINOS:				
				TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		
				RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLINICO								
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno								
CLASIFICACION ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E				CONDICION CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS								
F. CARDIACA:		114	/m	F. RESPIRATORIA:	22	/m	TEMPERATURA:	
							38.2°C	
OBSERVACIONES:		TLC: 1 se MUCOSAS: Rosadas						
6. MEDICACION								
FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA		XILAZINA		1.5 ml. 1-2mg/kg IM				
		KETAMINA		1.5 ml. 5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTESICO		PROPOFOL		1.0 ml. 0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO		PEN (S.P.B.)		1.5 ml. 20,000 UI/kg IM				
		MELOXICAM		0.75 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 ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.								
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925								
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Dra. Vanesa Florian T.P 32236								

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración 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 <i>P. Serrano</i>	Nro. de identificación <i>39030073</i>
--	---

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:			
<table border="1"> <tr> <td>Nombre del Responsable/Tenedor:</td> <td>CC:</td> <td>Firma:</td> </tr> </table>			Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:
Nombre del Responsable/Tenedor:	CC:	Firma:			

OBSERVACIONES		
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:
		<i>[Firma]</i>

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 **38.030.073**

CRUZ DUCUARA

APELLIDOS
ISMENIA

NOMBRES
Isenia Ma. Cruz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-1967**

RIOBLANCO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

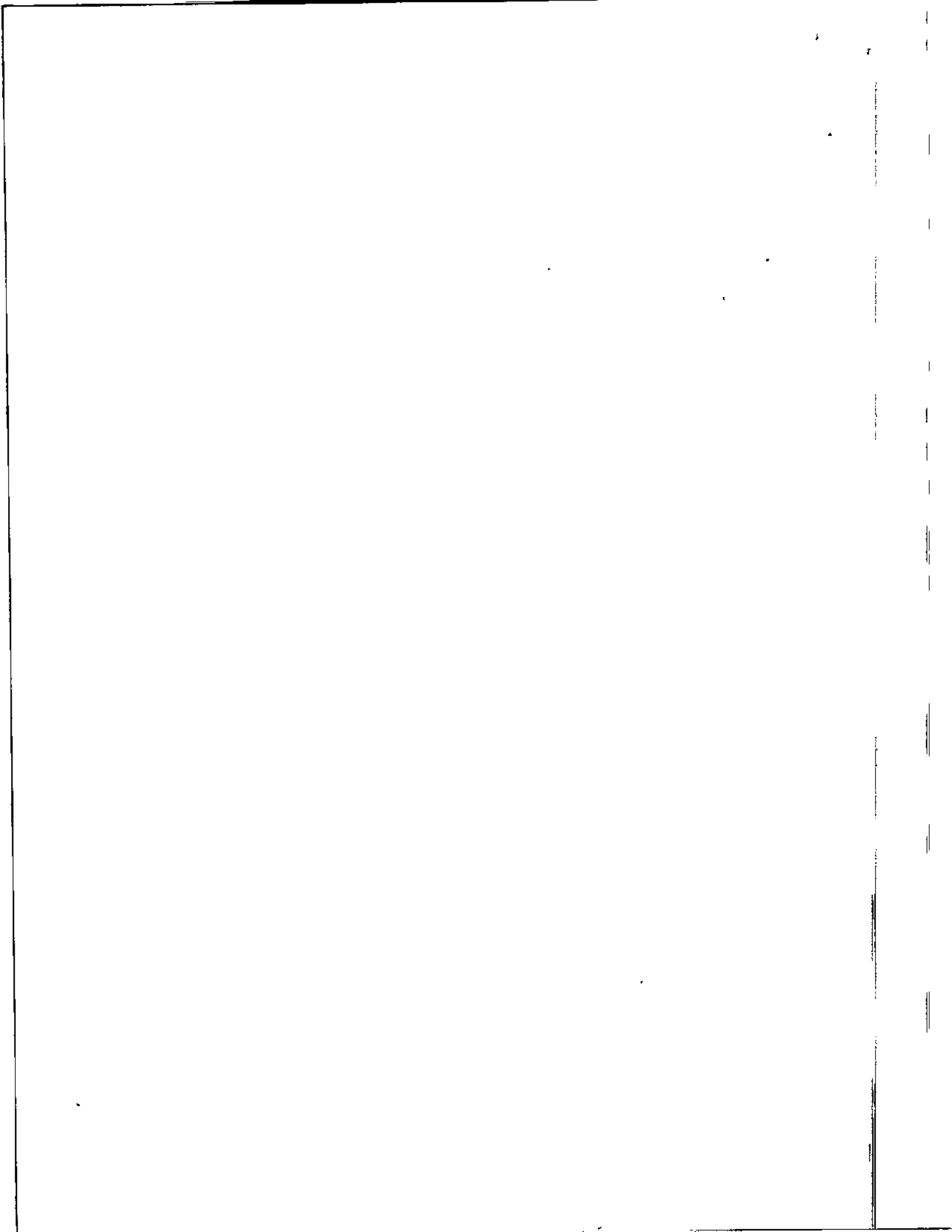
09-AGO-1985 CHAPARRAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00013182-F-0038030073-20080614 0000465997A 1 1390002270



1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



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

HC	Número de Historia Clínica	44	MICROCHIP:	SI	900255002404267	FECHA:	08-05-2025
ORIGEN:	CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Negro					COLOR:	Negro
ESPECIE:	CANINO	X FELINO	SEXO:	HEMERA	MACHO	RAZA:	Mestizo
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	SI	NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	SI	NO	EDAD:	6 M
TIPO DE ALIMENTACIÓN:	NS/NR	CASERO	CONCENTRADO	MIXTO	OTRO	MANEJO ESPECIAL:	SI
ORIGEN:	NS/NR	RESCATADO	COMPRADO	ADOPTADO	REGALADO	PERRO DE CUADRA	OTRO
nacido en casa							
2. DATOS DEL TITULAR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:	Lidiet Yurany Vanezas Gutierrez					DIRECCION:	KR 5 N 709 SUR OB
CECULA:	1022923659					TELEFONO:	3105726653
BARRIO O VEREDA:	Villa Israel					CORREO ELECTRÓNICO:	P.castrovaneza7@gmail.com
ESCOLARIDAD:	BTO					LOCALIDAD:	USME
NS/NR:						TIPO DE VIVIENDA:	CASA
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	dd/mm/aaaa		ULT. DESPARASITACIÓN:	dd/mm/aaaa		ULT. VACUNACIÓN:	NS/NR
N-A			Feb/25			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
						LEUCEMIA:	dd/mm/aaaa
						RABIA:	dd/mm/aaaa
4. EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE:	SI		NO		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:	Ninguno	
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	Ninguno						
CLASIFICACION ASA:	I		II, III, IV, V, VI, E		CONDICION CORPORAL:	3/5	
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS							
F. CARDIACA:	115		/m	F. RESPIRATORIA:	21		/m
TEMPERATURA:	38.7		°C	TLC:	1		se
MUCOSAS:	Rosadas						
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL		0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 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/orquilectomía (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	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925					FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236					FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 cómo 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** ☒ 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:

Yurand Vargas Gutierrez

1022923659

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

NO SE REALIZÓ

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

Yurand Vargas Gutierrez

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:

Titular

31

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.923.659
VANEGAS GUTIERREZ

APELLIDOS
LIDIA YURANY

NOMBRES

Lidia Yurany Vanegas G.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

01-ABR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

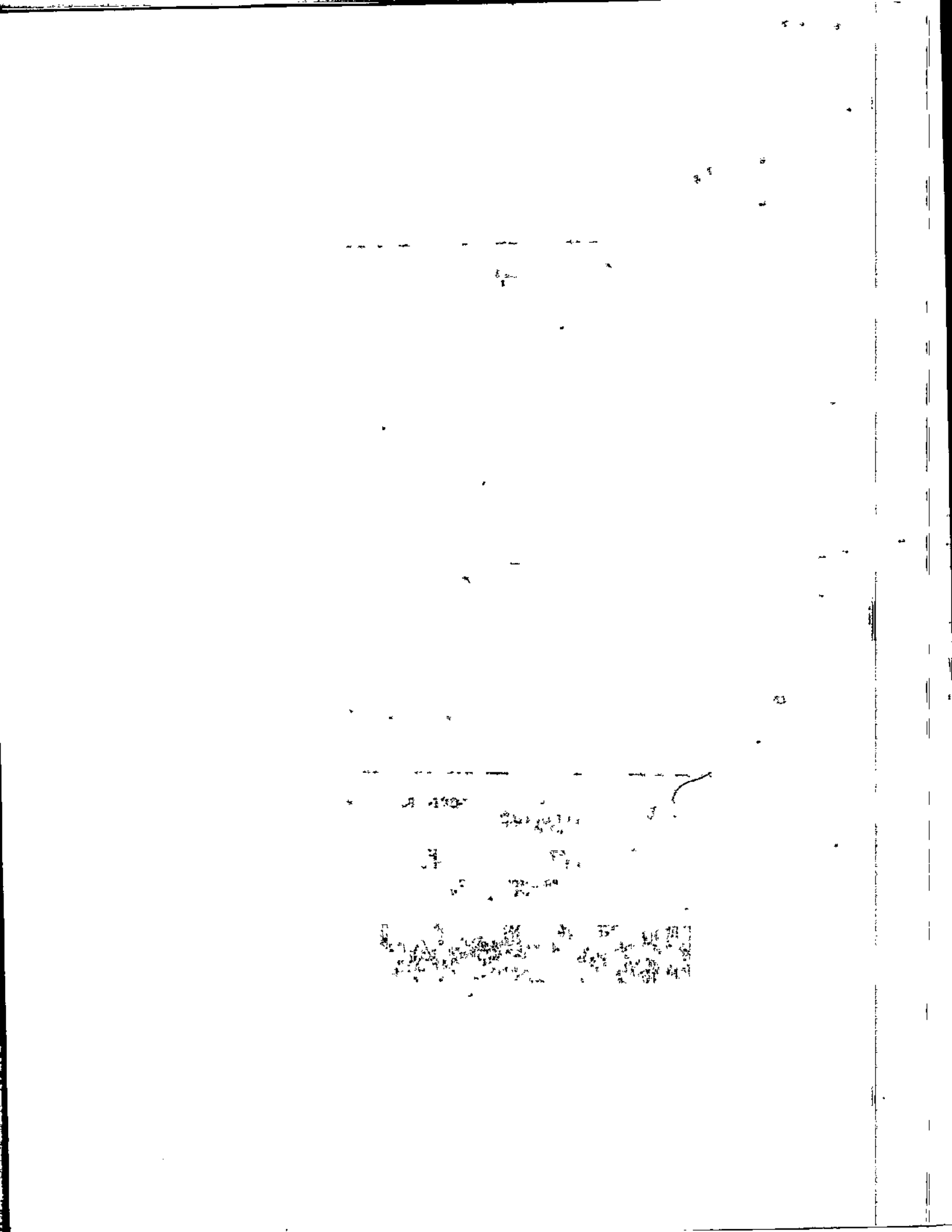
Carlos Amel Mancos Turillo
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL MANCOS TURILLO



A-1500150-00133195-F-1022923659-20081203

0007462180A 1

28620611





Para pagos y consultas
al número de clientes es

1502542-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351196365-7

CLIENTE

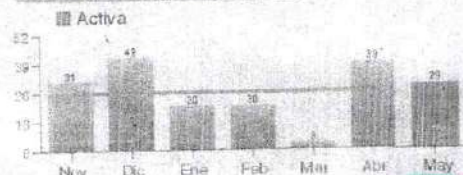
JANETH PATRICIA VANEGAS DELGADILLO
KR 5 NO 109 SUR 08
BOGOTA, D.C. - VILLA ISRAEL

02 022 4142 / 018-25013024



¿Quieren ir a la
ciudad? ¿Quieren ir
a la ciudad?

CONFIDENTIAL 90-02440



VALOR KW
APLICADO
\$558.43

CONSUMO DIARIO
0,81 kWh

VALOR DIARIO:
\$542

PERIODO FACTURADO:
01 MAR/2025 A 28 APR/2025

DÍAS
FACTURADOS:

CONSUMO NIES
29 kWh

1995

Escuela Intermedia de Educación Superior de Toluca, México

INFORMACION DE LA CUENTA

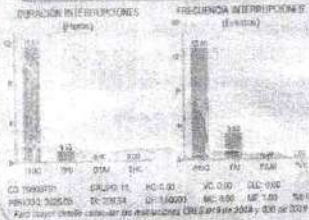
CLASE DE SERVICIO:	Residencia
ESTRATO:	1
CARGA KW:	2,000
FACTOR:	4
RUTA REPARTO:	10000020224422
RUTA LECTURA:	10320220175
MANZANA DE LECTURA:	MS00259490
MEDIDOR NO:	018-25013024
SUBCLASE:	Beniza

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes de luz, esto iluminará los espacios de tu hogar.

COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago	Billetera Virtual
--------------------------	-------------------



CONTRACT A-136

 Verifique y solicite
asesor.comun@personas.familiares.es
 Chat de servicio al
asesor.comun@personas.familiares.es
 326 890 6003 (línea gratuita a todo el territorio)

☐ Zona privada de la página Web

Bogetá, Sabana y Cundinamarca
CÓDIGO 115-115

115 Grady, J. 2005. *Grady, J.*
See 2005, 115.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente
defensor@enel.com

COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago	Billetera Virtual
--------------------------	-------------------

PUNTOS DE ATENCION ASEO

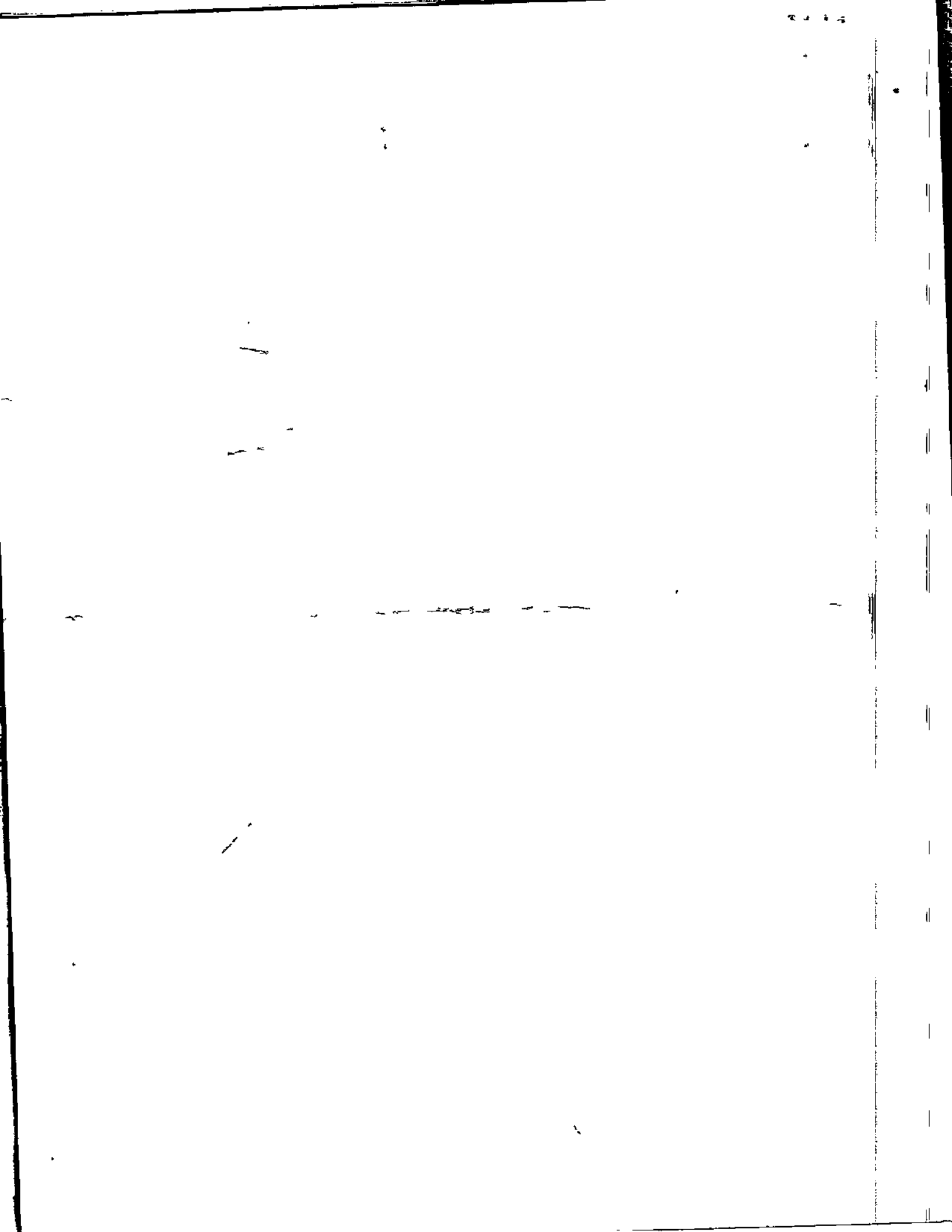
PROMOCIONALMENTE DISTRITO S.A.S.E.P. IV 4 No. 91A 25
 CIUDAD LIMPA BOGOTÁ S.A.E.S.P. Avenida Boyacá # 68 20
 AREA LIMPA DISTRITO CAPITAL S.A.S.E.P. Calle 129 # 54-38/40 Local 123 154
 Línea de servicio al cliente 110



FECHA GENERACIÓN
03/05/2025 00:22:37
FECHA EXPEDICIÓN
03/05/2025 13:58:14

[http://dx.doi.org/10.1080/09674840600543671](#)

[illegible]



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA MUNICIPAL
DE USME

BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION - CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECUACION DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia Clínica 45		MICROCHIP: SI ☐ NO ☒ 900255002182569		FECHA: 08-05-2025	
ORIGEN: CES ☐ PROTECCION ☐ CALLE ☐ ASENTAMIENTO ☐ HABITANTE DE CALLE ☐		1. DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE: Bruno		COLOR: Amarillo			
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO ☐ SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒ RAZA: criollo EDAD: 16 meses		PESO: 7.9 KG		MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR ☐ CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐		2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE			
NOMBRES Y APELLIDOS: Maria helena osorio satelo		DIRECCION: cl 11 labis sur 3B-10		TELEFONO: 3115179186	
CEDULA: 52 211 342		CORREO ELECTRONICO: mariahelena1975.osorio@gmail.com			
BARRIO O VEREDA: Antonio jose de sucre		ESTRATO: 1		LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: 6to bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
NS/NR:					
3. ANAMNESIS					
ULT. CELLO: dd/mm/aaaa N/R		ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa Noviembre 2024		ULT. VACUNACION: NS/NR: Buena salud	
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 CLINICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno					
CLASIFICACION ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E		CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS					
F. CARDIACA: 116 /m		F. RESPIRATORIA: 22 /m		TEMPERATURA: 38.3 °C	
OBSERVACIONES:		TLC: 1 se		MUCOSAS: Rosadas	
6. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA		XILACINA 0.8 ml.		1-2mg/kg IM	
		KETAMINA 0.8 ml.		5-7mg/kg IV	
MANTENIMIENTO ANESTESICO		PROPOFOL — ml.		0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO		PEN (S.F.B.) 0.8 ml.		20,000 UI/kg IM	
		MELOXICAM 0.4 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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐					
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		Dr. Juan G. Herrera T.P 22925		FIRMA 	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		Dra. Vanesa Florian T.P 32235		FIRMA 	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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** ☒ 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:
<i>María Helena Osorio Sotelo</i>	5224502

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: _____

OBSERVACIONES		
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. identificación:	FIRMA:
		<i>OSORIO H. M. S.</i>
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		
DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR		
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. identificación:	FIRMA:

94

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.211.342
OSORIO SOTELO

APELLIDOS
MARIA HELENA

NOMBRES

Maria Helena Osorio Sotelo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANDRÉS SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00334384-F-0052211342-20110916

0028044991A 1

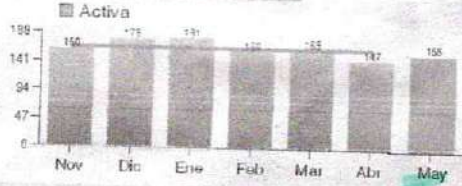
1981506405

CLIENTE

PEDRO VARGAS SUAREZ
CL 111 A BIS SUR NO 3 B 10
BOGOTÁ, D.C. - ANTONIO JOSA, DE SUCRE

02 022 4309 / 018-19186352

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$558.43

CONSUMO DIARIO:
4.94 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.296

PERÍODO FACTURADO:
28 MAR 2025 A 28 ABR 2025

DÍAS FACTURADOS:
32

CONSUMO MES:
158 kWh

CONSUMO PROMEDIO
158 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

Para páginas y contenidos
tu número de cliente es

1286140-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351216160-0

Llevar energía
a tu predio es un
trabajo en equipo.

Enel se encarga de la
infraestructura eléctrica
externa, mientras que tú eres
responsable del medidor,
acometidas e instalaciones
internas.

Cuida los elementos que te
correspondan, si identificas
daños, puedes reportarlos
al: 601 514 0000.

¡Llegó a tu casa tu préstamo
de hasta \$12.000.000!

Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA acercando al Cliente

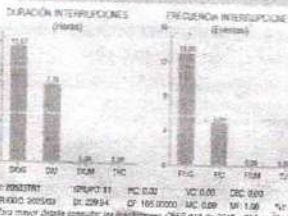
© Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizando bajo licencia. Scotiabank
Corporación S.A. Establecimiento Bancario, regulado por la Superintendencia
Financiera de Colombia. Acreditación según la Superintendencia de la entidad.
Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA kW: 2,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10000020224309
RUTA LECTURA: 10020229347
MANZANA DE LECTURA: MS00257154
MEDIDOR NO: 018-19186352
SUBCLASE: Básica

Ubica espejos frente a ventanas o fuentes
de luz, esto iluminará los espacios
de tu hogar.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Tarjetas y documentos
en el medidor
Código QR
Tel: 990 053 975-8
Enel Colombia
Enel Colombia

ENEL SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Grupos
de 24 horas
601 5140005
atencion@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco Internet Teléfono Débito Automático Cargos Electrónicos APP Enel Colombia

Corresponsales Bancarios

CONRED eMolli Reval

RED CADE enel

Almacenes de Cadena

Billetera Virtual

MOVIA Nequi Upaya

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMONBENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B-20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 125 # 54-3540 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Si pides en un correo electrónico, asegúrate de que el destinatario sea el correo de Enel Colombia. Si el correo no es el correcto, el correo no será enviado.

COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo: Vigencia: MAR 2025

Q: \$222.40 T: \$36.38 D: \$29.33E: \$74.25 F: \$27.78 R: \$23.76 CF: \$0.50 / \$558.43 Costo kWh base

Importante: En cumplimiento de la resolución CREG 008 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, sanciones y responsabilidades respecto a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarte a la línea (801) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 112, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de Red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. - Son los usuarios contribuyentes según la ley 142 de 1994.

Reporte: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de suministro para hogares a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Energía de Consumo), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de cobro. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada al puntaje del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 859 063 875-8. Escribe vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
03/05/2025 00:17:10
FECHA EXPEDICIÓN:
03/05/2025 15:52:13

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALIANZA NACIONAL
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	46	MICROCHIP:	SI	Número de N	900255002408198	FECHA:	08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE								
DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:			Rocky			COLOR: Blanco		
ESPECIE: CANINO X FELINO			SEXO: HEMBRA MACHO X			RAZA: Fresh Poodle		
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		
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO X PERRO DE CUADRA OTRO								
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:			Angie Catalina Trujillo Suarez			DIRECCION: Tr 74 y N 77 Sur 79		
CEDULA:			4105.790.882			TELEFONO: 3152490899		
BARRIO O VEREDA:			Marichuela			CORREO ELECTRONICO: angie2078jivandiegmailcom		
ESCOLARIDAD:			Bto			LOCALIDAD: USME		
NS/NR:			TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			ESTRATO: 2		
3. ANAMNESIS								
Buena salud								
ULT. CELO: dd/mm/aaaa		ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa		ULT. VACUNACION: NS/NR		N/R		
NA		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 CLINICO								
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno					
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno								
CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI X			CONDICION CORPORAL: 3/5					
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS								
F. CARDIACA: 119 l/m		F. RESPIRATORIA: 28 l/m		TEMPERATURA: 38.2°C		TLC: 1 se		MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:								
6. MEDICACION								
EASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA		XILACINA		0.3 ml. 1-2mg/kg IM				
		KETAMINA		0.3 ml. 5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO		PROPOFOL		0.5mg/kg IV				
		PEN (S.P.B.)		0.3 ml. 20,000 UI/kg IM				
POST OPERATORIO		MELOXICAM		0.35 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								
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925				[Firma]				
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Dra. Vanesa Florian T.P 32235				[Firma]				

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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** ☒ 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: 1205790882
--	--------------------------------------

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: _____	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 DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.790.882

TRIBIÑOS SUAREZ

APELLIDOS

ANGIE CATALINA

NOMBRES

ANGIE Catalina Tribiño S.

FIRMA



107



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1996

HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-JUN-2014 HONDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Anel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANEL SÁNCHEZ TORRES



P-2906400-00616089-F-1105790882-20140830

0039794617A 3

40801191

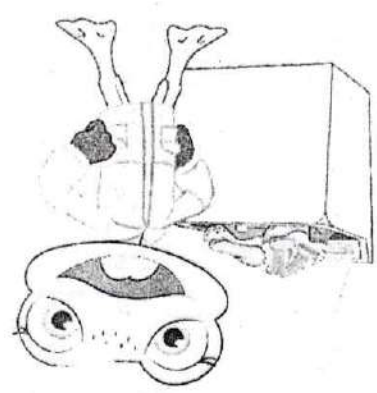
El Buro de Inspección Ambiental y Sanitaria de Bogotá

Denuncia en



Bota la basura en la caneca, no en la calle.

NO ES BASURERO



Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.

RENACUA

107

¡AGUAS!
CON LA SEGURIDAD

¡Juntos podemos cuidar el agua!

Repárala, líbrala, ¡aguas!

Comunícate a través de la App o en www.acueducto.com.co

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: T4 RUTA: T44733

BIMESTRAL

10563164
Cuenta contrato

17803463219
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descubre el detalle de tu pago

Periodo factura ENE/29/2025 MAR/28/2025

Pago oportuno MAY/02/2025 Suspensión MAY/07/2025

Fecha esperada próxima factura JUN/24/2025
Fecha y hora de expedición factura ABR/16/2025 06:54:47
Fecha y hora de generación factura ABR/16/2025 11:35:32



¡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 periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Fe
ICTICT
Dirección del predio
KR 14G 77 SUR 17 IN 1
Barrio: LA Localidad: USME
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Llámanos 119 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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



UNION TEMPORAL
DE USME



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

HC	Número de Historia clínica	47	MICROCHIP:	SI	Expiry - Date: 2030/02/07	FECHA:	08-05-25
ORIGEN: CES		PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	NÚMERO DE FOLIO: 900255002404360	
NOMBRES Y APELLIDOS: Axel							
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA: Cocker S.	EDAD: 6 años	COLOR: Canela	PESO: 10-3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒
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 ☐ REGALADO ☒		PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐					
NOMBRES Y APELLIDOS: Kelly Gutierrez Herrera							
CEDULA: 26-459.043		DIRECCION: Cll 94 sur # 8-28		TELEFONO: 3115444340			
BARRIO O VEREDA: Bellansta		ESTRATO: 4		CORREO ELECTRÓNICO: 3115444340 psincalio2			
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐		LOCALIDAD: USME			
S. ANAMNESIS							
Buen estado Alan de Sabid.							
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-2					
N-P	Cre-20-25	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					
		FEVINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno					
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno							
CLASIFICACION ASA: 1		II. III. IV. V. VI. E		CONDICION CORPORAL: 3/5			
CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA: 116 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 38.7 °C	TLC: 1 su	MUCOSAS: Rosadas			
OBSERVACIONES:							
MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	1.0 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	1.0 ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0.5mg/kg IV				
	PEN (S.P.B.)	1.0 ml.	20,000 UI/kg IM				
POST OPERATORIO	MELOXICAM	0.5 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 ☒ RECHAZO ☐							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		Dr. Juan G. Herrera T.P 22995			FIRMA		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		Dra. Vanesa Florian T.P 32236			FIRMA		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 ☒ 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:

Polly G. H. S. J. J. J.

Nro de identificación:

26459043

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:

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 **26.459.043**

APELLIDOS
GUTIERREZ HERRERA

NOMBRES
NELLY

FIRMA



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1965**

COLOMBIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G. S. RH

F
SEXO

12-DIC-1983 BARAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00732976-F-0026459043-20150812 0045792363A 1 1983510591

106

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ACREDITACION
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	48	MICROCHIP:	SI	900255002182325	FECHA:	08-05-2025
ORIGEN: CES		PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Nación León			COLOR:	Negro-blanco-Amarillo		
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO ☒	RAZA	Pincher	EDAD	2 años	PESO: 4.7 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒			EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI ☐ NO ☒		
ORIGEN: NS/NR			RESCATADO	COMPRADO	ADOPTADO	REGALADO	X PERRO DE CUADRA
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELÉFONO	
Teresa León Rodríguez				Cll 101 sur # 3a 39		3202424848	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
23.778.863				3202424548 @snechne			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Antonio José de Sca				1		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:		CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐	
Primaria							
3. ANAMNESIS							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASTACION:	ULT. VACUNACION:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR					
NA	NR	Buon estado de salud					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: 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 CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
				Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:				Ninguno			
CLASIFICACION ASA: I				CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS							
F. CARDIACA:	116	U/m	F. RESPIRATORIA:	21	r/m	TEMPERATURA:	38.3°
						TLC:	1 se
						MUCOSAS:	Resaca
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL		0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.25 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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22926					FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236					FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 resalta 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, tálcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que iriten 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 ☒ 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:

Renata León

23778863

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:

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 23.778.863
LEON RODRIGUEZ

APELLIDOS
TERESA

NOMBRES

Teresa Leon



SEALZ DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1957

MONQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

O+

G.S. (P)

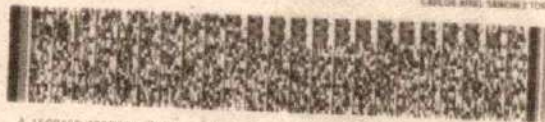
F

SEXO

12-NOV-1979 MONQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES



A-1500150-00030041-F-002377863-20080725

0001430650A.1

1390001149

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



BOGOTÁ

BOGOTÁ

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

HC Número de Historia Clínica 49		MICROCHIP: SI		Expiry - Date: 2020/11/17 900255002182557		FECHA: 08-05-25	
ORIGEN: CES		PROTECCIÓN		CALLE		ASENTAMIENTO	
NOMBRE: Bell Prieto		COLOR: Blanco - Amarillo		ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☒ MACHO ☒	
RAZA: Mexico		EDAD: 1 AÑO		PESO: 5.9 KG		MANEJO ESPECIAL: ☒ SI ☒ NO	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: ☒ SI ☒ NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: ☒ SI ☒ NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR		CASERO ☒ CONCENTRADO ☒ MIXTO	
ORIGEN: NS/NR		RESCATADO ☒ COMPRADO		ADOPTADO		REGALADO	
PERRO DE CUADRA		OTRO					
NOMBRES Y APELLIDOS: Brayan Giovanni Prieto Tamayo		DIRECCION: CR 9 # 110 SUR 02		TELEFONO: 316 826 6963			
CEDULA: 1.000.854.091		CORREO ELECTRÓNICO: brayan2000prieto@gmail.com					
BARRIO O VEREDA: Usme		ESTRATO: 1		LOCALIDAD: USME			
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☒ RURAL					
NS/NR							
3. ANAMNESIS							
Buen estado de Salud							
ULT. CELO: NS/NR		ULT. DESPARASTACIÓN: Dic-24		ULT. VACUNACIÓN: NS/NR			
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	
FELINOS: NS/NR		TRIPLE FELINOS: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa	
4. EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: ☒ SI ☒ NO		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno					
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno							
CLASIFICACIÓN ASA: 1		II. III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA: 117 l/m		F. RESPIRATORIA: 29 c/m		TEMPERATURA: 38.1 °C		TLC: 1 se	
OBSERVACIONES:						MUCOSAS: rosadas	
6. MEDICACIÓN							
FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA		XILACINA 0.6 ml.		1-2mg/kg IM			
		KETAMINA 0.6 ml.		5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO		PROPOFOL — ml.		0.5mg/kg IV			
		PEN (S.P.B.) 0.6 ml.		20,000 UI/kg IM			
POST OPERATORIO		MELOXICAM 0.3 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARIETA PROFESIONAL		Dr. Juan G. Herrera T.P 22925		FIRMA			
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARIETA PROFESIONAL		Dra. Vanesa Florian T.P 32236		FIRMA			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 ☒ o RECHAZO ☐ la declaración 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:

100854091

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:

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

EST. 100854091

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 **1.000.854.091**

PRIETO TAMAYO

APELLIDOS
BRAYAN GIOVANNI

NOMBRES
Giovanny

FIRMA



97



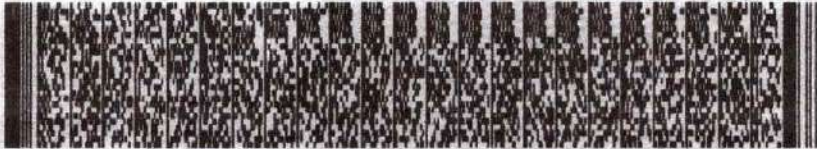
ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-2000**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

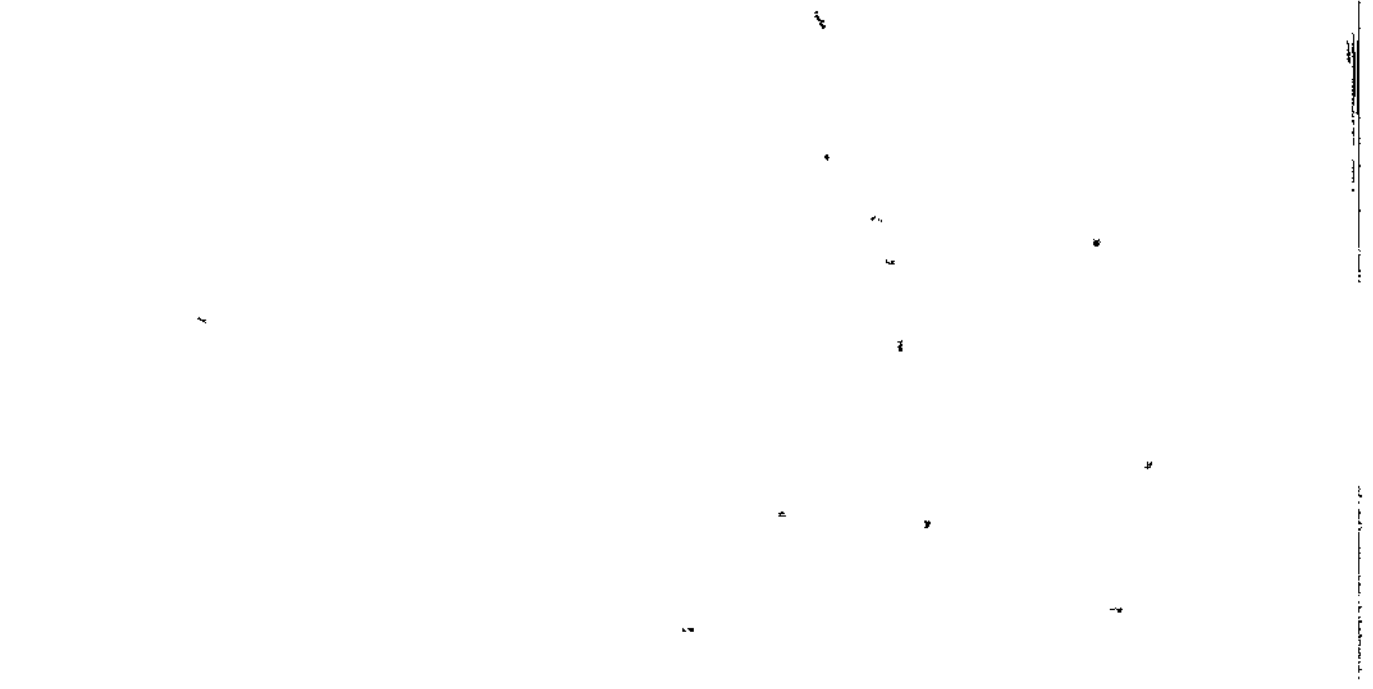
1.70 **AB+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01063762-M-1000854091-20190222 0064613820A 1 1985326428



Denuncia en la Línea 116

El servicio de denuncia en línea es gratuito y disponible 24 horas al día. Para denunciar un problema de agua o alcantarillado, llame al 116 o visite el sitio web de Acueducto.

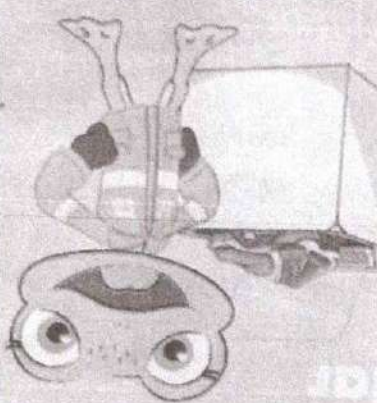
Bota la basura en la caneca, no en la calle.



EL SUMIDERO NO ES BASURERO

BOGOTÁ

Consejos de Renacua para cuidar el agua



Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.

¡AGUASI! CON LA SEGURIDAD

¡Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

Reporta el robo de agua.

Comunícate a través de la Acuífera 116 o en www.acueducto.com.co

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

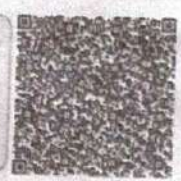
ILAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44781A

BIMESTRAL

12053053
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455660618
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS ALBERTO LEON QUINTERO

Dirección del predio
KR 9 110A SUR 02

Barrio: **USMINIA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 1

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

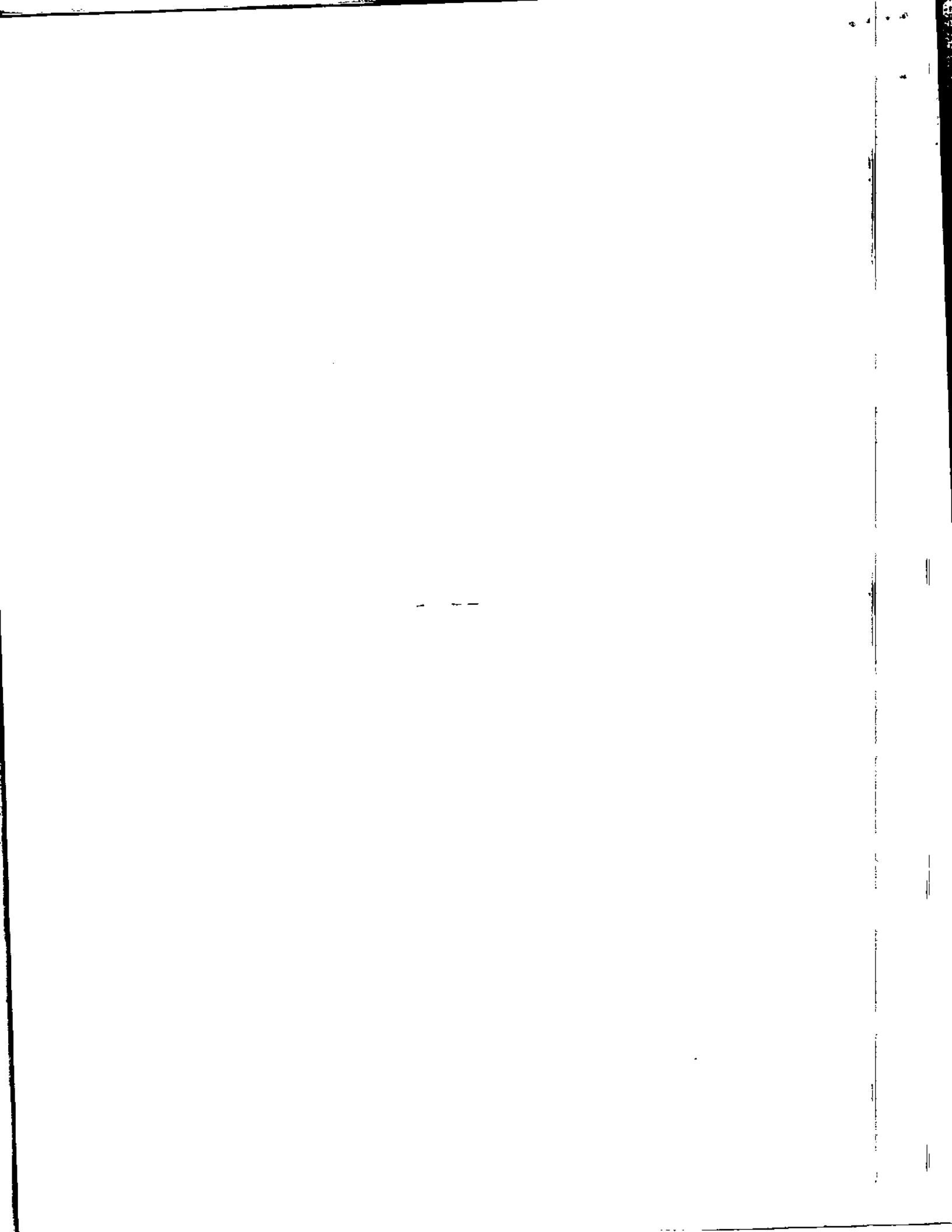
Periodo facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025
Pago oportuno	MAY/07/2025	Suspensión MAY/12/2025
Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:57:42	ABR/22/2025 16:15:55

¡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 ↓



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



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

HC	Número de Historia Clínica	50	MICROCHIP:	SI	900255002182317	ECHA:	08-05-25
ORIGEN:	CES	PROTECCIÓN:	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Zeus					COLOR:	Arena
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Pit bull	EDAD:	4 años
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 ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO							
DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Arley Ariza Ariza				Cll 106 B Sur #11-50		313 804 4890	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
1.101.758-032				arizalariza.santander@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Antonio Jose Sucre				1		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:			
Técnico				CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
ANAMNESIS							
Buen estado de Salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR					
N-D	enero-25	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					
EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
				ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:							
CLASIFICACIÓN ASA: (1) II, III, IV, V, VI, E				CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDÍACA:	118	/m	F. RESPIRATORIA:	23	/m	TEMPERATURA:	38.2 °C
						TLC:	1 se
						MUCOSAS:	Rosadas
OBSERVACIONES:							
MEDICACIÓN							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	2.5 ml	5-7mg/kg IV				
		— ml					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	1.2 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 ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925							
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 ☒ 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:

1101266032

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:

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

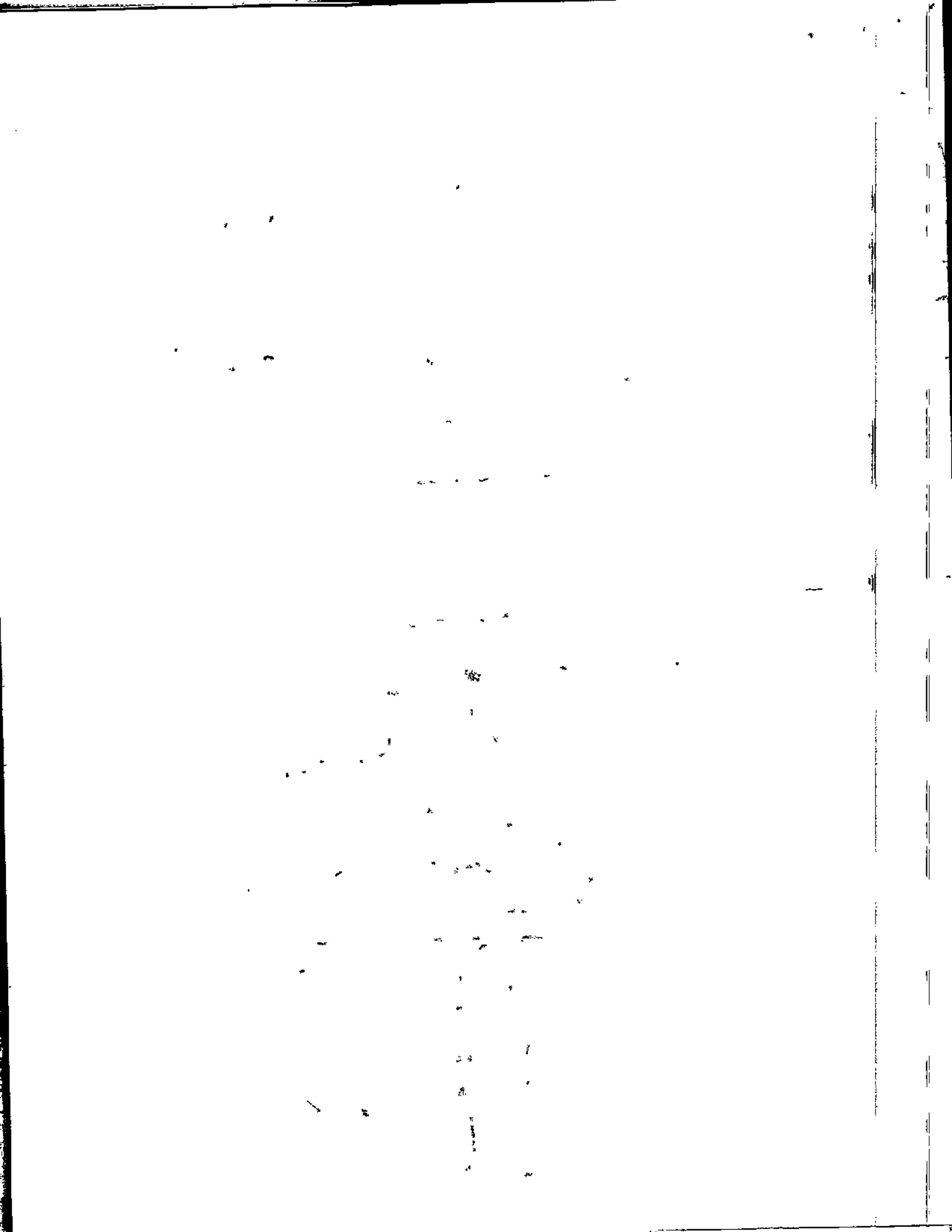
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:



Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

Escanea el código QR, diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas
vence entre julio y diciembre de 2025
y te confirman entre
el 1 y el 30 de abril de 2025

gase de KES 4.100.000
¡GANA! KES 125.000.000

vanti



Agenda
tu Revisión
escaneando
el QR

Activar
Cofinanzas

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/



Botón PSE



Botón Bancolombia

Recuerda que
puedes pagar
las facturas de
una o varias
cuentas con una
única transacción



Escanea para
pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades



*Permiso adicionalmente inscripción a débito automático.



Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval

- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris

- Grandes Superficies:
- Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

- Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial

Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita



¡Hola!

AURA TINTINAGO

CL 106B SUR 11 50 01 00004 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 009520230000026070

Lote: P07GN Ruta: 0011640167255005000 Código del Sector: 110

Cuenta o referencia de pago 64162777

vanti

102

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:



Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. - 809 Naturale. Grupo Vanti S.A. ESP.
Gestión de Vanti S.A. ESP. - 809 Naturale. Grupo Vanti S.A. ESP.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica

Lunes a viernes 7 a.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://mi.grupovanti.com/>

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

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago

64162777

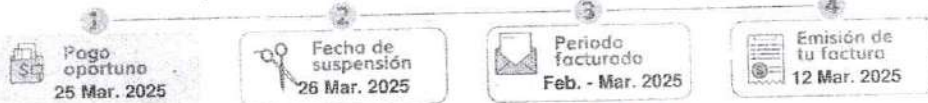
BOGOTÁ


 NIT: 800.007.813-5
 Vanti S.A. ESP.
 www.grupovanti.com

vanti

Más formas de avanzar

Fechas importantes



Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	15M3	3.167,29	0,00	47.509,20
MENOS SUBSIDIO (53%)	1UN	-25.027,85	0,00	-25.027,85
AJUSTE DECENA	1UN	-2,46	0,00	-2,46
RECAUDO TERCEROS Coasepark Protecc	0	48.403,00	0,00	48.403,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	1.811,00	0,00	1.811,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	27.266,78	0,00	27.266,78
INTERESES FINANCIAMIENTO - GRAVAD	1UN	3.781,35	718,46	4.499,81

1 - Total \$104.459,48

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.87 % V-Derecho Conexión Financiado	8/24	29.421,37	14.779,71	29.421,37
1.87 % V-CNuevo	8/24	25.089,27	12.603,49	25.089,27
Homologación+Artefac FVD Finan	8/24	1.571,37	663,33	1.571,37
1.87 % V-CNuevo	8/24	2.223,55	938,65	2.223,55
Homologación+Artefac FVD Finan	8/24	3.184,96	1.344,50	3.184,96

2 - Total \$61.490,52

3 - Valor facturas vencidas

\$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

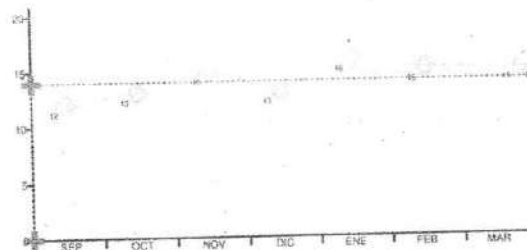
\$165.950,00

Paga por



Escanee el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat. Uno	Días de consumo 29
Fecha	Lectura	Tipo
09 Feb. 2025	113	REAL
09 Mar. 2025	133	REAL

m³ corregido = 133 - 113 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 05 y el 10 de Abril

Novedades de tu factura

Cuya \$ 2825.91

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$70.254

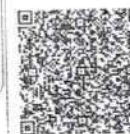
Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2029

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente.
Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí



Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de \$2826.

Dic. \$2362 Ene. \$2480 Feb. \$3371

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97 Tm: 529.97 Dm: 621.22 Cm: 0.0
 Pm: 72.75 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cvm: 0.0
 Ccm: 0.0 Ppm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUR: 0.0

Agm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 177
 kWh y el precio unitario del kWh es: \$127.013

Factor de corrección

Vm: 20 Kp: 0.76628 Kt: 1.0054 Ft: 0.77041
 Vc: 15 Tm: 14.01 Tc: 15.56 Pm: 1.01008
 Pm: 0.751 Pm: 0.023 Pm: 1.0

Factor de corrección: 0.77041

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IQ: 100.0 IPI: 100.0



(415)7709998026025(9020)64162777(3900)00000000165950



67453

C1

Factura No. F15B29372569

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCANTARILLA
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	51	MICROCHIP:	900255002182721	FECHA:	08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION: CALLE: ASENTAMIENTO: HABITANTE DE CALLE:						
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	TONY			COLOR:	Blanco	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA	MESTIZO	EDAD	4 AÑOS	PESO: 29 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS			DIRECCION		TELEFONO	
Dania Patricia Burton Parroja			C/ 108 B Sur 5B 22		313.715 02 12	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO			
53012279			Parroja.13@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Antonio			1		USME	
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL			
Bachiller						
3. ANAMNESIS						
Buen estado de salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR:				
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa				
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA 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 CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:			Ninguno			
CLASIFICACION ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS						
F. CARDIACA:	112	V/m	F. RESPIRATORIA:	21	r/m	TEMPERATURA: 38.2°C
					TLC: 1	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:						
6. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2-9 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	2-9 ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	2-0 ml.	0,5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2-9 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	1-4 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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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 pueda 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 ☒ 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:

Sonia Cortina

Nro. de identificación:

53017279

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

46

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53012279

QUITIAN PARRAGA
APELLIDOS

SONIA PATRICIA
NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUN-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



1

Denuncia en la Línea 116

El furto reiterado de infraestructura afecta la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

El Buro de Faltas de la Alcaldía de Bogotá, en coordinación con la Policía de Tránsito y la Policía de Investigación, investiga y sanciona a los infractores.

El Buro de Faltas de la Alcaldía de Bogotá, en coordinación con la Policía de Tránsito y la Policía de Investigación, investiga y sanciona a los infractores.

El Buro de Faltas de la Alcaldía de Bogotá, en coordinación con la Policía de Tránsito y la Policía de Investigación, investiga y sanciona a los infractores.

Bota la basura en la caneca, no en la calle.



EL SUMIDERO NO ES BASURERO

Bogotá



Consejos de RENACUA para cuidar el agua



Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.

Cuidamos el agua para el cuidado de ti.

¡AGUASI! CON LA SEGURIDAD

Reporta el robo de agua. Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

Comunícate a través de la Acualínea 116 o en www.acueducto.com.co



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

KLAC
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: U4 RUTA: 1J44779A BIMESTRAL

12525464
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17804248114
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
SONIA PATRICIA QUITIAN PARRAGA

Dirección del predio
CL 108B SUR 5B 22

Barrio: **ANTONIO** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**

Estrato: **1**

Unidades Habitacionales: **1**

Unidades No Habitacionales: **0**

Período 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 07:58:26	ABR/22/2025 15:58:23

¡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.

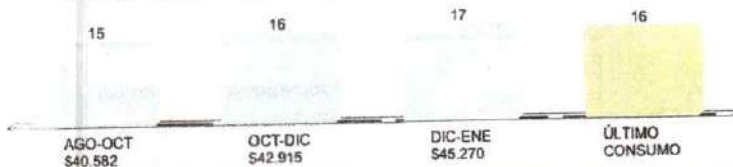
En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓



Tu consumo en este periodo

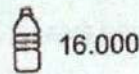
En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 16



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo



Promedio al día



Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 241
Lectura anterior 225
Tu consumo este periodo 16

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca ELSTER
Serie A20FA533496

Tipo VOLLU015R315
Diámetro pulgadas 1/2

Para reducir tu consumo, recuerda:



Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo



Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida



Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este periodo

Acueducto
\$22.421,76
1

+

Alcantarillado
\$20.688,00
2

+

Otros cobros
\$12.645-
3 4 5 6

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

= Total a pagar

\$30.465

Escanea y paga virtual



Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del periodo

Ingresos que la EAAB ESP reporta a la DIAM en el periodo actual

GUIDE (Código Único de Documento Electrónico): baac2d81a7c63e60ba31a32b2da4e9be8c3f910279c77949e44da273b664dc364c6a6925b03e5a3d8dc0f6d0d9

Detalle de tu consumo este bimestre

Cargo fijo residencial (mes)
Consumo residencial básico (m³)
Consumo residencial superior básico (m³)
Cargo fijo no residencial (mes)
Consumo no residencial (m³)

1 Acueducto

Cant. x	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Tarifa***	Total (1+2+3+4)
2,00	\$9.200,86	-70	\$12.881-	\$2.700,26
16,00	\$3.520,94	-70	\$39.434-	\$16.901,04
				\$22.421,76

2 Alcantarillado

Cant. x	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**	Tarifa***	Total
2,00	\$4.373,30	-70	\$6.123-	\$1.312,01
16,00	\$3.763,33	-70	\$42.149-	\$18.064,28
				\$20.688,00

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (-) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 y 3.

*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un 70%; si hay un aporte, agrega un 70%.

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. Ley 99 de 1993

Tarifa consumo básico (\$/m³)
Tarifa consumo superior a básico (\$/m³)
Total por consumo facturado

Tasa Uso (Acueducto)
\$8,66
\$0,00
\$137

Tasa Retributiva (Alcantarillado)
\$26,39
\$87,97
\$422

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Decreto 271 de 2014)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
D-ben. mín. vital total	\$12.675-
Intereses de mora	\$30
Subtotal	\$12.645-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
\$0	
\$0	
\$0	
Subtotal	\$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	\$0

Pagos por la página web, app y billeteras



Para quienes requieren desplazarse a correspondientes bancarios autorizados



Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cade

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itau, Occidente, AN Vilas, Bogotá, Sudameris y City.

Acueducto y Alcantarillado

Valor a pagar

\$30.465

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO NO. Señorejere: Si en el desprendible de uso aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un correspondiente bancario).



(415)7707200485271(8020)178042481146(3900)00000030465

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



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

HC	Número de Historia Clínica	52	MICROCHIP:	SI	Número de Mq	900255002182713	FECHA:	08-05-25
ORIGEN:	CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:	Zeus					COLOR:	Blanco - Gris	
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA	MACHO ☒	RAZA:	PH Bull	EDAD:	3 años
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 ☐ REGALADO ☒ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO								
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:					DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Jenny Huelgano Jimenez					calle 105 sur # 7-45		320848289	
CEDULA:					CORREO ELECTRÓNICO:			
1-022-966-952					320848289@sinccorreo			
BARRIO O VEREDA					ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Usminia					1		USME	
ESCOLARIDAD:					TIPO DE VIVIENDA:			
Primaria					CASA ☒ APTO ☐ RURAL			
3. ANAMNESIS								
Buen estado de Salud								
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:						
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR						
NA	NR							
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa								
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA 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 ☒					SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
					Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:								
Ninguno								
CLASIFICACIÓN ASA: ① II, III, IV, V, VI, E					CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS								
F. CARDÍACA:	114	/m	F. RESPIRATORIA:	22	/m	TEMPERATURA:	38.2	°C
						TLC:	1	se
						MUCOSAS: rosadas		
OBSERVACIONES:								
7. MEDICACIÓN								
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES					
PREANESTESIA	XILACINA	2.0 ml.	1-2mg/kg IM					
	KETAMINA	2.0 ml.	5-7mg/kg IV					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml.	0.5mg/kg IV					
	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM					
POST OPERATORIO	MELOXICAM	1.0 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 ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐								
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL					FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925								
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL					FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236								

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 realza 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, taksos, 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 ☒ o RECHAZO ☐ la declaración 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:

Yenny V. Herrerano

1022966952

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.966.952

HUERFANO JIMENEZ

APELLIDOS

JEIMY

NOMBRES

Jeimy Huerfano

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

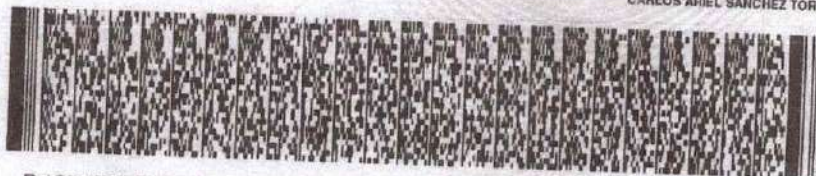
O+
G.S. RH

F
SEXO

06-MAR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00154057-F-1022966952-20090407

0010602265A 1

28763521

enel

Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.053.975-9
Calle 93 No. 12 - 45 Piso 1



Para pagos y consultas
al número de cliente es:

0929099-1

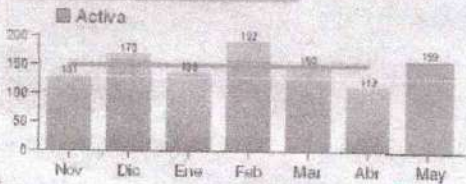
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 351165537-9

LEONILDE JIMENEZ ROJAS
CL 105 SUR NO 7 45
BOGOTÁ D.C. - USMÍNIA

¡IMPORTANTE!
Se encuentran con
facturas pendientes
por pagar.
Evite sobrecostos
y cobros jurídicos
pagando
inmediatamente.

02 010 6357 / 117-20357229

COMPORTAMIENTO CONSUMO



**VALOR KWH
APLICADO**
\$858.43

CONSUMO DIARIO:
4.97 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.313

PERIODO FACTURADO:
26 MAR/2025 A 29 ABR/2025

**DÍAS
FACTURADOS:** 32

CONSUMO MES
139 kWh

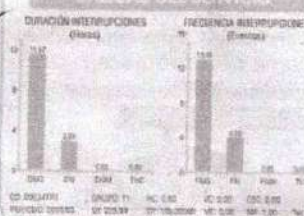
CONSUMO (KWH/MES)
139 kWh

¿Está más cómodo al leer la LECTURA DE SU MEDIDOR y el CONSUMO
de energía se encuentra dentro de lo habitual?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA KW: 4.34
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10000020106357
RUTA LECTURA: 10020100336
MANZANA DE LECTURA: MS00253673
MEDIDOR NO: 117-20357229
SUBCLASE: Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Ubica espejos frente a ventanas o fuentes
de luz, esto iluminará los espacios
de tu hogar.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP, Internet, Teléfono Fijo, Dúbito Automático, Celular Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Celular, Botón de Pago Bancolombia, Móvil, Nequi, Paga.

Corresponsales Bancarios: COMFENSA, reficel, B. Real, B. de Bogotá, B. de Cundinamarca, B. de Tolima, B. de Valle del Cauca, B. de Cauca, B. de Nariño, B. de Santander, B. de Atlántico, B. de Córdoba, B. de Sucre, B. de Bolívar, B. de Magdalena, B. de Antioquia, B. de Chocó, B. de Risaralda, B. de Quindío, B. de Caldas, B. de Cesar, B. de Norte de Santander, B. de Arauca, B. de Guaviare, B. de Casanare, B. de Meta, B. de Vichada, B. de Cesar, B. de Norte de Santander, B. de Arauca, B. de Guaviare, B. de Casanare, B. de Meta, B. de Vichada.

Red Cade, Centros de Servicio, Código QR.

CONTÁCTANOS

Trabaja y estudia en el sector público. Regístrate gratis. Zona cívica de la página Web. App Enel Clientes Colombia.

¿QUIERES PAGAR TU CUENTA?
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 6 115 115

¿QUIERES PAGAR TU CUENTA?
115 Crédito por 24 horas. 801 60 0005 demuestro@enel.com

¿QUIERES PAGAR TU CUENTA?
www.enel.com.co/usuarios/personas/definir-cliente
definir@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. TV 4 No. 51A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-35/40 Local 125-134

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAR/2025
0: \$339.42 I: \$96.38 O: \$293.28 QV: \$74.75 PR: \$27.18 R: \$21.76 CP: \$0.00 / \$368.43 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CUBICADO UNIFORME (CUBICADO) - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Conservación de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por kWh. Son las autorizadas según Resolución No. 05-07 de 20 de mayo 2022. TVE Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015-05-1998.

El costo de la presente factura el Cliente sujeta con las modificaciones de tarifas previstas en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de los datos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información consulte al 800 912 115, Línea de Bogotá al 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Suma grandes contribuyentes según Resolución No. 2011 de 10 de diciembre de 2020.

El costo de la presente factura el Cliente sujeta con las modificaciones de tarifas previstas en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de los datos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información consulte al 800 912 115, Línea de Bogotá al 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Suma grandes contribuyentes según Resolución No. 2011 de 10 de diciembre de 2020.

Esta factura es como prueba de pago, el cliente debe presentar esta factura a la Empresa proveedora de los servicios.

¡IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 15-11 de 2011, la cual modificó el Código de Comercio, se establece que la Empresa proveedora de los servicios debe presentar esta factura a la Empresa proveedora de los servicios.

Para obtener mayor información, le invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o Mediante, se establecieron obligaciones, deberes y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para residuos a través de la tarificación del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Entregas de Consumo), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el Estado, por lo que se invita a los clientes de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. a ser responsables por el servicio que utilizan los residuos, al por un valor de recolección. Para mayor información relacionada con el servicio de recolección de residuos, consulte a la Empresa proveedora de los servicios.

El prestador del servicio de recolección de residuos es la Empresa proveedora de los servicios, y los residuos de valor asignado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.053.975-9. Servicio registrado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
03/05/2025 00:14:23
FECHA EXPEDICIÓN:
04/05/2025 19:56:20

Factura impresa por Cargado de Sistema de Comunicación SAS NIT 900.009.002. Proveedor Tecnológico: Cargado de Sistema de Comunicación SAS NIT 900.009.002. Número del SW: 0929099-1. NIT 860.053.975-9

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	53	MICROCHIP:	Expiry - Date: 2030/02/07 900255002404263	FECHA:	08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE						
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	KANYI			COLOR:	Negro	
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO ☐	SEXO:	HEMBA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Mestizo	
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 ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO	NACIO EN CASA				
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:	Miriam Cabeles Quintero			DIRECCION:	Cl 106 Sur S/A 09	
CECULA:	51796.045			CORREO ELECTRÓNICO:	Miriam.Cabeles@gmail.com	
BARRIO O VEREDA:	Antonio			ESTRATO:	1	
ESCOLARIDAD:	Primaria			LOCALIDAD:	USME	
NS/NR:				TIPO DE VIVIENDA:	CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐	
3. ANAMNESIS						
Buen estado de salud						
ULT. CELD:	dd/mm/aaaa		ULT. DESPARASTACIÓN:	dd/mm/aaaa		ULT. VACUNACIÓN:
N/A			Feb/25			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 ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	111	/m	F. RESPIRATORIA:	24	/m	TEMPERATURA:
						38.1°C
OBSERVACIONES:				TLC:		1
				MUCOSAS:		Resaca
6. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	0.7 ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.35 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 ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P. 22925			FIRMA		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P. 32236			FIRMA		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ 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:

Y. Man

Cabales

51.396.095

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:

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:

35

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.796.045
CABIELES QUINTERO

APELLIDOS
MIRIAM

SEÑALES
FIRMAS

Miriam Gabeles Quintero



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1964
PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51
ESTATURA O+ F
SEXO
12-DIC-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00155476-F-0051796045-20090430 0011172242A 1 1310037825





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

LAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de
DIOSIDENCIA MONTILLA

Dirección del predio

CL 106 SUR 5A 09

Barrio: **ANTONIO**

Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 1

Unidades Habitacionales: 1

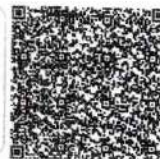
Unidades No Habitacionales: 0

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44779

BIMESTRAL

10640616
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de esta predio

40716620717
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 07:55:25

ABR/22/2025 16:06:35



**¡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 periodo **consumiste la misma cantidad de agua**
que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓



Llámanos

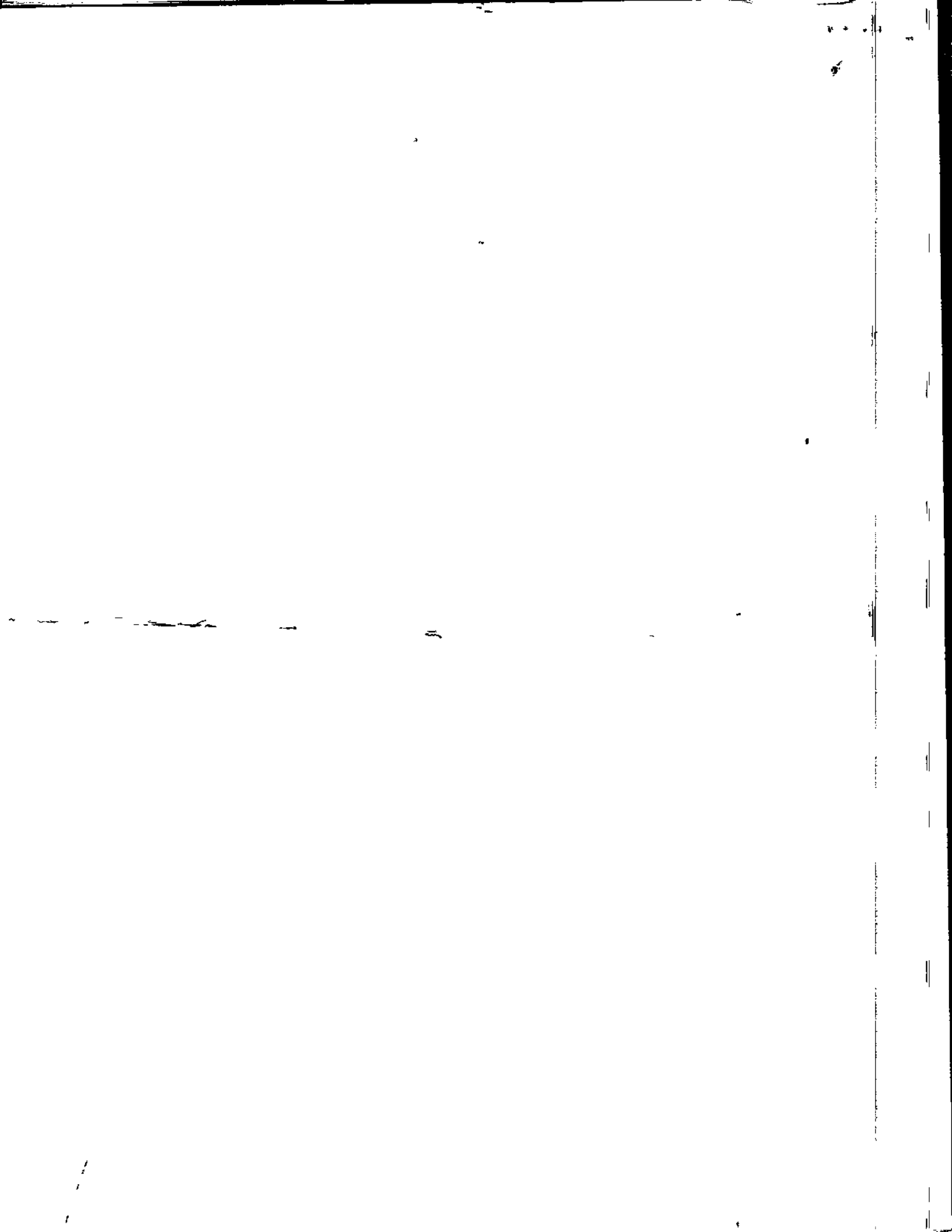
116 Acueducto

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

17868

165389 81771 1/2



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ASOCIACION
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de historia clínica	54	MICROCHIP:	900255002182720	FECHA:	08-05-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE						
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	COCO			COLOR:	Blanco	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA: French Poodle	EDAD: 3 años	PESO: 5.9 kg	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
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 REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO						
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS: Yesika Yicela Orozco Polo			DIRECCION: K 14 #108 - 11 SUR	TELÉFONO: 3145273162		
CEDULA: 1081759272			CORREO ELECTRÓNICO: 3145273162 @ sin correo			
BARRIO O VEREDA: Desarrollo		ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME			
ESCOLARIDAD: Profesional		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL				
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CEO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR				
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 ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno				
HALLAZGOS EN CONTRAINDICACIONES: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: ① II. III. IV. V. VI. E.		CONDICION CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS						
F. CARDIACA: 112 l/m	F. RESPIRATORIA: 21 l/m	TEMPERATURA: 38.5 °C	TLC: 2	SE: 8	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:						
6. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	— ml.	0.5mg/kg IV			
	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM			
POST OPERATORIO	MELOXICAM	0.3 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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARIETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARIETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ 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:

Yezza Dario Polo

Nro de Identificación:

706859272

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.759.272

OROZCO POLO

APELLIDOS

YESIKA YICELA

NOMBRES

Yesika Yicela Orozco Polo
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1986

EL PIÑON (MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

09-JUN-2005 EL PIÑON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALIMBO VACA

INDICE DERECHO



P-2102800-00923038-F-1081759272-20170719 0058491901A 3 9910061264

128 6 122

1971-72

Denuncia en

El acueducto de Bogotá puede recibir tu denuncia por correo electrónico o presencialmente en las oficinas de atención al ciudadano.

Correo electrónico: atencionciudadano@acueducto.com.co

Oficinas de atención al ciudadano:

- Oficina de Atención al Ciudadano - Centro Administrativo de Bogotá
- Oficina de Atención al Ciudadano - Subcentro Administrativo de Bogotá
- Oficina de Atención al Ciudadano - Subcentro Administrativo de Bogotá

Bota la basura en la caneca, no en la calle.



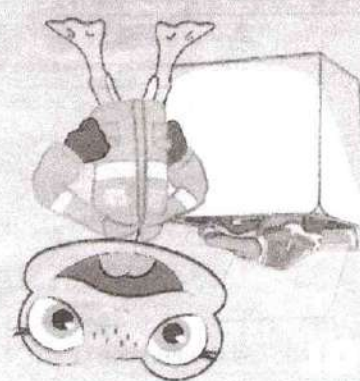
NO ES BASURERO

BOGOTÁ



Renueva

Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.



¡AGUAS! CON LA SEGURIDAD

Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

Reporta el robo de agua.

Comunícate a través de la Acualinea 116 o en www.acueducto.com.co




Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 898.989.094 - 1

LAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44778

BIMESTRAL

12284971
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

43393346119
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
FIDUCIARIA BOGOTÁ SA PARQUE CA
Dirección del predio
KR 14 108 SUR 11 ET 2 BQ 3 AP 414
Barrio: **DESARROLLO** Localidad: **USME**
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

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

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

Fecha esperada próxima factura **JUN/28/2025** Fecha y hora de expedición factura **ABR/22/2025 07:58:06** Fecha y hora de generación factura **ABR/22/2025 16:04:08**



¡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.

4600

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALTA JUBILACION
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	55	MICROCHIP:	900255002182718	FECHA:	8-05-2025
ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE						
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Mg: 10			COLOR:	Anax: 110	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA: Criollo	EDAD: 4 años	PESO: 12.9 KG	MANEJO ESPECIAL: ☐ SI ☒ NO	
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 ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Jhon Fabio Pinto Espinosa			C/ 106 Sur #56-49		322 2216420	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
80 125 295			jshampinto04@gmail.com			
BARRIO O VEREDA:			ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Antioquia de Socie			1		USME	
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
bachiller			CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR				
N/A	enero 2025	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. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
			Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:			CONDICION CORPORAL: 3/5			
CLASIFICACION ASA: (L) II, III, IV, V, VI, E			5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS			
F. CARDIACA:	116	/m	F. RESPIRATORIA:	22	/m	TEMPERATURA: 38.1°c
					TLC: 1 se	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:						
6. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1.3 ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.65 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
<p>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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO</p> <p>para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.</p>						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARIETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARIETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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 luciones, 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 ☒ 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:

8012529

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:

RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

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:

44

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80125295

NUMERO
PINTO ESPINOSA

APELLIDOS
JOHN FABIO

NOMBRES
JOHN FABIO PINTO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1980
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUEQUE ESCOBAR



P-1500115-42081636-M-0060125295-20000618 07394 00232A 01 089427376





Total Energía
\$485.980



Portafolio Enel X
\$25.400



Total Aseo
\$69.910



Total a Pagar
\$581.290

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
15 ABR/2025

ENERGIA

1105229-4

28 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real **Situación encontrada: Normal**

DESCRIPCIÓN DE ENERGÍA	Unidad	Valor	Unidad	Valor	Unidad	Valor	Unidad	Valor
ENERGIA ACTIVA FP	81.819		81.139	400		400		\$343.91
ENERGIA REACTIVA	0		0	0		0		\$272.85
CONTRIBUCIÓN APOORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO								\$80.996
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ \$16.759 DIARIOS								
SUBTOTAL:								\$485.975

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena

SUBTOTAL: \$5.30

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS

SUBTOTAL: \$25.400

1 TOTAL ENERGIA \$485.980

2 TOTAL OTROS \$25.400

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la fecha de SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de recuperación de hasta de \$111.764

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de Información Financiera y sobre por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: \$343.71

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

ASE No. 1

NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO: 10640036

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.: 347478767-1

PERIODO DE FACTURACIÓN: 27.02.2025 a 26.03.2025

HISTORICO DE FACTURACIÓN

DÍAS VIGENTES	VALOR
75.100	66977
56.325	63506
37.550	67399
18.775	63781
	67848
	75101

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	\$31.605
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	\$36.027
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	\$-22.124
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDEN	\$18.013
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	\$6.366
ASEO - INTERES POR MORA	\$23

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Paqu. Prod. Comercial

VOLUMEN: 0.0000

DENSIDAD: 0.20

% PARTICIPACIÓN: 0%

ESTRATO: 1

FREC. RECOLECCIÓN: 3

FREC. BARRIDO: 3

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
\$34.794,68	\$18.002,27	\$152.831,36

TONELAJES POR SUSCRITOR

SERVICIO	VALOR
BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.06
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA

3 TOTAL ASEO: \$69.910

APORTE NO RESIDENCIAL: 50%

APORTE RESIDENCIAL: 0%

SUBSIDIO: 70%

ENVÍANOS DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizarán reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE
1105229-4



(415)7707209914253(8020)01110522943474787671(3900)00000000561290

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

TOT.

\$

Documento Equivalente Electrónico No. 347478767-1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	56	MICROCHIP:	SI	900265002404255	FECHA:	08-02-23
ORIGEN: CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE							
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Roly					COLOR:	Cremal amarillo.
ESPECIE: CANINO	X FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO X	RAZA	Shit-zu	EDAD	1A
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO CONCENTRADO X MIXTO OTRO			
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO X PERRO DE CUADRA OTRO							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Maryi Carolina Pineda Floran				c1775 sur N7 23		3174823454	
CEDULA:				CORREO ELECTRONICO:			
1003777427				Karolinapineda328@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Villa Israel				1		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			
NS/NR: 8to							
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELD:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa						
N-A	Abril/23						
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		1903/24	
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa			
FELINOS:		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa			
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa							
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO X				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno							
CLASIFICACION ASA: D II, III, IV, V, VI, E				CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS							
F. CARDIACA:	112	/m	F. RESPIRATORIA:	29	/m	TEMPERATURA:	38.2°C
						TLC:	1.º
						MUCOSAS:	Posadas
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 U/kg IM				
	MELOXICAM	0.3 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 TARIETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P. 22925							
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARIETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P. 32236							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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 ☒ 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:

Carolina Pineda

Nro. de identificación:

1003 777 422

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

CEDULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIF 1.003.777.427

PINEDA FLORIAN

MARYI CAROLINA

Neurological	Estimate	Notes
COL	1.61	F

Fecha de nacimiento: 26 SEPT 2002 B+

YACOPI (CUNDINAMARCA)

Firma y lugar de expedición
26 NOV 2020, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración:
18 FEB 2033

Carolina Pineda



014806326



REGISTRADOR NACIONAL
Alejandro Vega Rocha



ICCOL014806326215001<<<<<<<<
0209261F3302185COL1003777427<1
PINEDA<FLORIAN<<MARYI<CAROLINA

SECRET
NOV 19 1954
U.S. DEPARTMENT OF THE ARMY
WASHINGTON, D.C.

100

2

100

100

100

100

100

100

100

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ACREDITADA
DE USME

BOGOTÁ

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros braquicefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes.

Las razas braquicefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro-caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug, gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta mas riesgo de tener complicaciones. Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversion de saculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro, hernias discales/compresión medular, hemivertebbras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración.
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente.
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia.
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor.
- Hipertensión.
- Convulsiones.

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte).
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente).
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros).
- Rx de cuello y tórax (para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia).
- Valoración cardíaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardíacas típicas de estos pacientes).
- Examen físico completo, minucioso y detallado.
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar).
- Durante todo el periodo anestésico: Monitoreo de Saturación de oxígeno, medición de dióxido de carbono (capnografía), presiones, frecuencia cardíaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son:

- Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
- Los pacientes ingresan sin valoración cardíaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardíaca y por esto fallecer
- Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud qué tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
- La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

Yo Carolina Pineda identificado con cédula de ciudadanía número 1003777427, de Bogotá, autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino X felino de Nombre 12014 Raza Shitzu Edad 1 Año

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su especial conformación anatómica. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de USME

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE

CEDULA: 1003 777427

FIRMA: Carolina Pineda

FECHA: 08/05/2025 JORNADA Antonia José Svrre

Unión Temporal Bienestar

Usme

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALTERNATIVA DE USME

BOGOTÁ

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

HC Número de Historia clínica	57	MICROCHIP: SI	SI	FECHA:	08-05-23
ORIGEN: CES		PROTECCIÓN: CALLE		ASENTAMIENTO: HABITANTE DE CALLE	
DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Lucas			COLOR:	Negro Fuego
ESPECIE: CANINO	X FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO X	RAZA	pincher
EDAD		78m		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 X CONCENTRADO MIXTO OTRO	
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO X REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS:		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Clara Luz Ahumado Montano		Cr 6 N 7713 Sur 78		310 5090307	
CEDULA:		CORREO ELECTRÓNICO:			
35.495658		310 5090307 e sin correo			
BARRIO O VEREDA		ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Villa Israel		1		USME	
ESCOLARIDAD:		TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			
cuarto					
3. ANAMNESIS					
Buena salud					
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR			
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa				
N.A	enero/23				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa					
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: ENERO/23					
TRIPLE FELIN: 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			
CLASIFICACIÓN ASA: 1 II. III. IV. V. VI. E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS					
F. CARDÍACA:	120 /m	F. RESPIRATORIA:	22 /m	TEMPERATURA:	38.2 °C
TLC:		2 se		MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					
6. MEDICACIÓN					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV		
		ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.F.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	0.25 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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.					
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA		
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925					
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA		
Dra. Vanesa Florian T.P 32236					

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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 iriten 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** ☒ 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: <i>Olivia Ruiz Ahumada</i>	Nro. de identificación: <i>36495658</i>
--	--

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 35.495.658

AHUMADA MONTANO

APellidos
CLARA LUZ

NOMBRES

Clara Luz Ahumada Montano

FIRMA

COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1959

PAIME
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

31-JUL-1978 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

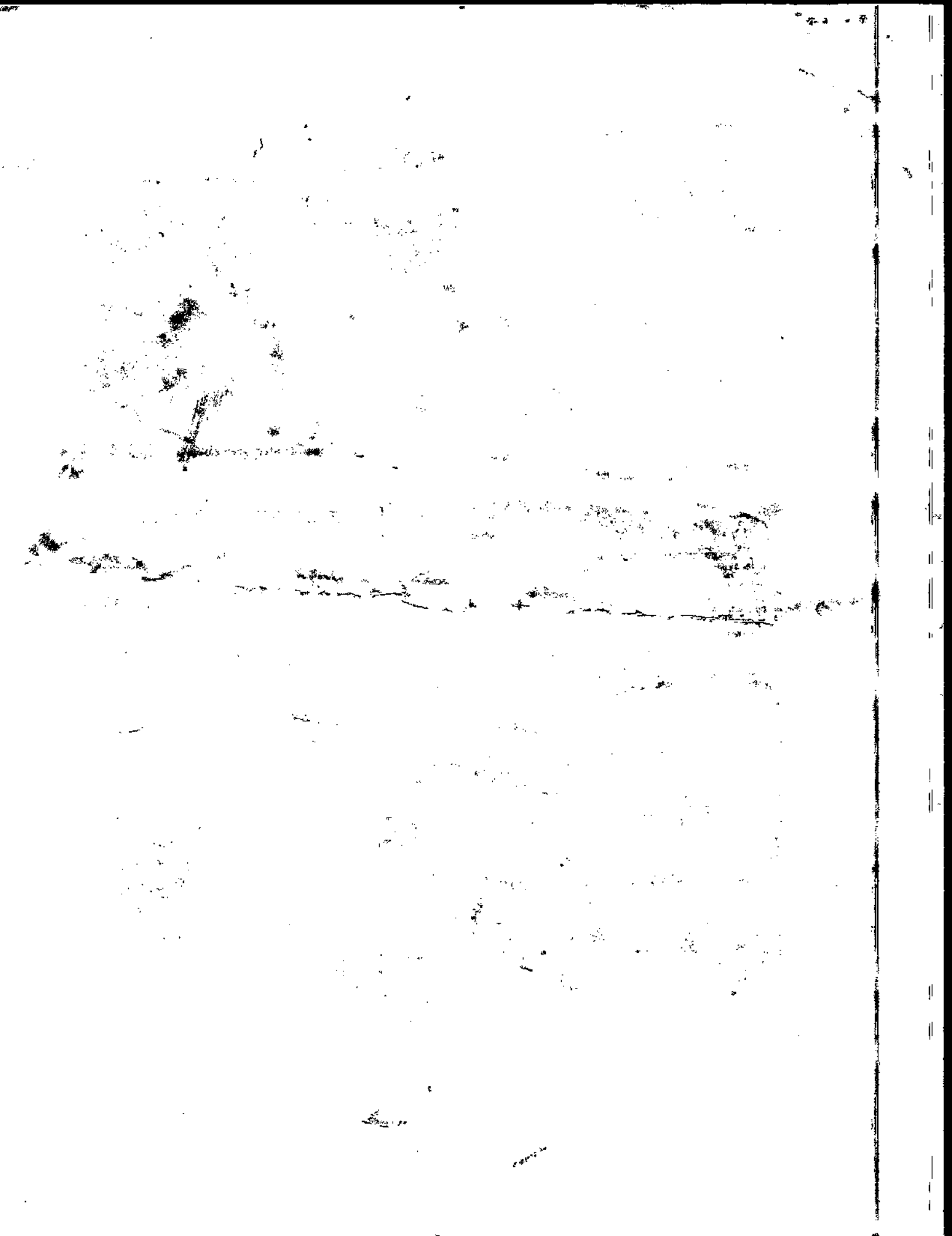
INDICE DERECHO



A-1500150-00013242-F-0035495658-20080815

0000469930A 1

1390003047



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME


 REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD
 DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	38	MICROCHIP:	SI	Número	900255002182465	FECHA:	08-05-2025
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE								
1. DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:	Tobby					COLOR:	Amarillo	
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Criollo	EDAD:	13 Meses	PESO: 4.4 kg
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION 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 ☒ REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO								
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:					DIRECCION		TELEFONO	
Veronica Johana Gonzalez yepes					112 sur # 98-46		3025391837	
CEDULA:					CORREO ELECTRONICO:			
1743384259					gonzalezjohana38@gmail.com			
BARRIO O VEREDA					ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Brazuelos					1		USME	
ESCOLARIDAD:					TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL			
bachiller								
3. ANAMNESIS								
Buena salud								
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION:						
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR						
N/R	Noviembre 2024	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 CLINICO								
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒					SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno								
CLASIFICACION ASA: 1 II. III. IV. V. VI.E.					CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS								
F. CARDIACA:	118	V/m	F. RESPIRATORIA:	24	r/m	TEMPERATURA:	38.6°C	TLC: 2 se
					MUCOSAS: Rosadas			
OBSERVACIONES:								
6. MEDICACION								
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSS/OBSERVACIONES					
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM					
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV					
		— ml.						
MANUTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	— ml.	0.5mg/kg IV					
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 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 teneador, 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 ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.								
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL					FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925								
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL					FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32238								

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.384.259
GONZALEZ YEPES

APELLIDOS
VERONICA JOHANA

NOMBRES
VERONICA GONZALEZ

FIRMA



129



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1995
PUERTO BERRIO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-2013 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0500150-00494875-F-1143384259-20131011 0035426741A 1 40945279

Vertical line of text or markings along the right edge of the page.

Horizontal line of text or markings across the middle of the page.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



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

HC	Número de Historia clínica	59	MICROCHIP:	SI	NO	900255002182453	FECHA:	03-05-2023	
ORIGEN:		CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE									
NOMBRE:		chispas				COLOR: negro / amarillo			
ESPECIE:	CANINO	X FELINO	SEXO:	HEMBRA	MACHO	RAZA:	criollo	EDAD:	ano
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO:		SI		NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI		NO
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 TENEOR/RESPONSABLE									
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION			TELEFONO		
Fabio Andres Gomez Perez				Km 7-99 Sur 70			3012432072		
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:					
1024.589.533				andres99@hotmail.com					
BARRIO O VEREDA:				ESTRATO:		LOCALIDAD:			
Desarrollo				2		USME			
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:		CASA			
Profesional				X APTD		RURAL			
3. ANAMNESIS									
Buena salud									
ULT. CELO:	dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN:	dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN:	NS/NR				
N/R.		16/11/2025		CANIBIOS 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. EXAMEN CLÍNICO									
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE:				SI					
NO				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:					
ninguno				ninguno					
HALLAZGOS ENCONTRADOS:				ninguno					
CLASIFICACION ASA:				CONDICION CORPORAL:					
I				3/5					
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS									
F. CARDÍACA:	115	l/m	F. RESPIRATORIA:	26	r/m	TEMPERATURA:	38.2°	TLC: 2	
MUCOSAS:		Rosadas							
OBSERVACIONES:									
6. MEDICACION									
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES						
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM						
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV						
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV						
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM						
	MELOXICAM	0.3 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 ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.									
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA					
Dr. Juan G. Herrera T.P 22926									
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA					
Dra. Vanesa Florian T.P 32236									

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariectomía/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** ☒ 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:

Fabio Andres Gomez Perez

Nro. de identificación:

11624589533

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

Firma:

9. OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

11624589533

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
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 1.024.589.533
 GÓMEZ PÉREZ
 APELLIDOS
 FABIO ANDRÉS
 NOMBRES
 FABIO ANDRÉS



FABIÓ ANDRÉS GÓMEZ PÉREZ

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1998
 SOCORRO
 (SANTANDER)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.89 O+ M
 ESTATURA O.S RH SEXO
 25-ABR-2016 BOGOTÁ D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

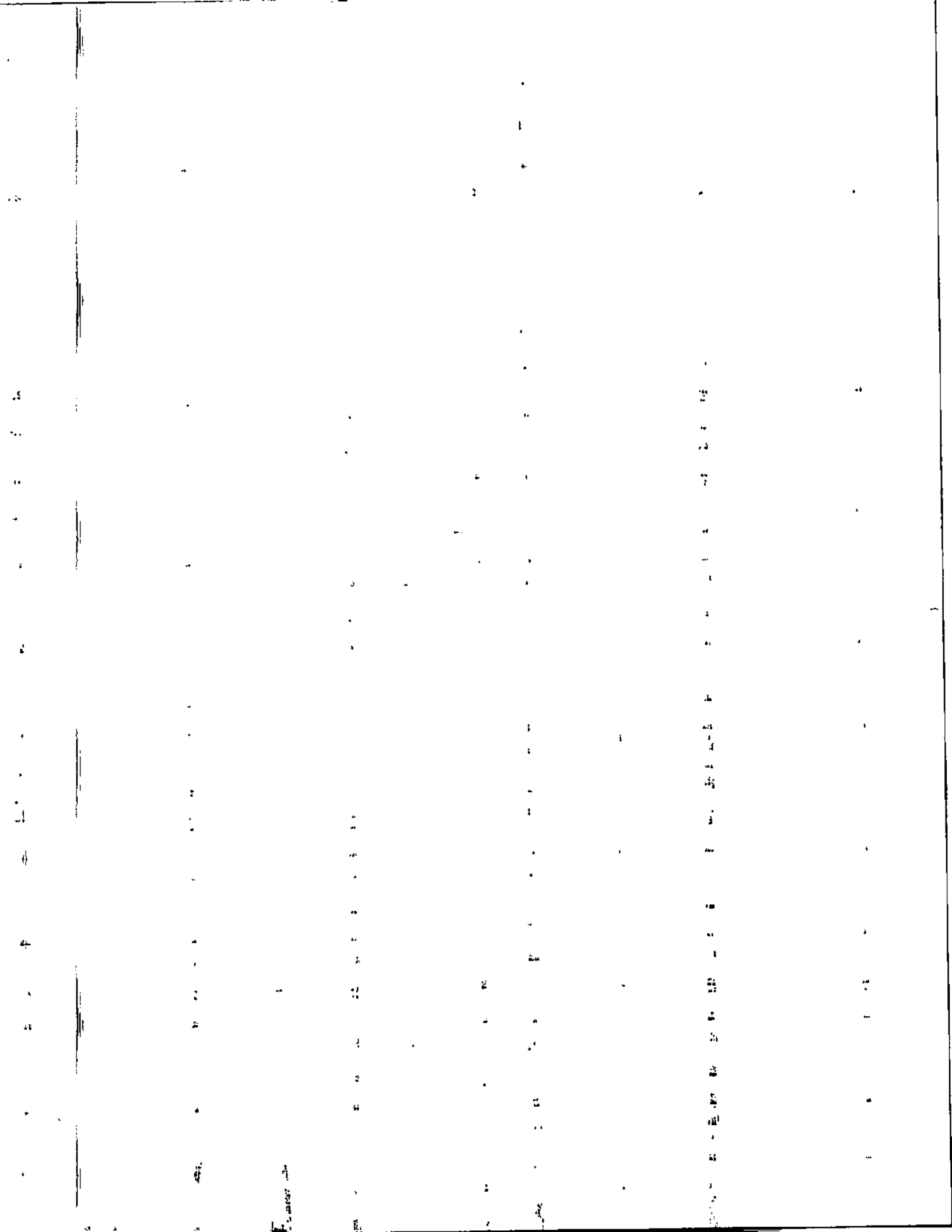
REGISTRO NACIONAL
 AUTOMATIZADO



DÍGITO DERECHO



A-2710900-0 (127308-M-1024589533-20200121 0069722093A-1 53848523



Denuncia en

El servicio de Denuncia en línea permite a los usuarios reportar cualquier tipo de problema relacionado con el servicio de agua y alcantarillado de Bogotá.

Para denunciar un problema, el usuario debe ingresar a la página web www.acueducto.com.co y seleccionar la opción "Denuncia en línea".

Una vez ingresado, el usuario debe completar el formulario de denuncia, indicando el tipo de problema, la dirección del predio afectado y el número de contacto.

Después de completar el formulario, el usuario puede enviar la denuncia o guardarla para volver a completarla más tarde.



Bota la
basura en
la caneca,
no en la
calle.

BOGOTÁ

NO ES BASURERO

Renueva

Consejos para cuidar el agua

Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.

El agua pura

¡AGUAS!

CON LA SEGURIDAD

¡Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

Reporta el robo de agua.

Comunícate a través de la Acualinea 116 o en www.acueducto.com.co



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899 999 094

Natasha Avendaño García
Representante Legal

¡Hola!

Factura a nombre de

TEODORO ACOSTA O

Dirección del predio

KR 7 99 SUR 70

Barrio: DESARROLLO Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 1

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:J44777

BIMESTRAL

11303415
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

16544209519
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 07:56:08 ABR/22/2025 16:06:21



¡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 periodo consumiste menos 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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



AFILIACION
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	60	MICROCHIP:	SI	900255002404351	FECHA:	08-05-23
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE							
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Drako					COLOR:	Blanco
ESPECIE: CANINO	XELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO X	RAZA	Samoyedo	EDAD	20 M
PESO:		279 KG	MANEJO ESPECIAL:		SI	NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI		NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI	NO X	
TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR		CASERO	CONCENTRADO	MIXTO	OTRO	Barf	
ORIGEN: NS/NR RESCATADO X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO							
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION			TELEFONO	
Ingrid Tatiana Hernandez Bonilla			cl 110A sur N 9A 04			3045815088	
CEDULA:			CORREO ELECTRONICO:				
1073610749			ithernandez2670@gmail.com				
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:			LOCALIDAD:	
Brazuelos			1			USME	
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO			RURAL	
Tecnico							
3. ANAMNESIS							
Buena salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR: N/R					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa						
N/A	15-03-25						
CAMINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa	
						PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa	
FELINOS:		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa			
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa							
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
NO X							
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno							
CLASIFICACION ASA: 0				CONDICION CORPORAL: 3/5			
II. III. IV. V. VI. E.							
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS							
F. CARDIACA:	112	l/m	F. RESPIRATORIA:	22	r/m	TEMPERATURA:	38.5 °C
						TLIC:	2
OBSERVACIONES:		MUCOSAS: Rosado					
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.2 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	2.2 ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	1.1 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 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				FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925							
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236							

22

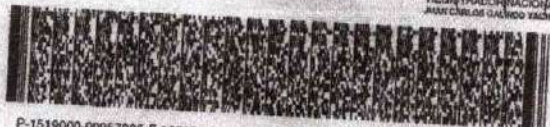
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

IDENTIFICACION 1.073.610.149
HERNANDEZ BONILLA
APELLIDOS
INGRID TATIANA
NOMBRES
Tatiana H.
FIRMA

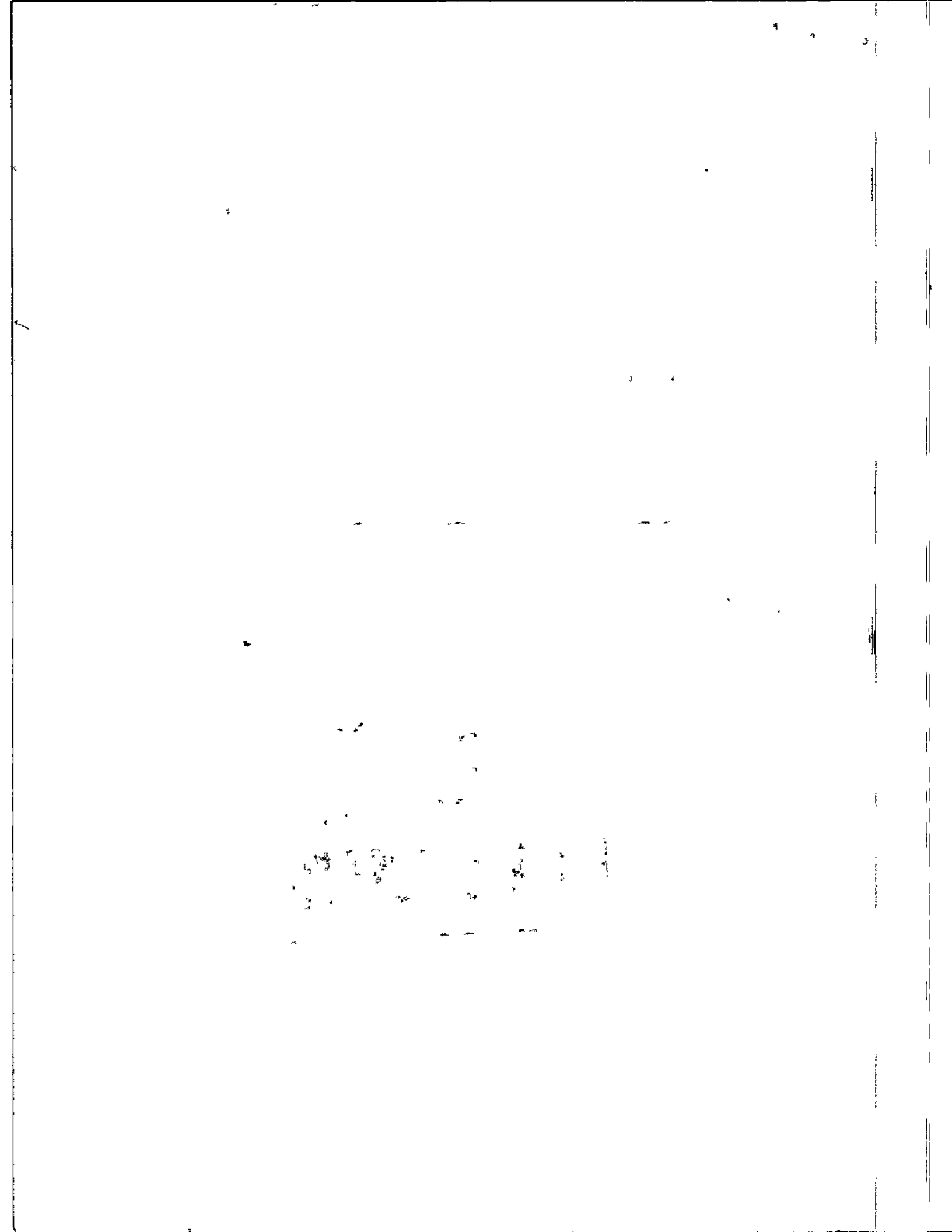


FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1999
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-OCT-2017 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JAVIER CARLOS GUERRA YALMA

INDICE DERECHO



P-1519000-00957935-F-1073610149-20171122 0058573587A 1 49008203



But

524

2000

[illegible]

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



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

HC	Número de Historia Clínica	61	MICROCHIP:	SI	Expiry - Date: 2030/02/07	FECHA: 08-05-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	Número de identificación	900256002404683
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Zuhair			COLOR:	Blanco-Gris	
ESPECIE: CANINO FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO X	RAZA Husky	EDAD 5A	PESO: 22. KG	MANEJO ESPECIAL: SI NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION 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 X COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRÓ DE CUADRA OTRO						
DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Lucy Culma Tique			DIRECCION: cr 2 #110 sur 99		TELEFONO: 3219802629	
CEDULA: 1'022.941.899			CORREO ELECTRONICO: albaulma352@gmail.com			
BARRIO O VEREDA: La Esperanza			ESTRATO: 1		LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria			TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO X RURAL			
ANAMNESIS						
Buon estado de Salud						
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR				
N-A	Dec-20-25.	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa				
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
EXAMEN CLINICO						
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			
CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS						
F. CARDIACA: 119 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 l/m	TEMPERATURA: 38.5 °C	TLC: 2	MUCOSAS: Rosadas		
OBSERVACIONES:						
MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	2.2 ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	1.1 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 específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925			FIRMA		
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32238			FIRMA		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

En pleno y normal uso de mis facultades mentales; manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariectomía/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 ☒ o RECHAZO ☐ la declaración 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 entendido; 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:

Monica

Nro. de identificación:

1027941899

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

Nombre del Responsable/Tenedor:

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
 1.022.941.899

NUMERO

CULMA TIQUE

APELLIDOS

ALBA LUCY

NOMBRES

Alba Lucy Culma Tique

PRIMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1988

ORTEGA
 (TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

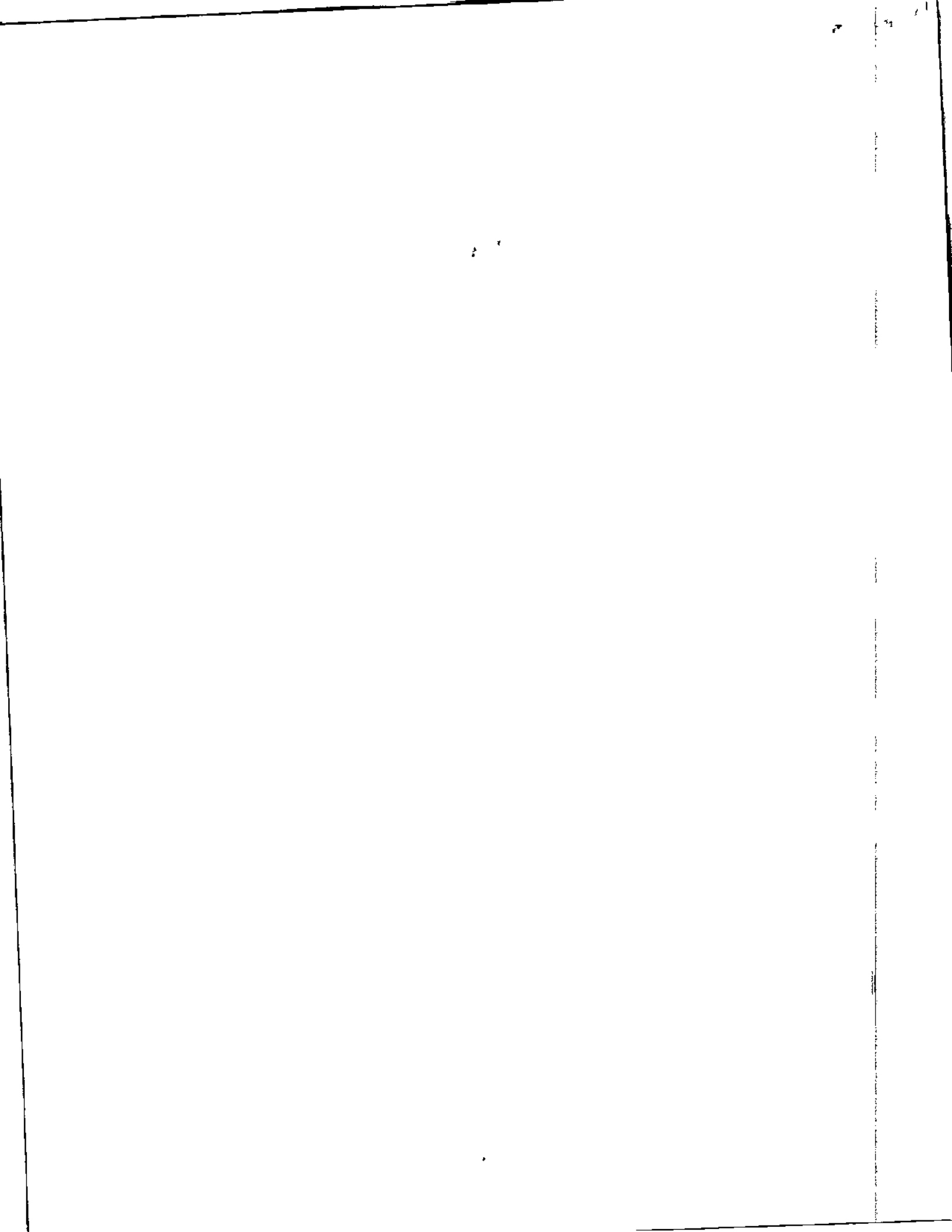
REGISTRADORA NACIONAL
 ALBAEATRIZ RENDIDO LOPEZ

INDICE DERECHO




P-1500105-47150820-F-1022941899-20080726 0029408207A 02 190822822

124



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALIANZA SOCIAL
DE USME

BOGOTÁ

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

HC Número de historia clínica	62	MICROCHIP:	Expiry - Date: 2030/02/07 900255002404723	FECHA:	08-05-25
ORIGEN:	CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE
DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	COKY			COLOR:	NEGRO
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Pincher
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:	SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	SI ☐ NO ☒	EDAD:	3 AÑOS
ORIGEN:	NS/NR	RESCATADO	COMPRADO	ADOPTADO	REGALADO ☒ PERRO DE CUADRA
OTRO:					
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE					
NOMBRE Y APELLIDOS:	Miguel Antonio Rozo			DIRECCION:	KI 3 115 SUR 22
CEDULA:	19 141 096			TELEFONO:	3102343744
BARRIO O VEREDA:	VILLA ISLA			CORREO ELECTRONICO:	3102343744@dinco1120.COM
ESCOLARIDAD:	Primaria			ESTRATO:	1
NS/NR:	Pumana			LOCALIDAD:	USME
TIPO DE VIVIENDA:	CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐				
3. ANAMNESIS					
Buen Estado de Salud					
ULT. CELO:	dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION:	dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION:	NS/NR: ☒
N/A		01/24		CANINOS PARVO:	dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE:		dd/mm/aaaa	TRIPLE:	dd/mm/aaaa	PENTAVALENTE:
FELINOS:		dd/mm/aaaa	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA:	dd/mm/aaaa	RABIA:
TRIPLE FELINA:		dd/mm/aaaa	LEUCEMIA:	dd/mm/aaaa	RABIA:
4. EXAMEN CLINICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE:			SI ☐ NO ☒	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:	
HALLAZGOS ENCONTRADOS:			Ninguno		
CLASIFICACION ASA:			I II III IV V VI E		
CONDICION CORPORAL:			3/5		
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS					
F. CARDIACA:	116	/m	F. RESPIRATORIA:	21	/m
TEMPERATURA:	38.2	°C	TLC:	1	so
MUCOSAS:			Pasada		
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILAZINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	0.4 ml.	5-7mg/kg IV		
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	— ml.	0.5mg/kg IV		
	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM		
POST OPERATORIO	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/orquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐					
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925			FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Vanessa Florian T.P 32236			FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ 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:

Manuel A. R. O. Z.

Nro de identificación:

19111096

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:

149


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1951**
FALAN
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-FEB-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALMARAZ RENGIFO LOPEZ



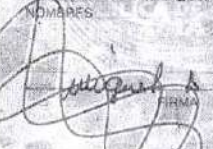
A-1500113-45144834-M-0019141096-20060315 0460408074A 02- 202519030

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.141.096**

ROZO
APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO
NOMBRES


FIRMA

ROZO



1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

2. The second part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

3. The third part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

4. The fourth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

5. The fifth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

6. The sixth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

7. The seventh part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

8. The eighth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



UNION TEMPORAL
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia Clínica	63	MICROCHIP:	SI	FECHA:	08-05-23	
ORIGEN:	CES	PROTECCION:	CALLE	ASENTAMIENTO:	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Max				COLOR:	Carlino	
ESPECIE:	CANINO ☒ FELINO	SEXO:	HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Pug	EDAD:	8A
PESO:		79 KG		MANEJO ESPECIAL:			
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO:		SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO:		SI ☐ NO ☒	
TIPO DE ALIMENTACION:		NS/NR		CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒			
OTRO:							
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO		
Jaitelis Andriana Villegas Nolasco			C1704 sur N 74-80		3204434231		
CEDULA:			CORREO ELECTRONICO:				
POT 4207196			villegas.jaitelis@gmail.com				
BARRIO O VEREDA:			ESTRATO:		LOCALIDAD:		
CENTRO USMC			1		USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:				
TECNICO			CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐				
NS/NR:							
3. ANAMNESIS							
Buena salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR:					
NA	Feb/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa 20-08-23					
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 17-Dic/24					
		FELINOS:					
		TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE:			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:				
SI ☐ NO ☒			ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno							
CLASIFICACION ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E. CONDICION CORPORAL: 3/5							
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS							
F. CARDIACA:	116 l/m	F. RESPIRATORIA:	20 i/m	TEMPERATURA:	38.6 °C	TLC: 2	
				MUCOSAS: Rosadas			
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES					
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	0.8 ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.S.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.4 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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARIETA PROFESIONAL	Dr. Juan G. Herrera T.P 22925			FIRMA			
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARIETA PROFESIONAL	Dra. Vanesa Florian T.P 32236			FIRMA			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 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** ☒ 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:

4201196 PPT

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:

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:

E1246417

QR CODE

NOTICE DEFENSE

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

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

Señal Oficial
Carlos Fernando García Monreal
Director General de Migración Colombiana

IPCOL4201196<<5<<<<<<<<<<<<<<<
9605280F3105308VENE1246417<<<1
VILLEGAS<MUJICA<<JAIKELIS<ANDR

REPUBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN

COL

No. 4201196

VILLEGAS MUJICA
APELLIDOS
JAIRKELIS ANDREINA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD
25638277
DNI NIS

28-05-1996
FECHA DE NACIMIENTO

17-05-2021
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

BOGOTÁ D.C.

SEXO
F

FIRMA

VISIBLE

19

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDÍA LOCAL
DE USME



FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros braquicefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes.

Las razas braquicefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro-caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicefalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug, gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica, es donde se presenta mas riesgo de tener complicaciones. Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversion de sacúlos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro, hernias discales/compresión medular, hemivertebbras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto:

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso, muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos (para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax(para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardíaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardíacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodo anestésico: Monitoreo de Saturación de oxígeno, medición de dióxido de carbono(capnografía) , presiones, frecuencia cardíaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica, y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son :

- Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
- Los pacientes ingresan sin valoración cardíaca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardíaca y por esto fallecer
- Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud qué tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
- La anestesia no es inhalada, lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

Yo Johelis, identificado con cédula de ciudadanía número 4201196, de Max autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino felino de Nombre max Raza pu g Edad 3

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicéfalos, dada su especial conformación anatómica. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica, al personal encargado, y a la Alcaldía Local de USME

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE Johelis Villegas

CEDULA: 4201196

FIRMA: [Firma]

FECHA: 28/05/25

JORNADA Antón Dese Sucre
Unión Temporal Bienestar

Usme

UNION TEMPORAL BIENESTAR USMB


 ALIENACIÓN
DE USMB

BOGOTÁ

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

HC	Número de historia clínica	64	MICROCHIP:	Expiry - Date: 2028/11/11 900255002182323	FECHA:	08-05-2025
ORIGEN: CES: PROTECCION: CALLE: ASENTAMIENTO: HABITANTE DE CALLE:						
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Cory			COLOR:	Blanco Negro	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA:	Pitbull	EDAD:	4 años	
PESO: 28.9 kg		MANEJO ESPECIAL: ☒ SI ☐ NO				
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 ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO: ☐						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Maria de la Cruz Sanchez de Saez			C1 106 A Sur 7 B3		3212527427	
CEDULA:			CORREO ELECTRONICO:			
41690279			3212527427@sincorreo.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
USMINIA			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
Bachiller						
3. ANAMNESIS						
Buen estado de salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARATACION:	ULT. VACUNACION:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR:				
N/A	Dic/2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa				
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA 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 CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:			Ninguno			
CLASIFICACION ASA: (C) II, III, IV, V, VI, E.			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS						
F. CARDIACA:	112	l/m	F. RESPIRATORIA:	21	l/m	TEMPERATURA: 38.7°C
					TLC: 1	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:						
6. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2.9 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	2.9 ml.	5-7mg/kg IV			
		— ml.				
MANTENIMIENTO ANESTESICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.9 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	1.4 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/arquilectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P. 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P. 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTERILIZACION

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** ☒ 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:

Mario E. Sánchez

Nro de identificación:

416910279

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:

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

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

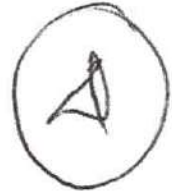
Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

03104125

10:50



70

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.690.279
SANCHEZ De SUAREZ

APellidos
MARIA DE LA CRUZ

MONEDAS

Maria Sanchez
FIRMA



IMPRESO DE DEDO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1955

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

04-ENE-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00228819-F-0041690279-20100326

0021789329A 1

1980678261

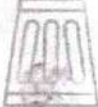
4

70

Denuncia en línea 116

El nuevo servicio de denuncia online permite a los ciudadanos reportar cualquier tipo de problema relacionado con el servicio de agua y alcantarillado de Bogotá.

Bota la basura en la caneca, no en la calle.



NO ES BASURERO EL SUMIDERO

Bogotá

Renueva tu agua

Recuerda que el agua no es infinita. Usa la lavadora con la carga completa y reduce tu consumo.



¡AGUASI! CON LA SEGURIDAD

Reporta el robo de agua. Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

Comunícate a través de la Acualínea 116 o en www.acueducto.com.co



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
MIT: 899.899.094 - 1

ILAG
Natalia Arendano García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44778A BIMESTRAL

11126158
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12455594916
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARLEN CUESTA DE PIÑEROS

Dirección del predio
CL 106A SUR 7 83

Barrio: **USMINIA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**

Estrato: **1**

Unidades Habitacionales: **2**

Unidades No Habitacionales: **0**

Periodo facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025
Pago oportuno	MAY/07/2025	Suspensión MAY/12/2025
Fecha esperada próxima factura	JUN/28/2025	Fecha y hora de expedición factura ABR/22/2025 07:55:59
		Fecha y hora de generación factura ABR/22/2025 16:07:03

¡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 periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

1854

1855

1856

1857

1858

1859

1860

1861

1862

1863

1864

1865

1866

1867

1868

1869

1870

1871

1872

1873

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



DE USME

BOGOTÁ

 FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN - CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
 PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	65	MICROCHIP:	SI	900255002404370	FECHA:	08-05-2015
ORIGEN: CES		PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Rick				COLOR:	Bronce.	
ESPECIE: CANINO	X FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO X	RAZA	Pit bull	EDAD	SA
PESO: 24.7 KG		MANEJO ESPECIAL:		SI X NO			
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 COMPRADO ADOPTADO REGALADO X FERRO DE CUADRA OTRO:							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Jonathan Benito Rodriguez				Km 7 B este BSA sur 3 J		3074737043	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
1022958774				Ybrodri guerz 774@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Alfonso Lopez				1		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL			
Tecnólogo							
3. ANAMNESIS							
Buena salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR					
U-A	marzo/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa NOU/24					
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa		RABIA: dd/mm/aaaa Feb/24			
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							
CLASIFICACIÓN ASA: ① II. III. IV. V. VI. E.				CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDÍACA:	112	/m	F. RESPIRATORIA:	29	/m	TEMPERATURA:	38.3°c
TLC: 2		seg	MUCOSAS:		Rosadas		
OBSERVACIONES:							
6. MEDICACIÓN							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2 mg/kg IM				
	KETAMINA	2.5 ml.	5-7 mg/kg IV				
		— ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0.5 mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	1.2 ml.	0.2 mg/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/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22926							
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dra. Vanesa Florian T.P 32236							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO O 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 ☒ 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 de Responsable/Tenedor:

Monika Beutler

Nro. de identificación:

1022958779

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:

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.958.774**

BENITO RODRIGUEZ

APELLIDOS
YONATHAN

NOMBRES

YONATHAN BENITO

FIGURA



FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1990**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O+** **M**

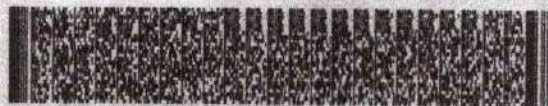
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-ABR-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JOSE CARLOS GARCIA VACA

INDICE DERECHO

P-1500150-00677273-M-1022958774-20180209 0059480277A 1 9903265082

100

• 1997 • 1998 • 1999 • 2000 • 2001 • 2002 • 2003 • 2004 • 2005 • 2006 • 2007 • 2008 • 2009 • 2010 • 2011 • 2012 • 2013 • 2014 • 2015 • 2016 • 2017 • 2018 • 2019 • 2020 • 2021 • 2022 • 2023 • 2024 • 2025 • 2026 • 2027 • 2028 • 2029 • 2030 • 2031 • 2032 • 2033 • 2034 • 2035 • 2036 • 2037 • 2038 • 2039 • 2040 • 2041 • 2042 • 2043 • 2044 • 2045 • 2046 • 2047 • 2048 • 2049 • 2050 • 2051 • 2052 • 2053 • 2054 • 2055 • 2056 • 2057 • 2058 • 2059 • 2060 • 2061 • 2062 • 2063 • 2064 • 2065 • 2066 • 2067 • 2068 • 2069 • 2070 • 2071 • 2072 • 2073 • 2074 • 2075 • 2076 • 2077 • 2078 • 2079 • 2080 • 2081 • 2082 • 2083 • 2084 • 2085 • 2086 • 2087 • 2088 • 2089 • 2090 • 2091 • 2092 • 2093 • 2094 • 2095 • 2096 • 2097 • 2098 • 2099 • 2100 • 2101 • 2102 • 2103 • 2104 • 2105 • 2106 • 2107 • 2108 • 2109 • 2110 • 2111 • 2112 • 2113 • 2114 • 2115 • 2116 • 2117 • 2118 • 2119 • 2120 • 2121 • 2122 • 2123 • 2124 • 2125 • 2126 • 2127 • 2128 • 2129 • 2130 • 2131 • 2132 • 2133 • 2134 • 2135 • 2136 • 2137 • 2138 • 2139 • 2140 • 2141 • 2142 • 2143 • 2144 • 2145 • 2146 • 2147 • 2148 • 2149 • 2150 • 2151 • 2152 • 2153 • 2154 • 2155 • 2156 • 2157 • 2158 • 2159 • 2160 • 2161 • 2162 • 2163 • 2164 • 2165 • 2166 • 2167 • 2168 • 2169 • 2170 • 2171 • 2172 • 2173 • 2174 • 2175 • 2176 • 2177 • 2178 • 2179 • 2180 • 2181 • 2182 • 2183 • 2184 • 2185 • 2186 • 2187 • 2188 • 2189 • 2190 • 2191 • 2192 • 2193 • 2194 • 2195 • 2196 • 2197 • 2198 • 2199 • 2200 • 2201 • 2202 • 2203 • 2204 • 2205 • 2206 • 2207 • 2208 • 2209 • 2210 • 2211 • 2212 • 2213 • 2214 • 2215 • 2216 • 2217 • 2218 • 2219 • 2220 • 2221 • 2222 • 2223 • 2224 • 2225 • 2226 • 2227 • 2228 • 2229 • 2230 • 2231 • 2232 • 2233 • 2234 • 2235 • 2236 • 2237 • 2238 • 2239 • 2240 • 2241 • 2242 • 2243 • 2244 • 2245 • 2246 • 2247 • 2248 • 2249 • 2250 • 2251 • 2252 • 2253 • 2254 • 2255 • 2256 • 2257 • 2258 • 2259 • 2260 • 2261 • 2262 • 2263 • 2264 • 2265 • 2266 • 2267 • 2268 • 2269 • 2270 • 2271 • 2272 • 2273 • 2274 • 2275 • 2276 • 2277 • 2278 • 2279 • 2280 • 2281 • 2282 • 2283 • 2284 • 2285 • 2286 • 2287 • 2288 • 2289 • 2290 • 2291 • 2292 • 2293 • 2294 • 2295 • 2296 • 2297 • 2298 • 2299 • 2300 • 2301 • 2302 • 2303 • 2304 • 2305 • 2306 • 2307 • 2308 • 2309 • 2310 • 2311 • 2312 • 2313 • 2314 • 2315 • 2316 • 2317 • 2318 • 2319 • 2320 • 2321 • 2322 • 2323 • 2324 • 2325 • 2326 • 2327 • 2328 • 2329 • 2330 • 2331 • 2332 • 2333 • 2334 • 2335 • 2336 • 2337 • 2338 • 2339 • 2340 • 2341 • 2342 • 2343 • 2344 • 2345 • 2346 • 2347 • 2348 • 2349 • 2350 • 2351 • 2352 • 2353 • 2354 • 2355 • 2356 • 2357 • 2358 • 2359 • 2360 • 2361 • 2362 • 2363 • 2364 • 2365 • 2366 • 2367 • 2368 • <

34

3

42 56 78

Journal of Interpersonal Violence 26(10)

6. 2015 年 12 月 31 日，甲公司“应付账款”科目所属各明细科目期末贷方余额如下表所示：

¡HOLA!

CARMEN ROSA RODRIGUEZ
KR 7B ESTE 85A SUR 35 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Mds formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-12856

Lote: P08GN Ruta: 0011640282460005000 Código del Sector: 111

Cuenta o referencia de pago 61988263

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Ahora tu cupo de crédito va desde los \$4.000.000 hasta \$9.000.000

Y un extracupo de hasta \$12.000.000

***exclusivo para financiar moto**

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

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus participaciones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
<https://migrupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarte de acuerdo a la ley 2300 de 2023

¡PAGA DESPUÉS!

Agenda ahora

Si tu Revolución Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com

Activación válida del 17 de mayo al 17 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicación a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman el Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu servicio de gas natural residencial antes de la ONAC. Consulta en www.onac.gov.co

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban

Bancolombia

Nequi

dale

Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA

Corresponsales Scotiabank Colpatria

Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda

Red CAJAF

Banco GNB Sudameris

Corresponsales Superficies Metro, Jumbo, Éxito

Línea telefónica solo para emergencias

Atención todos los días las 24 horas

Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial

Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

El servicio de gas natural residencial es un servicio esencial que garantiza el bienestar de la comunidad. Por ello, el Grupo Vanti se compromete a garantizar la continuidad del servicio de gas natural residencial en todo momento.

El servicio de gas natural residencial es un servicio esencial que garantiza el bienestar de la comunidad. Por ello, el Grupo Vanti se compromete a garantizar la continuidad del servicio de gas natural residencial en todo momento.

📅 Fechas importantes



Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	4M3	3,262.01	0.00	13,128.04
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-7,064.20	0.00	-7,064.20
AJUSTE DECENA	1UN	2.81	0.00	2.81
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	73.35	0.00	73.35

Tus financiaciones

Tasa de Interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
			2 — Total	\$0.00

3- Valor facturas vencidas

\$0.00

Total a pagar 1 + 2 + 3

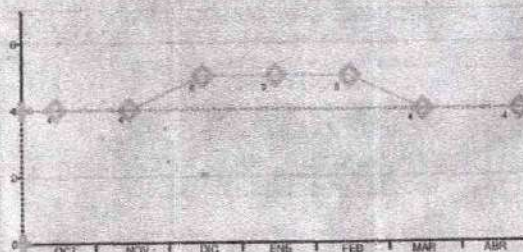
\$6.140.0

Paga por



Escanea el código QR

 Tus últimos consumos



■ Datos de medición

Uso Residencial	Estrete/Cot. Uno	Dias de consumo 30
Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	3000	REAL
09 Abr. 2025	3005	REAL

$$m^3 \text{ corregido} = 3005 - 3000 \cdot \text{Factor de corrección} = 4$$

 Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa \$ 2942.85

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$71.000



(415)7709998026025(8020)61988263(3900)0000000006140

Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión
Periódica Obligatoria**

31 Dic. 2029

La responsabilidad institucional interna es tu responsabilidad y debe reconocerse en los planes institucionales de la organización y en el Plan de la Ley 1910 de 2017 y 41385 de 2017.

Agenda ya
tu RPO aquí



Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de **\$2943**

Ene. \$2480 Feb. \$3371 Mar. \$2826

Tratado regulado por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gen: 1692.63	Tin: 573.01	Dem: 621.53	Cen: 0.0
de: 55.71	Over: 0.0	Calen: 0.0	Canon: 0.0
Com: 0.0	Fpct: 42.475	DAUR: 0.0	DALAB: 0.0

Mp1: Tu consumo en m³ de gas equivale: 47
 kWh y el precio unitario del kWh es: \$129.018

Factor de corrección

Vin: 5 Kp: 0.76727 Kt: 1.00487 Pt: 0.77101
 Vin: 4 Tm: 14.18 Tc: 15.56 Pc: 1.00008
 Pa: 0.762 Pm: 0.023 Fpwr: 1.0
 Factor de correccion: 0.77101

Indicadores de calidad

IRST. 100.0 DES. 0.0 NO. 100.0 IPR. 100.0



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



UNION TEMPORAL
DE USME

BOGOTÁ

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

HC	Número de Historia clínica	66	MICROCHI	900255002182377	FECHA:	8-05-2025
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE						
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:		BOCATY		COLOR:		NEGRO/BLANCO
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☐ MACHO ☒	RAZA: MESTIZO	EDAD: 6 MESES	PESO: 15.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒
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 ☒ REGALADO ☐ FERRO DE CUADRA ☐ OTRO						
DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELÉFONO	
JOHAN ALEXANDER GONZALEZ SALGADO			Vr 3# 100 Fv. - 22		322.4942731	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1.022.946.818			322.4942731@sin.com.co			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
LA ESPERANZA			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL			
6º Bachiller						
3. ANAMNESIS						
BUENA SALUD.						
ULT. CELO:		ULT. DESPARASITACIÓN:		ULT. VACUNACIÓN:		
dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		NS/NR		
N/R		Abril/2025				
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						
FEBRERO 2025						
EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO						
CLASIFICACIÓN ASA: (1) II, III, IV, V, VI, E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDÍACA:		F/m	F. RESPIRATORIA:	r/m	TEMPERATURA:	38.6°C
115			21		TLC:	2
					SE	8
					MUCOSAS:	ROSADAS
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.6 ml	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	2.6 ml	5-7mg/kg IV			
		— ml				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.6 ml	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.8 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 ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Juan G. Herrera T.P 22925						
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Vanesa Florán T.P 32236						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. 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 ☒ 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: <i>John Alexander Gonzalez Sigudo</i>	Nro. de identificación: 1022946818 BTA
---	---

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:
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nombre del Responsable/Tenedor:</div> <div>Firma:</div> </div>		

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:

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.946.818

GONZALEZ SALGADO

APELLIDOS
JOHN ALEXANDER

ESCRIBES

13

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

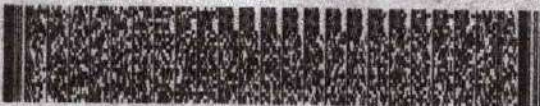
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

04-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO VACHA

INDICE DERECHO



A-1500150-00973663-M-1022946818-20180129 0059327960A 1 9903064029

