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., 8 de Noviembre 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	Nestor Eduardo Saavedra Santa
Cedula de ciudadanía	1069765996
Pertenece a la red de protección	Si: X No:
Nombre del hogar de paso en caso de que aplique	No Aplica
¿El animal reportado se encuentra bajo su cuidado y en custodia de su hogar de paso?	Si: X No:
Dirección	Calle 8a #88-90
Teléfono de contacto	3193060197

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:_____

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY | BOGOTÁ

CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

Datos del paciente:

Nombre	OZZY
Especie	Felino
Sexo	Femenino
Raza	criollo

Lugar de la urgencia y UPZ (Dirección en donde se presenta la urgencia y UPZ) :
Cra 78K # 40b 68- Sur

Descripción de la situación:
Se encuentra al felino con fractura en sus dos piernas traseras, no recibe agua y no va al baño.

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.

FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO
NOMBRE COMPLETO Gabriela Arango García
T.P: 48172.

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

FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN
NOMBRE COMPLETO
C:C:

Nestor Saavedra
FIRMA PERSONA QUE REPORTA EL CASO
NOMBRE COMPLETO Nestor Eduardo Saavedra Santa.
CC: 1069765996

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 05/11/25

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	Nestor Eduardo Saavedra Sant
Documento	1069765996
Teléfono	3193060197

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	0224
Especie	Felino
Sexo	Femenino
Edad	3 Años Aprox

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,

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

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.

ONES 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

Nestor Santa.

Firma del responsable

Documento de identidad: 1069765996

Teléfono: 3193060197

Firma del apoyo a la supervisión

Documento de identidad:

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

Firma médico veterinario

Documento de identidad: 1010035337

Alta
11/NOV

FORMATO HOSPITALIZACIÓN PACIENTE 0224.

DATOS DEL PACIENTE			
ESPECIE	Felino	HORA DE INGRESO	11 pm
RAZA	Dpc.	MÉDICO TRATANTE	Gabriela Arango.
SEXO	Hembra.		
TEMPERAMENTO	Facil	DX PRESUNTIVOS	Fractura Miembros posteriores
ALIMENTACION	Concentrado	DX FINAL	
PESO	3.	PRONÓSTICO	Reservado
EDAD	3 años.	PROPIETARIO	Nestor Saavedra
TELEFONO	3193060197		
EXAMENES SOLICITADOS	Perfil geriatrico; Rx base Seleccion de miembros Poste.		

FECHA INGRESO: 06 11 25

MOTIVO DE CONSULTA

Parcente de la alcaldia; Propietarios se la encontraron el dia de ayer

EC: Crepitación Severa a la manipulación de Miembros posteriores.

Fecha	Hora de medicación	Fecha	Hora de medicación
06-11-25	Medicado 12am		
07-11-25	2Pm medicado		
10-11-25	12:20 medicado		

FLUIDOTERAPIA

TIPO DE GOTEO	FLUIDO	MTO	ML/HR	GOTAS/SEG
microgoteo	R.L.	60ml/kg/dia	9.7 ml.	1gota/7seg.

REPOSICIÓN DESHIDRATACIÓN

MONITOREO DIARIO

FECHA	06-11-25		07/11		08/11		9/NOV		10/11			
TURNO	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
APETITO	NO	Aguno	NO	NO	NO	NO	NO	POCO	Poco	poco		
SED	NO	Aguno	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	SI		
E. ANIMO	alerta	Alerta	Alert	Alerta	Alert	Alerta	Alert	Alerta	Alerta	Alerta		
TEMPERATURA	37,6	38.2	38.1	38.7	38.1	37,7	37.9	38.3	39.2			
ORINA	SI	NO	Asistido	NO	Asistido	Asistido	Asist	Asistido	Asistida	Asistido		
M. FECAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	No.	NO		
FC	172	152	200	160	151	157	151	150	140	138		
FR	38	24	37	40	30	31	27	30	36	31		
PULSO	FSL	FSC	FSC	FSC	FSC	PSC	FSC	FSC	FSC	FSC		
TRPC	3	3"	2"	2"	2'	2	2'	2'	2"	2		
TLLC	3	2"	2'	2"	2'	2	2'	3'	2"	2		
%DH	8%	6%	6%	6%	-	-	-		—	-		
SX NEUR	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO		—	NO		
VOMITOS	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—	NO		
COLOR MUCOSAS	Rosa	ROSA	R.P	ROSA	ROSA	ROSA	ROSA	R	RP.	RP		

MEDICACIÓN INTRAHOSPITALARIA

FÁRMACO	DOSIS	CANTIDAD	FREC	VÍA	06/11		07/11		08/11		9/NOV		10/11			
					AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Omeprazol	1mg	0,9ml	BID	IV	GA	JS	DC	c	a	n	c	e	l	o	d	O
Dipirona	12.5mg	0,04ml	BID	IV	GA	JS	DC	DG	DC	24	DC	DD	JS	cancelado.		
Tramadol	2mg	0,15ml	BID	SC	GA	JS	DC	DG		c	a	n	c	e	l	a	d	o.
Amindite.	3mg	11.7ml	BID	IV	GA	JS.	VH	CANCELADO					//	///	///	///	///	
Pregabalina	4mg.	1.5	BID	PO	GA	JS.	DC	DG	DC	24	DC	DD	JS.	24		
Dextrosa		15mL	BID	INF IV			DC	DG	DC	24	DC	DD	JS	24		
Omeprazol	0.5g	0.45ml	BID	IV				DG	DC	24	DC	DD	JS	cancelado.		
Cefalotina	2g	0.6 ml	BID	IV				DD	DC	24	DC	DD	JS	24		

MONITOREO DIARIO

FECHA	11/10/25											
TURNO	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
APETITO	poco	Sí										
SED	poco	Poco										
E. ANIMO	alerta	Alerta										
TEMPERATURA	38.0	38.1										
ORINA	SI	Sí										
M. FECAL	NO	No.										
FC	166	170										
FR	32	40										
PULSO	FSC	FSC.										
TRPC	2=	2"										
TLLC	3=	2"										
%DH		—										
SX NEUR	NO	—										
VOMITOS	NO	—										
COLOR MUCOSAS	RP	RP.										

MEDICACIÓN INTRAHOSPITALARIA

FÁRMACO	DOSIS	CANTIDAD	FREC	VÍA	11/11/25											
					AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
PGB	4mg	1.5ml	BIO	PO	DR	15										
Cefdotina	20mg	0.6ml	BID	IV	DR	15										
Dextrosa		15ml	BID	INF IV	DR	15										