Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

09 AGOSTO 2025

ESTERILIZACIÓN

Indicador	NO	SI	Suma total
ESTERILIZACIÓN	0	6	6

Historia Clínica	Lugar	Categoría
18928	ESTERILIZACIÓN	SI
20926	ESTERILIZACIÓN	SI
20866	ESTERILIZACIÓN	SI
14647	ESTERILIZACIÓN	SI
17723	ESTERILIZACIÓN	SI
13361	ESTERILIZACIÓN	SI

Powered by CamScanner

8:31 am

Historia Clínica Nº 18928

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira. Fecha y hora: 9/8/25
Yo: María Mejía Identificado con CC: 25128383
con dirección: M7 77 C617 TOKIO; Teléfono: 3052332476
Tutor de: Negro. Especie: canino Raza: criollo.
Sexo: M. Edad:

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

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

En constancia que ORION. 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** Sofia Ortiz **con matrícula profesional No** 5146, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: María Mejía Firma del MVZ:
CC: 25128583 TP:
Teléfono: 3135962280

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 25.128.583



MEJIA FLOREZ

MARIA DONELIA

COL | 1.64 | F

10 ENE 1965 | O+

PENSILVANIA (CALDAS)

14 JUN 1984, SAMANA

Firma

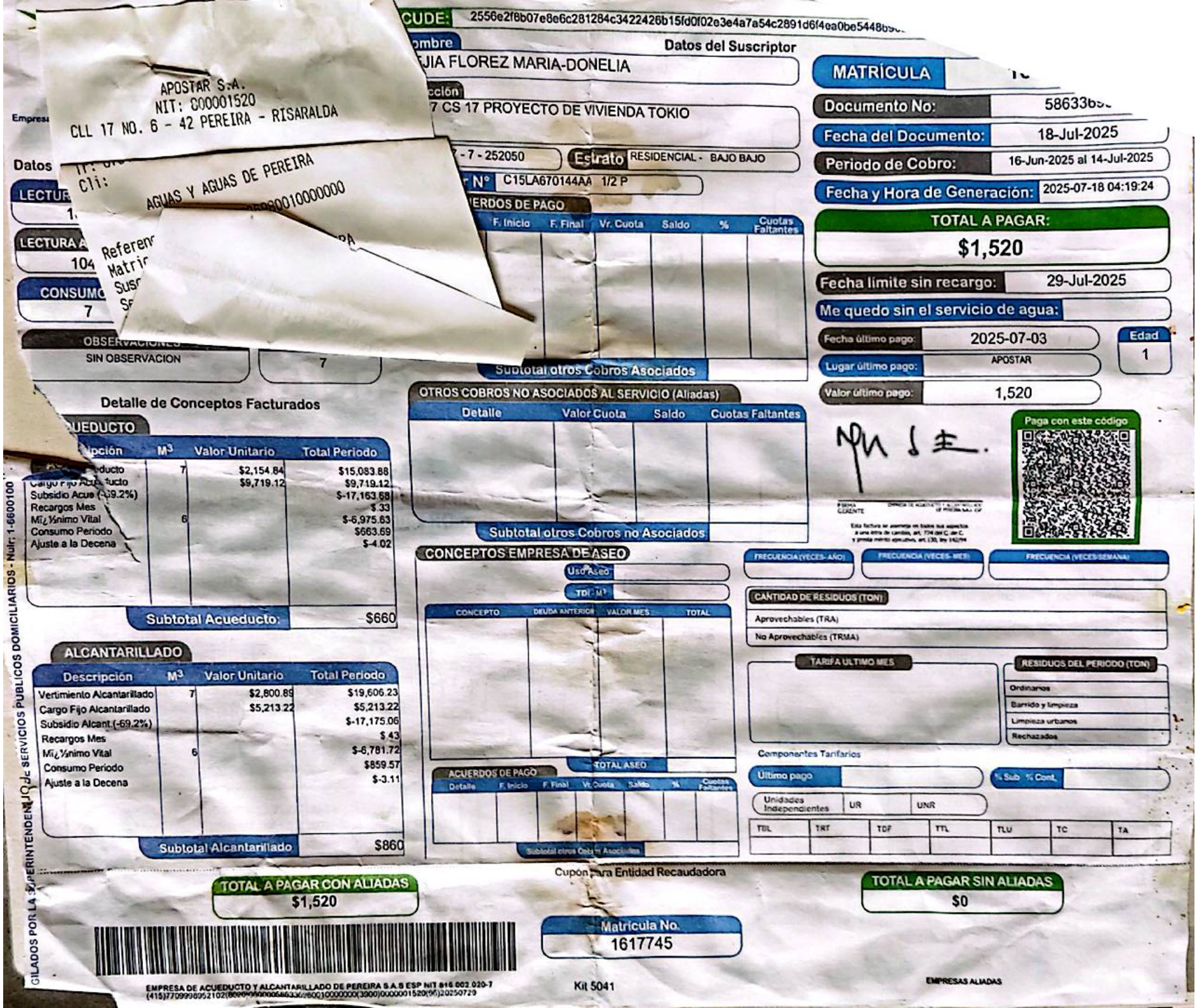
01 NOV 2033

0335813900

Registrador Nacional

ICCOL0335813900091 15<<<<<<<<<<
6501107F3110 19COL25128583<<<0
MEJIA<FLOREZ<<MARIA<DONELIA<<<

Powered by CamScanner



APOSTAR S.A.
NIT: 800001520
CLL 17 NO. 6 - 42 PEREIRA - RISARALDA

AGUAS Y AGUAS DE PEREIRA

CUDE: 2556e2f8b07e8e6c281284c3422426b15fd0f02e3e4a7a54c2891d6f4ea0be5448b9...

Datos del Suscriptor

EJIA FLOREZ MARIA-DONELIA

7 CS 17 PROYECTO DE VIVIENDA TOKIO

7 - 7 - 252050 | Estrato: RESIDENCIAL - BAJO BAJO

Nº C15LA670144AA 1/2 P

MATRÍCULA

Documento No: 58633b...

Fecha del Documento: 18-Jul-2025

Periodo de Cobro: 16-Jun-2025 al 14-Jul-2025

Fecha y Hora de Generación: 2025-07-18 04:19:24

TOTAL A PAGAR:
$1,520

Fecha límite sin recargo: 29-Jul-2025

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2025-07-03

Lugar último pago: APOSTAR

Valor último pago: 1,520

Edad: 1

Paga con este código

LECTURA A... 104

CONSUMO 7

OBSERVACIONES: SIN OBSERVACION

7

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
...ducto	7	$2,154.84	$15,083.88
Cargo Fijo Acue...ducto		$9,719.12	$9,719.12
Subsidio Acue (-69.2%)			$-17,163.68
Recargos Mes			$.33
Mi¿¼nimo Vital	6		$-6,975.63
Consumo Periodo			$663.69
Ajuste a la Decena			$-4.02

Subtotal Acueducto: $660

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	7	$2,800.89	$19,606.23
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,213.22	$5,213.22
Subsidio Alcant (-69.2%)			$-17,175.06
Recargos Mes			$.43
Mi¿¼nimo Vital	6		$-6,781.72
Consumo Periodo			$859.57
Ajuste a la Decena			$-3.11

Subtotal Alcantarillado: $860

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uso Aseo

TDI - M³

CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

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

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ULTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Rechazados

Componentes Tarifarios

Ultimo pago | % Sub | % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS
$1,520

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS
$0

Matrícula No.
1617745

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE PEREIRA S.A.S ESP NIT 816.002.020-7
(415)7709993095210...

Kit 5041

EMPRESAS ALIADAS

...GILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS - Nuir: 1-6600100

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº
18928

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Le Tiene

Sedes
- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, María D Mejía identificado/a con 25128583 número _____, actuando en calidad de tutor del canino [X] felino [ ] llamado Nacho, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Mz. 27 CS 7
Barrio: Tokio
Comuna: Villa Santana

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.

María Mejía
Firma
Nombre completo: _____
Tipo de documento de identificación: _____
Número de documento: _____

Powered by CamScanner

7:45

Historia Clínica N° 20926

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 9/8/25
Yo: Marisol Holguin Identificado con CC: 42103940
con dirección: Mz 4 Cs 34 Dorado ; Teléfono: 3043739404
Tutor de: Esmeralda Especie: Felino Raza: _____
Sexo: H Edad: 6 meses

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

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

En constancia que Esmeralda. 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** Cirujano Fresul **con matrícula profesional No** 8426 **, 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: Marisol Holguin Firma del MVZ:
CC: 42.103.940 TP: 8426
Teléfono: 3043739404

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio (Hospital / Recuperación)

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.103.940**

HOLGUIN TORRES

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES

FIRMA





IND CE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1972**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-NOV-1990 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00241315-F-0042103940-20100615 **00222**15046A 1 4530807494

Powered by CamScanner



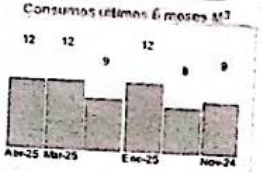
aguas

QR DIAN

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO Nº
1400	1389	11

Consumos últimos 6 meses M3



OBSERVACION	PROMEDIO CONSUMO
SIN OBSERVACION	10

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	Nº	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	11	$2.154,84	$23.703,24
Cargo Fijo Acueducto		$9.719,12	$9.719,12
Subsidio Acue.(-38,4%)			-$12.834,19
Recargos Mes			$164,37
Consumo Periodo			$20.568,17
Ajuste a la Decena			-$2,54
Saldo Fact. Anteriores			$21.920,00
Subtotal Acueducto:			$42.670

ALCANTARILLADO

Descripción	Nº	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillac	11	$2.800,89	$30.809,79
Cargo Fijo Alcantarillado		$5.213,22	$5.213,22
Subsidio Alcant.(-38,4%			-$13.832,83
Recargos Mes			$179,37
Consumo Periodo			$22.190,17
Ajuste a la Decena			$0,46
Saldo Fact. Anteriores			$23.920,00
Subtotal Alcantarillado			$46.290

N

GUDE: 6b280ca9c4d5220a41c6b8e816fc0b9ab2d1dc4990f8bda68B1c7e30297c416f3a24d8eb856327d7e1e5ef3f54229c8a

Datos del Suscriptor

Nombre: TORRES HOLGUIN MARIA-MARGARITA

Predio: MZ 4 CS 34 DORADO D - VILLA CONSOTA

CRC: 11 - 1 - 58100 | Estrato: RESIDENCIAL - BAJO

Medidor Nº: P1415MMRSA45645AA - 1/2 P

MATRICULA	1185503
Documento No:	58333682
Fecha del Documento:	24-May-2025
Periodo de Cobro:	19-Abr-2025 al 19-May-2025
Fecha y Hora de Generación:	24/05/2025 1:47:53 p.m.
TOTAL A PAGAR:	$
Fecha límite de pago:	03-Jun-2025
Me quedo sin el servicio de agua:	04-Jun-2025
	2025-04-03
	PSE
	$84.94
	2

ACUERDOS DE PAGO

Detalle	F. Inicio	F. Final	Nº Cuota	Saldo	%	Cuotas Pendientes

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS CONCEPTOS NO ASOCIADOS AL SERVICIO PÚBLICO

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Pendientes
AGUAS(No.F		90.526,00	

Subtotal otros Cobros no Asociados $999.115

MOVIMIENTO EMPRESA DE ASEO

Descripción	Nº	Valor Unitario	Total

Matrícula Nº: 1185503

TOTAL A PAGAR SIN MORAS: $88.960

(415) 7709998952102 (8020) 000000583368200200000000 (3900) 000008896O (96) 20250603

EMPRESAS VARIAS

Historia Clínica Nº
20926

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Le Tiene

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Marisol Holguín, identificado/a con 42.103.940 número 42103940, actuando en calidad de tutor del canino ☐ felino ☒ llamado Esmeralda, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)* Mz 4 Cs 34

Barrio: Villa Consota

Comuna: Consota

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.

Marisol Holguín

Firma

Nombre completo: _____

Tipo de documento de identificación: _____

Número de documento: 42103940

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº 20866

51

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y hora:** 9/8/25
Yo: luz dary quintero **Identificado con CC:** 42086551
con dirección: M29C514 **; Teléfono:** 3167509219
Tutor de: Carola **Especie:** Canino **Raza:** _____
Sexo: H **Edad:** _____

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

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 _____ 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** Santiago Arias **con matrícula profesional No** 5047 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Luz Dary Quintero **Firma del MVZ:** _____
CC: 42086551 **TP:** 5047
Teléfono: 3167509219

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Natalia			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

RESPONSABILIDAD POST QUIRÚRGICA

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 14 - **V1-2025**

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 15 - **V1-2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº
20866

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira La Tiene

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Luz Dary Quintero identificado/a con CC número 42086561, actuando en calidad de tutor del canino [X] felino [ ] llamado Carolo declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

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

Barrio: Perla del Sur
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.

Luz Dary O

Firma
Nombre completo:
Tipo de documento de identificación: CC
Número de documento: 42086561

Powered by CamScanner

toria Clínica Nº
20866

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira La Tiene

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

REMISIÓN

Fecha: 8/8/25

Remitido por:

Especie / Raza: Canino

Nombre: Carola

Diagnóstico presuntivo: Piometra

Quién traslada nombre / Cédula: Luz Dari Quintero.

- Se programa paciente para ovh el dia de mañana 7am en ayunas.

Laura Granados

Firma del Encargado:
Nombre:
CC:
Teléfono:

Firma del MVZ
TP:

Formato 6 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.086.551
QUINTERO ALZATE

APELLIDOS
LUZDARY

NOMBRES

Luzdary Quintero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1968
VERSALLES
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUL-1986 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00084861-F-0042066551-20081001 0003931429A 1 4950000922

Powered by CamScanner

Efigas
Ahí siempre
www.efigas.com.co

ISO 9001 SC-CER 115018 · ISO 14001 SC-CER 522769 · ISO 45001 OS-CER 522768 · Sello de Sostenibilidad SS-23-007 · IQNet

Superservicios
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

SOMOS RESPONSABLES CON EL MEDIO AMBIENTE

Brilla
Creciendo contigo
www.brilladeefigas.com

PENSAN

INDICADOR
DES = 0
IO = 100%
IR

Ciclo 66

ENTIDADES DE RECAUDO DÓNDE PUEDES CANCELAR TU FACTURA

PAGO EN LÍNEA
www.efigas.com.co

pse

Apostar • Susuerte • Facilísimo • Energía de Pereira • Efecty • Relacil • Davivienda • Banco de Bogotá • Bancolombia BBVA • Daviplata • Carulla • Movired • Super Inter • Surtimax • Éxito • Banco AV Villas • Sudameris • ITAU • Colpatria Cajeros electrónicos ATH • Servibanca • Datáfono Redeban • Débito automático Colpatria • Débito automático Bancolombia • Corresponsal Bancario Banco de Bogotá • Corresponsal Bancario Bancolombia • Corresponsal Bancario Davivienda • App Bancolombia • Teléfono Rojo Davivienda • Empresa de Energía del Quindío (Edeq) • Pagos Efigas.

ENTIDADES DE RECAUDO A TRAVÉS DE LAS CUALES NO INGRESA TU PAGO EN LÍNEA:

Convenio Redeban, Banco Colpatria (Débito automático), Banco de Bogotá (Convenido ATH, Nequi).

Señor usuario, si realizas el pago de tu factura en entidades de recaudo a través de las cuales no ingresa el pago en línea, te invitamos a reportar el mismo al correo electrónico recaudos@efigas.com.co; ten presente que tu pago quedará reflejado solamente hasta la fecha en que nos efectúes el reporte o hasta que lo haga la entidad recaudadora. Por tal motivo, solamente hasta que recibamos y aceptemos tu pago, se eliminan las órdenes de suspensión pendientes por ejecutar y empezarán a contar los términos de ley para efectuar la reconexión de tu servicio en caso tal de que se encuentre suspendido.



NOTA: En caso de no recibir o extraviar la factura, solicita el duplicado en la página www.efigas.com.co o en los centros de servicio al cliente. Esto no te eximirá del pago oportuno del servicio.

Evita la suspensión del servicio y cobros adicionales por reconexión e intereses de mora. **Paga oportunamente por Internet en www.efigas.com.co**

El no pago oportuno de la factura, dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en ésta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios -SSPD- dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura. En caso de ser un sujeto de especial protección constitucional relacionado con la prestación de servicios públicos domiciliarios y de acuerdo con lo dispuesto en la Sentencia C-150/03, en aras de no afectar sus derechos, deberá acreditarlo antes de la fecha prevista para la suspensión del servicio.







TIP USO SEGURO DEL GAS

Como actuar ante la restricción de servicio del gas natural

Verifica que las válvulas del centro de medición estén cerradas.

La información relacionada con el Cambio de comercializador la podrás consultar en www.efigas.com.co

Cualquier inconformidad, por favor comunicarla a la Revisoría Fiscal Ernst & Young Audit S.A.S., Avenida 4 Norte No. 6N-61 Oficina 502, Cali-Colombia.

TARIFAS DEL SERVICIO PERIODO ACTUAL

COMPONENTES TARIFARIOS	
Cargo de suministro (Gm,i,j/ 1-p):	$1,706
Cargo de Transporte (Tm,i,j/ 1-p):	$733
Cargo de distribuci?n (Dm,i,j x fpc m,i,j):	$587
Cargo variable de comercializaci?n (Cv m,i,j):	$0
Cargo de confiabilidad (Cc m,i,j):	$0
TARIFAS APLICADAS	
Tarifa antes de subsidio $m/3:	$3,414
Tarifa Subsidiada %/m3 (menor 20 m3)	1558,94
% Subsidio:	45,66%
Cargo Fijo Cf m,i,j	$0

Poder calorífico mj/m3	42,40517
Consumo K.W.H.	270,92
Periodo de liquidación	Agosto 2025

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Procedimiento para calcular la equivalencia en kilovatios hora de la cantidad de gas que ha sido facturado:
a) Determinar el consumo de gas en metros cúbicos o galones, estableciendo la diferencia entre la lectura actual y la lectura inmediatamente anterior por el factor de corrección.
b) Multiplicar el número de metros cúbicos o galones consumidos por el poder calorífico establecido en tu factura.
c) Dividir el resultado de la operación anterior por 3.6 para obtener el número de kilovatios hora.

Poder calorífico: es el contenido de energía en el gas. En la factura corresponde a un promedio del poder calorífico superior del gas entregado en el periodo facturado. Artículo 1o. Resolución CREG 154 de 1997.

TASA DE INTERÉS MORATORIO 1,8400%

ÚLTIMO PAGO QUE REALIZASTE

FECHA	03/07/2025
VALOR	$69.325
ENTIDAD DE RECAUDO	EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA SA ESP

ANALÍTICA DE CONSUMO

Tu consumo fue medido y facturado según lo estipulado en el Contrato de Condiciones Uniformes, el cual podrás consultar en https://www.efigas.com.co/

57913408745

Factura cadena. NIT 890.930.534-0

Fabricante del software: OPEN SYSTEMS COLOMBIA S.A.S Nit 1db/fabricante del software: 900401746 / Nombre Software: OPEN SMARTFLEX

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº 14647

51

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 9/8/2025
Yo: Maria nidia Granada Identificado con CC: 24539162
con dirección: Canceles casa 1 ; Teléfono: 3244541503
Tutor de: Dona Especie: Canino Raza: Criollo
Sexo: H Edad: 9meses

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

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

En constancia que _____ 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** Santiago Tejos **con matrícula profesional No** 53426**, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Nidia Granada **Firma del MVZ:**
CC: 24'539.162 **TP:** 53426
Teléfono: 3244541503

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Natalia			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRÚRGICA

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

Historia Clínica N° 1464

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 14 - **V1-2025**

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 15 - **V1-2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº
1464

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, Nidia Granada B, identificado/a con_____ número 24'539 162, actuando en calidad de tutor del canino ☐ felino ☐ llamado _____, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

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

_____

Barrio: Cangeles
Comuna: 1 Villa Santana

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: Nidia Granada B
Tipo de documento de identificación: _____
Número de documento: 24'539 162

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.539.162

GRANADA BERMUDEZ
APELLIDOS

MARIA NIDIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1956
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-JUL-1976 LA VIRGINIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2400100-54155011-F-0024539162-20070122 00977 07020A 02 223320274

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

...LO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

...OR / DATOS TÉCNICOS

...DEZ DE ALZATE
...ANCELES LA CHAGRA CS 1 CANC

...0 Municipio: 1 Pereira Servicio Residencial Ciclo: 63
...04130000 Contribución: % Subsidio: -39.92 Estrato: 2
...atada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0016 NT: 1

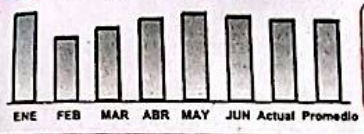
MATRÍCULA >>> 1224013

Fecha de Emisión:	14/JUL/2025
Facturas Vencidas:	0
Tengo plazo para pagar hasta:	23/JUL/2025
Me quedo sin servicio desde:	
Documento equivalente a la factura:	DEL2253827

ASEO:	24,720
ALUMBRADO:	4,640
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	29,360
ENERGÍA:	40,699
TOTAL	$70,059

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (Kw - Hora)



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
ENE	87	74,127	31
FEB	61	53.802	28
MAR	69	59,407	31
ABR	77	67,693	30
MAY	82	73,732	31
JUN	79	69,524	30

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	100149431	MER	28576	28500	76	1	76	76	
Reactiva									

Periodo facturado: 11/JUN/2025 - 11/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	76	891.2723	67,737	-27,038	40.699

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (Pr) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo kWh
295.5170	54.6831	54.9238	74.7415	310.9990	100.4029	[illegible]723

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

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 71,756 Fecha P 17/JUN/2025
Otros
Valor en Reclamación Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 22 FIUGj,n,q 15
DIUu,te 2 FIUu,te 5
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 1
VC .00

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

Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0547 de 25/01/02
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 012270 del 26/12/2022
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira según Acuerdo 023/2020

ENERGÍA 40,699

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
301	Consumo Activa	0	67,737	67,737
561	Subsidio	0	-27,038	-27,038

ALUMBRADO PÚBLICO 4,640

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Público Pereira		4,640	4,640

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 24,720

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

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

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
22500	22570	24490	24750	24750	24[illegible]

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	-3	-3
930	Cargo Variable	0	12,271	12,271
999	Subsidio Aseo	0	-15,412	-15,412

Componentes Tarifarios

	18625.79
TBL:	8507.83
TRT:	3094.031
TDF:	401.329
TC:	[illegible]
TA:	669.508
TTL:	5051.18
TLU:	
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Cuotas Pendientes
Periodo Facturado JUN/2025 Últ. Pago y Fec. 71,756 P 17/JUN/2025

	Apr	May	Jun
Cantidad de Residuos (ton)	.001	.001	.001
Aprovechables (TRA):	.057	.057	.057
No aprovechables (TRNA):			

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

Información de Liquidación

Costo Fijo:	168.066
Costo Variable No Aprovechable:	12271.429
Costo Variable Aprovechable (VBA):	

GERENTE

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

...0bcec6dfe3a02deb4f414fe6f2f31ed8d7eadb20e81788b2060b7f2b596e1932c1ea2427434881329f6ed6579e841971

CEPSOTORRES364ASEPO

Historia Clínica Nº 17723

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y hora:** 9/9/25
Yo: Luz Estella Lopez **Identificado con CC:** 42 102 93
con dirección: M2 34 T 429 ; **Teléfono:** 3183171574
Tutor de: Napoleon **Especie:** Canino **Raza:** Criollo
Sexo: Macho **Edad:** 1año

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

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

En constancia que _____ 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** Cristian Jose Florez **con matrícula profesional No** 53426 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Luz Estella Lopez **Firma del MVZ:** _____
CC: 42102993 **TP:** 53426
Teléfono: 3183171571

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Nathalia			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica N° 14223

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

RESPONSABILIDAD POST QUIRÚRGICA

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 14 - **V1-2025**

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 15 - **V1-2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº
17723

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira La Tiene

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Luz Estella Lopez, identificado/a con cedula número 42102493, actuando en calidad de tutor del canino ☐ felino ☑ llamado Napoleon, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Cra 2 #34 #429.
Barrio: Leningrado 3
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: Luz Estella Lopez
Tipo de documento de identificación: 42102493
Número de documento: CC

Powered by CamScanner



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

EVARAN LOPEZ MELIDA
MNZ 34 CAS 29 LENINGRADO III LENINGRADO II

Suta: 01-01-013-8720 Municipio: 1 Pereira Servicio: Residencial Ciclo: 9
Transformador: 10013X0000 Contribución: % Subsidio: -53,13 Estrato: 1
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0058 NT: 1

MATRÍCULA →>> 470377

Fecha de Emisión: 13/FEB/2025
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 24/FEB/2025
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: DEL949297

ASEO:	10,991
ALUMBRADO:	3,650
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	14,641
ENERGÍA:	59,034
TOTAL	$73,675

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en (KW - Hora)

103 92 107 83 89 109 136 97

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
AGO	103	86,148	30
SEP	92	78,036	31
OCT	107	89,130	31
NOV	83	72,923	30
DIC	89	76,213	31
ENE	109	92,872	31

AGO SEP OCT NOV DIC ENE Actual Promedio

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	1142184	MXT	12586	12450	136	1	136	97	
Reactiva									

Periodo facturado: 14/ENE/2025 - 12/FEB/2025 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 881.9981 Tarifa a mes de: ENE-2025 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	881.9981	114,656	-60,918	53,742
>130	6	881.9981	5,292		5,292

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización = (CU) Costo kWh
356.7301 56.0327 64.4976 13.2291 292.1103 99.3983 881.9981

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

Int. Mora .50 Vr. suspension Vr. reconexión 42,583 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 11 FIUu,te 6
DIUu,n,q,m 0 FIUu,n,q,m 0
VC .00

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

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 47,272 Fecha P 19/ENE/2025
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA

59,034

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
561	Consumo Activa	0	119,952	119,952
561	Subsidio		-60,918	-60,918

ALUMBRADO PÚBLICO 3,650

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		3,650	3,650

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 17-35 Ed Torre Central, local 134 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 10,991

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

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

Tarifa últimos 6 meses

11490 | 10930 | 10930 | 10930 | 10930 | 10930

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
854	Cargo Fijo Aseo	0	24,654	24,654
858	C V Aprovechamiento	0	166	166
939	Cargo Variable	0	11,444	11,444
999	Subsidio Aseo	0	-24,693	-24,693

Componentes Tarifarios

TBL:	15681.83
TRT:	7882.46
TDF:	2848.97
TC:	3924.74
TA:	185.747
TTL:	632.692
TLU:	4447.56
% SUB/CON:	-69.20%

Valor financiado 0 Unidades independientes
Periodo Facturado ENE/2025 Ult. Pago y fec. 47,272 P 19/ENE/2025

	Nov	Dec	Ene
Cantidad de Residuos (ton)	.001	.001	.001
Aprovechables (TRA):	.054	.054	.054
No aprovechables (TRNA):			

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

Información de Liquidación
Costo Fijo: 185.747
Costo Variable No Aprovechable: 15443.823
Costo Variable Aprovechable (VBA):

GERENTE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CODIGO QR Resolución CREG 155 027 de 2024

FABRICANTE DEL SOFTWARE: ACTS S LTDA - NIT. 800204634 - SAC

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **42.102.993**

LOPEZ ALVARAN

APELLIDOS

LUZ ESTELLA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-AGO-1971**

FILANDIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

26-SEP-1990 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2400100-01269693-F-0042102993-20211129 0076970546A 1 8502928414

Powered by CamScanner

SI

Historia Clínica Nº
13361

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

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

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 9/8/25
Yo: Juan Pablo Sanchez Identificado con CC: 14679917
con dirección: ; Teléfono: 3226892578
Tutor de: Rambo Especie: Canino Raza: criollo
Sexo: M Edad: 15 años

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento:
ORQ - Retiro tumor

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

En constancia que _____ 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: Juan pablo sanchez Firma del MVZ:
CC: 14679917 TP: 28651
Teléfono: 3226892578

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Nathalia			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica N° 1336

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

RESPONSABILIDAD POST QUIRÚRGICA

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 14 - **V1-2025**

Historia Clínica N°

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villasantana
- ○ Parque Industrial

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el _____ de _____ del 20_____
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

_____
Propietario/acudiente:
CC:
Teléfono:

Formato 15 - **V1-2025**

Powered by CamScanner

Historia Clínica Nº
13361

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, JUAN PABLO SANCHEZ, identificado/a con CEDULA número 1467917, actuando en calidad de tutor del canino [X] felino [ ] llámado RAMBO, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
CS 29 MZ 5 LAS BRISAS
Barrio: LAS BRISAS
Comuna: VILLASANTANA

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: JUAN PABLO SANCHEZ
Tipo de documento de identificación: CEDULA
Número de documento: 1467917

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.998.552**

VASQUEZ

APELLIDOS

ANA ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-1950**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-FEB-1996 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00051884-F-0066998552-20080817 0002299114A 1 2790007131

Powered by CamScanner

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

QR DIAN

CUDE: [illegible]

Datos del Suscriptor

Nombre: ORLANDO ANTONIO CARDONA VASQUEZ

Dirección: MZ 14 CS 18 VILLA SANTANA LAS BRISAS

CRC: 7 - 5 - 22100 | Estrato: RESIDENCIAL - BAJO BAJO

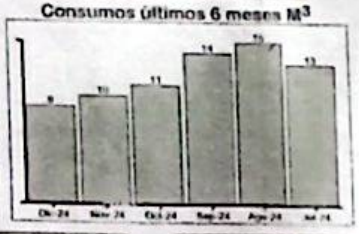
Medidor N°: P1915MMRAL129503AA 1/2 P

MATRÍCULA	650648
Documento No:	57556575
Fecha del Documento:	20-Ene-2025
Periodo de Cobro:	16-Dic-2024 al 15-Ene-2025
Fecha y Hora de Generación:	2025-01-20 03:39:49

Datos del Consumo

LECTURA ACTUAL	688
LECTURA ANTERIOR	678
CONSUMO M³	10

Consumos últimos 6 meses M³



OBSERVACIONES	Promedio mensual M³
SIN OBSERVACION	12

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Aliadas)

Detalle	Valor Cuota	Saldo	Cuotas Faltantes

Subtotal otros Cobros no Asociados

TOTAL A PAGAR: **$19,230**

Fecha límite sin recargo: 29-Ene-2025

Me quedo sin el servicio de agua:

Fecha último pago: 2024-12-28

Lugar último pago: APOSTAR

Valor último pago: 17,750

Edad: 1

Pague con este código

FIRMA SUSCRIPTOR

Esta factura se asimila en todos sus aspectos a una letra de cambio art. 774 del C. de C. y presta mérito ejecutivo, art. 422, Inc 1 y 2 CGP

Detalle de Conceptos Facturados

ACUEDUCTO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Consumo Acueducto	10	$2,085.65	$20,856.50
Cargo Fijo Acueducto		$9,403.17	$9,403.17
Subsidio Acue.(-69.2%)			$-20,939.69
Consumo Periodo			$9,319.98
Ajuste a la Decena			$.02
Subtotal Acueducto			$9,320

ALCANTARILLADO

Descripción	M³	Valor Unitario	Total Periodo
Vertimiento Alcantarillado	10	$2,711.83	$27,118.30
Cargo Fijo Alcantarillado		$5,043.76	$5,043.76
Subsidio Alcant.(-69.2%)			$-22,256.14
Consumo Periodo			$9,905.91
Ajuste a la Decena			$4.09
Subtotal Alcantarillado			$9,910

CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO

Uno Aseo

TO M

CONCEPTO	CUOTAS ADEUDO	VALOR MES	TOTAL

TOTAL ASEO

ACUERDOS DE PAGO

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

Subtotal otros Cobros Asociados

PERIODO ANTERIOR | PERIODO ACTUAL | PERIODO SIGUIENTE

CANTIDAD DE RESIDUOS (TON)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA ÚLTIMO MES

RESIDUOS DEL PERIODO (TON)

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbana

Recibidos

Componentes Tarifarios

Último pago

% Sub. % Cont.

Unidades Independientes | UR | UNR

TBL	TRT	TDF	TTL	TLU	TC	TA

TOTAL A PAGAR CON ALIADAS: **$19,230**

Cupón para Entidad Recaudadora

TOTAL A PAGAR SIN ALIADAS: **$0**

Matrícula No: 650648

EMPRESAS ALIADAS

347

CIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - Nit: 1.650001000-2- Autorretenedores de servicios públicos Responsables de IVA y autorretenedores de ICA

Powered by CamScanner