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., 03 de octubre 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	Yashuay Castro
Cedula de ciudadanía	1023861161
Pertenece a la red de protección	Si: X No:
Nombre del hogar de paso en caso de que aplique	
¿El animal reportado se encuentra bajo su cuidado y en custodia de su hogar de paso?	Si: X No: _____
Dirección	
Teléfono de contacto	320 493 92 36

El animal (marque con una x):
No cuenta con tenedor conocido_____
Esta en custodia de la red de protección__X__
Cuenta con tenedor reciclador:_____
Cuenta con tenedor habitante de calle:_____
Cuenta con tenedor migrante:_____

CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

Datos del paciente:

Nombre	Oreo
Especie	Felino
Sexo	Macho
Raza	DSH

Lugar de la urgencia y UPZ (Dirección en donde se presenta la urgencia y UPZ) :
Cra 88C - 42B

Descripción de la situación:
Hace 1 hora se desmayo

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

FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO
NOMBRE COMPLETO
T.P: 21509

FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN
NOMBRE COMPLETO
C:C: 1010190459

FIRMA PERSONA QUE REPORTA EL CASO
NOMBRE COMPLETO
CC: 1023881767

KENNEDY | BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 800 DE 2025 CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN	CONSORCIO PYBA KENNEDY 2025-II

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 07 OCT

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	Fashuwy Castro
Documento	1023821161
Teléfono	3204939236

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Oreo
Especie	felino
Sexo	Macho
Edad	2 meses

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, hipotermia, coma, problemas de coagulación, hemorragias, cambios hemodinámicos, difícil cicatrización, depresión postquirúrgica, pérdida de la conciencia, parálisis del tren posterior, incontinencia urinaria, atonía intestinal, infecciones secundarias o por inmunosupresión del paciente y fallecimiento tanto en el inicio, durante o posterior al procedimiento quirúrgico. Debido a la pérdida de sangre provocada por la lesión y por la operación, puede presente anemia que necesite transfusiones, suplementos de hierro o sólo reposo y reintegro progresivo según los síntomas. Por lo tanto, el responsable, propietario y/o acudiente, exime de toda responsabilidad disciplinaria, legal, civil y/o penal a la clínica Animalveter, Consorcio Pyba Kennedy 2025-2 y Alcaldia local de Kennedy.

COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

a. Dehiscencia de suturas-hematomas-reacciones adversas al material de sutura

b. Infección postquirúrgica intra hospitalaria o post hospitalaria

4. Tenedor, propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que la profesión de médico es de medios y no de resultados por lo que exime de toda responsabilidad, por cualquier concepto, a la clínica Animalveter. TAMBIÉN ENTIENDE QUE EN OCASIONES Y POR HALLAZGOS ESPECIALES SE PUEDEN REQUERIR VARIACIONES O MODIFICACIONES DE LA TÉCNICA. (Cambio o adición de materiales, toma de muestras adicionales para análisis).

5. El responsable , propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que para el procedimiento realizar se debe sedar y anestesiar a su mascota cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente. La sedación y anestesia puede presentar riesgos de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión, hipotermia, coma, perdida de la conciencia, parálisis del tren posterior, metabolización lenta y prolongada, cambios hemodinámicos, atonía intestinal, inmunosupresión, alergias y fallecimiento tanto en la premedicación, inducción y/o mantenimiento anestésico que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Cabe aclarar que las probabilidades de ocurrencia de estos eventos están sujetos al estado clínico (ASA) y/o idiosincrasia farmacológica de cada paciente. Por lo tanto, el Tenedor, propietario y/o acudiente, exime de toda responsabilidad disciplinaria, legal, civil y/o penal a clínica Animalveter.

6. El responsable, propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que la recuperación después del procedimiento depende única y exclusivamente de los cuidados que le dé a su animal de compañia, por lo tanto, se compromete a seguir estrictamente las recomendaciones médicas y postquirúrgicas dadas por clínica Animalveter; así mismo se obliga a llevar la mascota a todos los controles en las fechas y horas programadas de manera continua e ininterrumpida.

RECOMENDCIONES GENERALES PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO

1. El Tenedor, propietario y/o acudiente, conoce y acepta que durante la hospitalización, o procedimiento realizado el paciente puede presentar riesgos de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión, hipotermia, coma, perdida de la conciencia, metabolización lenta y prolongada de medicamentos, cambios hemodinámicos, hemorragias, atonía intestinal, inmunosupresión, alergias, infecciones secundarias, infestaciones por ectoparásitos y fallecimiento cabe aclarar que las probabilidades de ocurrencia de estos eventos están sujetos al estado clínico y/o idiosincrasia farmacológica de cada paciente. Por lo tanto, El Cliente, propietario y/o acudiente, exime de toda responsabilidad disciplinaria, legal, civil y/o penal a clínica Animalveter.

2. La información será suministrada únicamente a la persona que figura como responsable del animal, y se permitirá la visita de la persona que figura como responsable del animal en los horarios establecidos por la clínica Veterinaria.

OBLIGACIONES DE CLÍNICA ANIMALVETER.

1. Obrar con Diligencia, Responsabilidad y Ética, asegurar todos los recursos científicos y tecnológicos a nuestro alcance para asegurar la recuperación del paciente.

2. Utilizar elementos quirúrgicos debidamente esterilizados.

3. Usar los elementos y medicamentos propios del procedimiento.

4. Explicar los riesgos del procedimiento.

5. No dar de alta al paciente hasta que se encuentre en condición que se pueda manejar en su hogar habitual.

6. Avisar al apoyo a la supervisión de la Alcaldía Local de Kennedy cualquier episodio, accidente o novedad que ocurra con el paciente, a la mayor brevedad posible, contactando para ello a través del teléfono, WhatsApp o correo electrónico.

7. No entregar los datos personales suministrados a ninguna persona natural o jurídica.

OBLIGATORIEDAD DEL CONTRATO.

Entiendo y me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales y/o en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y de responsabilidad judicial en los que se haya fallado a mi favor ello atendiendo al derecho

constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso de no cumplir con ellos, tengo claro 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: 1023881761

Teléfono: 3204939736

Firma del apoyo a la supervisión

Documento de identidad:

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

Firma médico veterinario

Documento de identidad: