PEREIRA Hospital Público VETERINARIO

23 JULIO 2025

CIRUGÍA

Indicador	NO	SI	Suma total
CIRUGÍA	0	6	6

Historia Clínica	Lugar	Categoría
18751	CIRUGÍA	SI
19871	CIRUGÍA	SI
4863	CIRUGÍA	SI
17991	CIRUGÍA	SI
19841	CIRUGÍA	SI
19993	CIRUGÍA	SI

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N°
18751

Hospital Público VETERINARIO PEREIRA | Pereira la Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Luz Guipiro Benucdez identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1206739931 de Balboa y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Hospital público veterinario y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico al paciente fantasma, de especie Canino, raza, Pinscher, sexo M__ H_X_ de 2 años de edad, con 1.5 Kg de peso y número de historia clínica 18751.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Plomera.; La **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es____ y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por el Hospital público veterinario para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuyá probabilidad de ocurrencia es baja las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte del Hospital público veterinario con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Scanned with CamScanner

En contraparte yo Luis Carlos Jaramillo 2 con tarjeta profesional número 28651 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de julio del 2025

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

Melissa Loaiza Arias
Médica Veterinaria y Zootecnista
TP 36700

Médico Veterinario:
TP:

Propietario/acudiente: Luz Amparo BP
CC: 42065668

Recepción	Preparación	Cirugía	Postoperatorio
Vale	Vale		Hospital Hospitalización Vale

Scanned with CamScanner

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

...ILIDAD ...RÚRGICA

...o con numero de cedula N° 42065668 Declaro ... sea entregado _ fanstamina la responsabilidad de los ...cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona ...con lamido.

...io de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las ...ue por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara ...das que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

...e firma en la ciudad de Pereira el 21 de Julio del 2025
...ma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

Luz Amparo BR
...tario/acudiente:
42065668
...eléfono: 3206739931

Formato 14 - **V2 / 2025**

Historia Clínica N°
18751

Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | Pereira La Tere

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz Amparo Bermudez identificado con cédula de ciudadanía número 42065668 de Bolivia en calidad de tutor de fanstamina, de especie Canino, raza Pinscher e historia clínica número 18751, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Lupita puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugía.

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 21 de Julio del 2025.
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Luz Amparo BR
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 15 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N°: 19871

Sedes: Maraya; 2500 Lotes; Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 23/07/2025

Yo: Gustavo Corrales Identificado con CC: 1088278894.

con dirección: Vereda la oriental finca el bosque; Teléfono: 3216344683.

Tutor de: Simon Especie: Canino Raza:

Sexo: Macho. Edad: 9 A.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: Otohematoma.

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

En constancia que Simon. ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Gustavo
CC: 1088278894
Teléfono: 3216344683

Firma del MVZ:
TP: 28651

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Vale	Vale		Hospital / Recuperación Vale

Formato 5 - V2 / 2025

Scanned with CamScanner

Historia Clínica Nº 4863

Pereira

Sede
- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 23 Julio 2025
Yo: Claudia Viviana Ramirez Identificado con CC: 42163245
con dirección: calle 4 # 10-38 ; Teléfono: 3133427232
Tutor de: Romeo Especie: _____ Raza: _____
Sexo: Masculino Edad: 2 años

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: lavado vaginal.

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

En constancia que Romeo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 2865 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

e del tutor: Claudia Viviana Ramirez Firma del MVZ:
42163245 TP: 2865 I
ono: 3133427232

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio Hospital Recuperación
Vale A	Vale A		Vale A

Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

Clínica N° 4863

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira la Tierra

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Claudia Viviana Ramirez, identificado/a con Cédula número 42163245, actuando en calidad de tutor del canino ☐ felino ☒ llamado Romeo., declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
calle 4 # 10-38

Barrio: Berlin

Comuna:

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Claudia

Firma
Nombre completo: Claudia Viviana Ramirez.
Tipo de documento de identificación: Cédula
Número de documento: 42163245

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 42.163.245

APELLIDOS RAMIREZ HENAO

NOMBRES CLAUDIA VIVIANA

FIRMA Claudia Viviana Ramirez





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1985
DOSQUEBRADAS
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-AGO-2003 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-2400100-54118581-F-0042163245-20031002 05260 03275A 02 148026382

Scanned with CamScanner

SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

DATOS TÉCNICOS

1 Pereira | Residencial | 4
-15.00 | 3
.5 | 12 | 0012 | 1

MATRÍCULA 2110068

09/JUL/2025
0
17/JUL/2025
DEL2204157

ASEO:	35,454
ALUMBRADO:	10,850
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	46,304
ENERGÍA:	127,897
TOTAL	$174,201

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	138	117,581	31
FEB	132	116,424	28
MAR	142	122,259	31
ABR	150	140,661	31
MAY	165	148,365	30
JUN	161	141,648	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	19932397	HIK	5433	5270	163	1	163	150	
Reactiva									

Periodo facturado: 05/JUN/2025 - 06/JUL/2025 | Días facturados: 31 | Observación:
Valor kWh: 891.2723 | Tarifa a mes de: JUN-2025 | Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	891.2723	115,865	-17,380	98,485
>130	33	891.2723	29,412		29,412

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

295.5170	54.6881	54.9238	74.7415	310.9990	100.4029	891.2723

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

Int. Mora .50 | Vr. suspensión | Vr. reconexión 58,694 | Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	22	FIUGj,n,q	15
~~DIUu,te~~	~~9~~	~~FIUu,te~~	~~4~~
DIUu,n,q,m	2	FIUu,n,q,m	1
VC .00			

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 171,168 Fecha P 11/JUN/2025
Pagos
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 127,897

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	145,277	145,277
561	Subsidio	0	-17,380	-17,380

ALUMBRADO PÚBLICO 10,850

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		10,850	10,850

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

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 35,454

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	32310	2	32310	3	35120	4	35500	5	35500	6	35790

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	27,696	27,696
858	C V Aprovechamiento	0	168	168
921	Cargo Especial	0	-4	-4
939	Cargo Variable	0	12,752	12,752
999	Subsidio Aseo	0	-5,158	-5,158

Componentes Tarifarios

TBL:	18625.79
TRT:	8341.15
TDF:	3215.226
TC:	4019.29
TA:	168.066
TTL:	695.733
TLU:	5051.18
% SUB/CON:	-12.70%

Valor Financiado 0 | Unidades Independientes Rel:1 | Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUN/2025 | Ult. Pago y Fec. 171,168 P 11/JUN/2025

Cantidad de Residuos (ton)	Apr	May	Jun
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.059	.059	.059

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	168.066
Costo Variable Aprovechable (VBA):	12752.11

GERENTE

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

178715e5cf4d02f254*e802*73a3964aae066811c9d01eb7f3dc9fcb19ce5c3e4bc34f14:d81588fb571:2afe0f1a70ee4

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N° 17991

Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | Pereira Lo Tiene

Sedes
- O Maraya
- O 2500 Lotes
- O Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira/Risaralda Fecha y hora: 23/07/25.
Yo: Nelly Flórez Identificado con CC: 1087984534
con dirección: Pja Viv alpes 1 ; Teléfono: 3137901833
Tutor de: Juana Especie: Canino Raza: MX
Sexo: Hembra. Edad: 13 años.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: NODULECTOMIA

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

En constancia que Juana ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Nelly Flórez H. Firma del MVZ:
CC: 1087984534 TP: 28651
Teléfono: 3137901833

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Valle A	Valle A		Hospital Recuperación Valle A

Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

PEREIRA | VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- [x] Maraya
- [ ] 2500 Lotes
- [ ] Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Nelly Flórez Hernández, identificado/a con cédula de ciudadanía número 1087984534, actuando en calidad de tutor del canino [X] felino [ ] llamado Juana, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Vereda Alto Alegrías

Barrio: _____

Comuna: _____

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Nelly Flórez H.

Firma

Nombre completo: Nelly Flórez Hernandez

Tipo de documento de identificación: C.C.

Número de documento: 1087.984.534

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.087.984.534
NUMERO

FLOREZ HERNANDEZ
APELLIDOS

NELLY
NOMBRES

NELLY FLOREZ H





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1986
SAN JOSE DEL PALMAR
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

16-MAR-2004 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Scanned with CamScanner

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

SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

...LOTERO.GERARDO.ANT
...ALEGRIAS-TI.SIB.A ALEGRIAS

...-01-018-5300 Municipio: 1 Pereira Servicio: Residencial Ciclo: 61
Matrícula: 10111Q0000 Distribución: Subsidio: -51.93 Estrato: 1
Energía contratada (kW): 0 Clase calidad: 32 Circuito: 0077 NT: 1

MATRÍCULA >>> 680207

Fecha de Emisión: 07/JUL/2025
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 16/JUL/2025
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: DEL2173475

ASEO:	5,649
ALUMBRADO:	3,180
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	8,829
ENERGÍA:	48,410
TOTAL	$57,239

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Consumo en kWh - Mora: 106 106 106 107 106 52 113 97



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	106	90,316	31
FEB	106	90,316	28
MAR	106	93,492	31
ABR	107	92,125	30
MAY	106	95,312	31
JUN	52	45,763	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
activa	6677010114	CHI	14363	14250	113	1	113	97	
reactiva									

Periodo facturado: 04/JUN/2025 - 04/JUL/2025 Días facturados: 31 Observación:
kWh: 891.2723 Tarifa a mes de: JUN-2025 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	113	891.2723	100,714	-52,304	48,410

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

(G)	(T)	(PR)	(R)	(D)	(C)	(CU)
295.5170	54.6881	54.9238	74.7415	310.9990	100.4029	891.2723

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

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 53,516 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

...cepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 55 — FIUGJ,n,q 28
DIUu,te 6 — FIUu,te 12
DIUu,n,q,m 1 — FIUu,n,q,m 1
VC .00

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

Somos autorretenedores según Res. DIAN No. 0047 de 25/01/02
Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012226 del 28/12/2022
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira
según acuerdo 0030/2020

ÚLTIMO PAGO

...esa de Energía de Pereira 539,120 Fecha P 07/JUN/2025
Reclamación Proceso

ENERGÍA 48,410

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	100,714	100,714
561	Subsidio	0	-52,304	-52,304

ALUMBRADO PÚBLICO 3,180

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		3,180	3,180

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 13 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 5,649

TRIBUNAS CORCEGA E.S.P.
Nit. 816.003.198-3

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

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
0	0	0	0	0	0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	5,163	5,163
939	Cargo Variable	0	13,180	13,180
999	Subsidio Aseo	0	-12,694	-12,694

Componentes Tarifarios

TBL:	2696.14
TRT:	9566.73
TDF:	0
TC:	0
TA:	0
TTL:	0
TLU:	0
% SUB/CON:	-69.20%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res:1 Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUN/2025 Ult. Pago y Fec. 539,120 P 07/JUN/2025

Cantidad de Residuos (ton)	ABR	MAY	JUN
Aprovechables (TRA):	0	0	0
No aprovechables (TRNA):	.0659	.0659	.0659

Residuos del periodo (ton)
Ordinarios: 0
Barrido y Limpieza: .004
Limpieza urbanos: 0
Rechazados: 0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VBA): 0

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

...e9440bb9c3a79e5bb4cb380d5037eb/8eeb8405e27beeb9d4ed728d81a85ab4e43c3509e28455dfe1f3c1683a160f58e

Scanned with CamScanner

NO se realizo.

Historia Clínica Nº 1994

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira/Rda Fecha y hora: 23/07/2025.
Yo: Mariana Silva Garcia Identificado con CC: 1088344586
con dirección: M21 CS 24 Pereira ; Teléfono: 3122372887
Tutor de: Rocky Especie: Canino Raza: Pinscher
Sexo: M Edad: 15 años

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

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

En constancia que Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Mariana
CC: 1088344586
Teléfono: 3122372887

Firma del MVZ:
TP: 28651

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N°
19841.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Mariana Silva García, identificado/a con CC número 1.033.344.586, actuando en calidad de tutor del canino [X] felino [ ] llamado Rocky, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Mz 1 cs 24 . Pereira

Barrio: Panorama II

Comuna: Cuba

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Firma

Nombre completo: Mariana Silva García.

Tipo de documento de identificación: CC

Número de documento: 1.033.344.586.

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.344.586

SILVA GARCIA

APELLIDOS

MARIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1997

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-SEP-2015 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00754995-F-1088344586-20151010 0046893754A 1 45069636

Scanned with CamScanner

Datos del Suscriptor

EA FRANK

24 PANORAMA II

CRC D - 1 - 32250 Estrato RESIDENCIAL - BAJO

Medidor N° P1015MMRSA8588AA 1/2 P

MATRÍCULA	832667
Documento No:	58486981
Fecha del Documento:	24-Jun-2025
Periodo de Cobro:	19-May-2025 al 18-Jun-2025
Fecha y Hora de Generación:	2025-06-24 06:24:44

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

TOTAL A PAGAR:	$63,850
Fecha límite sin recargo:	04-Jul-2025
Me quedo sin el servicio de agua:	
Fecha último pago:	2025-06-06
Lugar último pago:	APOSTAR
Valor último pago:	100,190

Edad: 1

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Pago con este código

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo:

Tarifa $/m³:

CONCEPTO	DIFERENCIA ANTERIOR	SALDO MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

FRECUENCIA VECES AÑO | FRECUENCIA VECES MES | FRECUENCIA VECES SEMANA

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Reciclables

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub | % Cont

Unidades independientes | UR | UNR

TRL	TAT	TDF	TFL	TLU	TC	TA

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS

$0

Matrícula No.

832667

Kit 816

EMPRESAS ALIADAS

Paciente de cita de alta después de cirugía

Historia Clínica N° 19993

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Le Tiene

- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Humberto Ariza identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 10168554 de La Dorada y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Hospital público veterinario y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico al paciente Furry, de especie felino, raza, Criollo, sexo M X H ___ de 4 años de edad, con ____ Kg de peso y número de historia clínica 19993.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Sutura herida; La **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es ____ y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por el Hospital público veterinario para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte del Hospital público veterinario con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Scanned with CamScanner

En contraparte yo Luis Carlos Jaramillo g con tarjeta p... número 28631 en calidad de médico veterinario, suscribo este docume... constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la na... propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o proced... especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como ... indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el respon... comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntar... aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 23 de Julio del 2025

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

Médico Veterinario: Daniela Ramirez Arango
TP: Medica Veterinaria y Zootecnista TP 53715

Propietario/acudiente:
CC: 1016855...

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N°
19993

Pereira La Tere

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

RESPONSABILIDAD POST QUIRÚRGICA

Yo Humberto Osorio identificado con numero de cedula N° 10168554 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Ferry la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 23 de Julio del 2025
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

Propietario/acudiente:
CC: 10168554
Teléfono:

Formato 14 - **V2 / 2025**

Historia Clínica N°
19993

Pereira La Tere

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Humberto Osorio identificado con cédula de ciudadanía número 10168554 de la dorada en calidad de tutor de Ferry, de especie felino, raza Criolla e historia clínica numero 19993, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Ferry puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugía.

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 23 de 07 del 2025
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Propietario/acudiente:
CC: 10168554
Teléfono: 3045547176

Formato 15 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner