Consorcio Pyba Kennedy 2025-2

# CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

## AUTORIZACIÓN DE INGRESO, HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS VETERINARIAS

Bogotá D.C., 24 de Septiembre del 2025.

El apoyo a la supervisión y el responsable del animal (persona que reporta el caso) autorizan el traslado y/o ingreso del paciente al servicio de urgencias de la Clínica Veterinaria Animalveter.
Se informa que la hospitalización, así como la realización de exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas, procedimientos o intervenciones quirúrgicas necesarias, serán previamente comunicadas al apoyo a la supervisión, y deberán ser autorizadas por el supervisor y/o el apoyo a la supervisión.
En caso de requerirse una intervención quirúrgica, se ha informado al responsable del animal y al apoyo a la supervisión sobre los riesgos potenciales asociados a la anestesia general y al procedimiento quirúrgico.
Si alguno de los exámenes, pruebas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos no es autorizado, se exime a Consorcio PYBA Kennedy 2025-2 y a la Clínica Veterinaria Animalveter de cualquier consecuencia clínica derivada de dicha decisión.
La persona que reporta el caso declara entender que el tratamiento intra-hospitalario NO GARANTIZA la resolución de la enfermedad, y que la responsabilidad de la Clínica Veterinaria y su equipo profesional consiste en aplicar sus conocimientos, experiencia y los recursos técnicos disponibles para procurar el mejor resultado posible.
Asimismo, se informa que ningún tratamiento, farmacológico o quirúrgico, ofrece una garantía del 100% de efectividad, ya que su éxito depende en gran medida de la respuesta individual del paciente y de los cuidados posteriores a la hospitalización. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de un manejo adecuado del animal durante su proceso de recuperación postquirúrgica o posthospitalaria.

El Consorcio PYBA Kennedy 2025-2 y la Clínica Veterinaria Animalveter no se hacen responsables por la pérdida o el deterioro del estado de salud de los animales cuya recuperación no sea posible debido a la gravedad de la enfermedad o a cuadros infecciosos avanzados, que no puedan ser tratados eficazmente con los conocimientos científicos y recursos disponibles en la actualidad.

### DECLARACIÓN SOBRE EL ORIGEN O PROCEDENCIA DEL ANIMAL

| | |
|---|---|
| Nombre completo de la persona que reporta el caso | Claudia Pangueva. |
| Cedula de ciudadanía | 51950434 |
| Pertenece a la red de protección | Si: ✓ No: |
| Nombre del hogar de paso en caso de que aplique | Petsoo |
| ¿El animal reportado se encuentra bajo su cuidado y en custodia de su hogar de paso? | Si: ✓ No: ____ |
| Dirección | Cll 39 bis 7B-06 |
| Teléfono de contacto | 3133346393 |

El animal (marque con una x):
No cuenta con tenedor conocido NO
Esta en custodia de la red de protección SI
Cuenta con tenedor reciclador: NO
Cuenta con tenedor habitante de calle: NO
Cuenta con tenedor migrante: NO

**Datos del paciente:**

25-2

## ONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

| | |
|---|---|
| | Bruno |
| cie | Canino |
| exo | Macho |
| Raza | criollo |

Lugar de la urgencia y UPZ (Dirección en donde se presenta la urgencia y UPZ) :
Cll 3a sur 78 f 06

Descripción de la situación:
los Perros Fueron encontrados amarrados a una cerca y hablando con las Personas decian que llevaban ya 1 dia ahi que los que los tenian en una fellaza que se Fueron y los dejaron ahi.

Para garantizar una adecuada recuperación de los animales atendidos, es fundamental contar con el apoyo de la persona que reporta el caso, quien en lo posible pueda recibir al animal una vez sea dado de alta.
Por lo tanto, una vez el animal sea dado de alta del servicio médico, quedará bajo la custodia y responsabilidad de la persona que reportó el caso o de quien haya asumido el rol de cuidado (rescatista, proteccionista o cuidador/a).
o en su defecto tener en cuenta que en caso de que el animal no cuente con tenedor conocido ( animal en condición de calle) y de no contar con disponibilidad en la red de hogares de paso para recibirlo, el animal deberá ser reubicado nuevamente en el lugar de procedencia.

El presente consentimiento es firmado libre de toda presión de terceros incluyendo los médicos veterinarios y demás personal de la clínica veterinaria o Consorcio Pyba Kennedy 2025-2. Declaro con mi firma que entiendo el pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero, a Consorcio Pyba Kennedy 2025-2 y a la clínica veterinaria Animalveter, Alcaldia Local de Kennedy , de toda responsabilidad civil, legal, contractual y extracontractual en virtud del servicio prestado al animal en condición de vulnerabilidad.

Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

Dr. Diego Andrés Torre C.
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 21509

**FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO**
**NOMBRE COMPLETO**
**T.P:**

**FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN**
**NOMBRE COMPLETO**
**C:C:**

**FIRMA PERSONA QUE REPORTA EL CASO**
**NOMBRE COMPLETO**
**CC:** 81950434

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN

**FECHA:** 24 09 25

Las partes contratantes se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y no han sido declaradas incapaces judicialmente, por lo tanto, suscriben el presente contrato de prestación de servicio de SEDACIÓN-ANESTESIA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O HOSPITALIZACIÓN a mascotas domésticas y que se regirá por las siguientes clausulas.

## DATOS DEL RESPONSABLE

| | |
|---|---|
| **Nombre completo** | Claudia Parquera |
| **Documento** | 51950434 |
| **Teléfono** | 3133346393 |

## DATOS DEL PACIENTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Bruno |
| **Especie** | Canino |
| **Sexo** | macho |
| **Edad** | NR |

## OBLIGACIONES DEL TENEDOR

1. El Tenedor, propietario y/o acudiente una vez dado de alta el animal se hará responsable de los cuidados del mismo.

2. El Tenedor, propietario y/o acudiente, manifiesta que le fueron informados los resultados de los exámenes prequirúrgicos.

3. El Tenedor, propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que existe el riesgo de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión,

que puedo llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente y/o propietario.

Autorizo SÍ(x)/ NO

En constancia se firma

**Firma del responsable**

**Documento de identidad:** 51950434

**Teléfono:** 3133346393

**Firma del apoyo a la supervisión**

**Documento de identidad:**

Dr. Diego Andres Torres B.
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 21589

**Firma médico veterinario**

**Documento de identidad:**

| | | |
|---|---|---|
| | CPS 800 DE 2025 | |
| | **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA** | |

**Fecha:** dd/mm/aa

Yo Claudia Panqueva Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 51950434 de Bogotá TENEDOR Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Bruno

HISTORIA: 1°

RAZA: Pitbull

ESPECIE: Canino

SEXO: macho

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Se me ha explicado la formula médica entregada por el médico tratante y entiendo que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones médicas para que el paciente presente una evolución favorable.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Claudia Panqueva
Tenedor o persona autorizada
C.C 51950434
TeL 3133346393

Dr. Diego Andres Torre C.
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 21509

Médico Veterinario
T.P

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.