CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Diana Gomez.
- **Cédula de ciudadanía:** 1057587118.
- **Teléfono:** 3197185915.
- **Dirección (opcional):** chaparral.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Goten.
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** MESTIZO
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** AMARILO
- **Peso (kg):** 23 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 39.1 °C FC: 130 lpm FR: 27 rpm
- Mucosas: ☐ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7: CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: _____ Hora fin: _____

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: _____

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Deisy Gordillo.
- **Cédula de ciudadanía:** 1.054.658.175.
- **Teléfono:** 3106977821.
- **Dirección (opcional):** Gaban.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Zeus.
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 11 meses.
- **Color:** Negro.
- **Peso (kg):** 9 kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☐ Bueno ☒ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí Meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 39.1 °C FC: 128 lpm FR: 27 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 12:10PM Hora fin: 12:20PM

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANE
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Nieves
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756.
- **Firma:** Darwin Nieves **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Zoraida Polido.
- **Cédula de ciudadanía:** 33625338.
- **Teléfono:** 3208939489.
- **Dirección (opcional):** Santa Isabella.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Coffé
- **Especie:** ☑ Canino ☐ Felino
- **Raza:** MESTIZO.
- **Sexo:** ☑ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año.
- **Color:** tricolor
- **Peso (kg):** 10 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 130 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes:

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 12:15 Hora fin: 12:20

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANE
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN GOMEZ
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3356
- **Firma:** DARWIN GOMEZ. **Fecha:** 19-12-25.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN WEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN WEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Edith Gordillo.
- **Cédula de ciudadanía:** 33625087.
- **Teléfono:** 3202837954.
- **Dirección (opcional):** Bosque.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Carlitos
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** MESTIZO.
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 7 Meses.
- **Color:** NEGRO AMARILLO
- **Peso (kg):** 8.5 Kilos.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.9 °C FC: 135 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 12:23pm Hora fin: 12:25 pm.

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM. SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Olwin wems
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Olwin wems **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Elizabeht Gomez
- **Cédula de ciudadanía:** 52381661
- **Teléfono:** 3115960592
- **Dirección (opcional):** Edmanito

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Barnie
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 7 meses
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 9,2kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☐ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☐ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 39.1 °C FC: 135 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 1:35 Hora fin: 1:42

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANE
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 dias continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN VERA
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN VERA. **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Daniela Torres
- **Cédula de ciudadanía:** 1115918071
- **Teléfono:** 3213841265
- **Dirección (opcional):** _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Negro
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** negro
- **Peso (kg):** 5,0 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 150 lpm FR: 42 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19/12/25 Hora inicio: 5:30 Hora fin: 5:45

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL - ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Si

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 dias continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 dias continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3365
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Alexis Fosso
- **Cédula de ciudadanía:** 1118915914
- **Teléfono:** 3105790281
- **Dirección (opcional):** _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Lulú
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** mestizo.
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años.
- **Color:** café - blanco.
- **Peso (kg):** 13 kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 126 lpm FR: 23 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 06:30 Hora fin: 06:40

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLORANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN.

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 dias posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3365
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Carolina Melo
- **Cédula de ciudadanía:** 1115133 32.
- **Teléfono:** 3142094 41
- **Dirección (opcional):** Chaparral.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Toby
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 3,6 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 123 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 6:45 Hora fin: 6:55

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPOI

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33657
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 564 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Alba Bautista
- **Cédula de ciudadanía:** 23326931
- **Teléfono:** 3704667834.
- **Dirección (opcional):** centro.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Kyahs
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** mestiza.
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año.
- **Color:** blanco – negro.
- **Peso (kg):** 12 kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 123 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 6:55 Hora fin: 6:59

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUENAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33765.
- **Firma:** DARWIN CUENAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** elizabeht Gomez
- **Cédula de ciudadanía:** 52381661
- **Teléfono:** 3115950592
- **Dirección (opcional):** Palmarito

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Calimocho
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** amarillo
- **Peso (kg):** 9,5 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 C FC: 126 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19/12/25 Hora inicio: 9:20 Hora fin: 9:30

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SILOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** Darwin Cuevas. **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Elizabeht Gomez
- **Cédula de ciudadanía:** 52381661
- **Teléfono:** 3116950592
- **Dirección (opcional):** Palmarito

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Blacky
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 17 meses
- **Color:** amarillo
- **Peso (kg):** 3,5 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 132 lpm FR: 32 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19/12/25 Hora inicio: 7:20 Hora fin: 7:38

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Elizabeht Gomez
- **Cédula de ciudadanía:** 52381661
- **Teléfono:** 3115960592
- **Dirección (opcional):** Palmarito

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Choco
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 17 meses
- **Color:** negro
- **Peso (kg):** 13 Kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 123 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19/12/25 Hora inicio: 7:20 Hora fin: 7:30

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Evans
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** Darwin Evans **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Patricia Mondragon
- **Cédula de ciudadanía:** 49661645
- **Teléfono:** 3213247660
- **Dirección (opcional):** Cabañas

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Bruno
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** blanco - cafe
- **Peso (kg):** 14 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.8 °C FC: 126 lpm FR: 62 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19/12/25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19/12/25 Hora inicio: 7:40 Hora fin: 7:53

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, USO FLORANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, STRONAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

- Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** OARwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** OARwin Cuevas **Fecha:** 19/12/25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Yesli Leguizamo
- **Cédula de ciudadanía:** 1115910244
- **Teléfono:** 3118526803
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Netflix
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 5 años
- **Color:** negro
- **Peso (kg):** 12

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 123 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-2025

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-2025 Hora inicio: 08:30 Hora fin: 08:45

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: METACAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 10-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Jackeline Moreno
- **Cédula de ciudadanía:** 24227803
- **Teléfono:** 3214575661
- **Dirección (opcional):** Palo Cruiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Pinky
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☑ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 4 años
- **Color:** negro blanco
- **Peso (kg):** 21

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 39.1 °C FC: 126 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 10:40 Hora fin: 10:48

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Paola San Juan
- **Cédula de ciudadanía:** 1065898908
- **Teléfono:** 3126257537.
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Zeos
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 17 MESES
- **Color:** café.
- **Peso (kg):** 18

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 126 lpm FR: 40 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 11:40 Hora fin: 11:50

Procedimiento:
NO → ☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
SI → ☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, BUTORFANOL

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuenca
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33759
- **Firma:** Darwin Cuenca **Fecha:** 7-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Leidy Pinto
- **Cédula de ciudadanía:** 1115912100
- **Teléfono:** 3203828820
- **Dirección (opcional):** Raizal

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Bruno (Azabache)
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☑ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 9,1kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 140 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☑ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 2:40 Hora fin: 2:52

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: Propofol, Isoflurano
Medicamentos administrados: meloxicam, Butorfanol

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Ovalles
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Ovalles **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Leidy Pinto
- **Cédula de ciudadanía:** 1115912100
- **Teléfono:** 3203828220
- **Dirección (opcional):** Raval

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Bruno
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 15 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☐ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☐ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: _____ °C FC: _____ lpm FR: _____ rpm
- Mucosas: ☐ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: _____ seg

Evaluación física:
☐ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☐ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora fin: _____

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: _____
Medicamentos administrados: _____

Complicaciones intraoperatorias: ☐ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☐ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☐ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☐ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☐ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:
_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** _____
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** _____ **Fecha:** _____

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Fabiola Sanchez
- **Cédula de ciudadanía:** 1049979951 9
- **Teléfono:** 3226339512
- **Dirección (opcional):** Rural

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Copito
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** Blanco.
- **Peso (kg):** 11 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 130 lpm FR: 25 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:15 Hora fin: 3:20

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: Propofol, Sofentanilo.
Medicamentos administrados: Meloxicam, Ketamina

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Camilo Fernandez
- **Cédula de ciudadanía:** 74352205
- **Teléfono:** 3118016078
- **Dirección (opcional):** Rural

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Veloz
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 2.2 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.5 °C FC: 132 lpm FR: 25 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-02-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:00 Hora fin: 3:00

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, STRONGPOR

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN AVENDAÑO
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375G
- **Firma:** DARWIN AVENDAÑO **Fecha:** 20/12/25

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Talia Ramirez
- **Cédula de ciudadanía:** 7231297
- **Teléfono:** 3213618284
- **Dirección (opcional):** Rural

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Doky
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 10 meses
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 10 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 123 lpm FR: 25 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:50 Hora fin: 3:59

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756.
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 2025-12-25

CLÍNICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Talia Ramirez
- **Cédula de ciudadanía:** 7231297
- **Teléfono:** 3213618284
- **Dirección (opcional):** Rampal

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Fiolais
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** negro
- **Peso (kg):** 15

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 140 lpm FR: 25 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:40 Hora fin: 3:47

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: METACAM, BUTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Alicia Arias
- **Cédula de ciudadanía:** 1118166673
- **Teléfono:** 3102692089
- **Dirección (opcional):** Rana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Chocolate
- **Especie:** ☒ Canino ☐ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 23,8g

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 130 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 1 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:40 Hora fin: 3:42

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☑ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Vegas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Vegas **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Belsy Sanchez
- **Cédula de ciudadanía:** 41261529
- **Teléfono:** 3229597983
- **Dirección (opcional):** Bosque

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Monta
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 5 Meses.
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 2 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí Meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 125 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 2:14 Hora fin: 2125

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: Propofol, Isoflurano
Medicamentos administrados: Meloxicam. Shotapen

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-11-25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Gladys Caballero
- **Cédula de ciudadanía:** 23467934
- **Teléfono:** 3144928074
- **Dirección (opcional):** Doce

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Panchita
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 3 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 126 lpm FR: 27 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 2:04 Hora fin: 02:07

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM- SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Jaqueline Perez
- **Cédula de ciudadanía:** 52339433
- **Teléfono:** 3115656531
- **Dirección (opcional):** Ocibán.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** MISTY
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** MESTIZO
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 8MESES.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 2 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☐ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 125 lpm FR: 27 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 2:18 Hora fin: 2:25

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, KETAMINA
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Jhon Cano
- **Cédula de ciudadanía:** 1009135009
- **Teléfono:** 3138034480
- **Dirección (opcional):** Gaban

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Coffe
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 17 meses
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 3 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí Meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 120 lpm FR: 26 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 1 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 3:25 Hora fin: 3:40

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL – USO HUMANO
Medicamentos administrados: _____

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33765.
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Diana Gomez
- **Cédula de ciudadanía:**
- **Teléfono:** 3177335415
- **Dirección (opcional):** Chaparral.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Molly
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** MESTIZO
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 7meses
- **Color:** CUA
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☐ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 135 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes:

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 2:40 Hora fin: 2:45

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANE
Medicamentos administrados: ~~PROPOFOL~~, MELOXICAM, SUEROTAPA

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN GIRON.
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33267
- **Firma:** DARWIN GIRON **Fecha:** 19-11-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Mary Blanco
- **Cédula de ciudadanía:** 60743504
- **Teléfono:** 3233416012
- **Dirección (opcional):** Acerte alto.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Blu
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☒ Macho ☐ Hembra
- **Edad aproximada:** 5meses
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí Meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38 °C FC: 125 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 4:00 Hora fin: 4:05

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN QUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33765
- **Firma:** DARWIN QUEVAS. **Fecha:** 19-12-25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Kelly Rodriguez
- **Cédula de ciudadanía:** 1056415697
- **Teléfono:** 3123682754
- **Dirección (opcional):** Aceite Alto

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Borachina
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 4 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MEWXCAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 123 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-2025 Hora inicio: 4:50 Hora fin: 4:58

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPA.

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 337-C S.
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** María Gutierrez
- **Cédula de ciudadanía:** 1121883277
- **Teléfono:** 3118804315
- **Dirección (opcional):** villa Esther

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Candy.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí Meloxicam
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 122 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25.

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: _____ Hora fin: _____

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: _____

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3365.
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Maria Gutierrez.
- **Cédula de ciudadanía:** 1121882377.
- **Teléfono:** 3118804315
- **Dirección (opcional):** Villa Esther

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Sheila.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 5 meses.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 4 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 122 lpm FR: 27 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 5:40 Hora fin: 5:50

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL – ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM - SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33654
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Carolina Oveñas.
- **Cédula de ciudadanía:** 1115916665
- **Teléfono:** 3138559913.
- **Dirección (opcional):** 20 enero.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Milú
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 3 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MEWXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.3 °C FC: 126 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 5:40 Hora fin: 5:50

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3367S.
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Nicol Sandoval.
- **Cédula de ciudadanía:** 1115910420
- **Teléfono:** 3205826227
- **Dirección (opcional):** Chaparral.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** lola.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 16 meses.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 2 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☐ No ☒ Sí MELOXICAM
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 120 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 06:10 Hora fin: 06:20

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33765
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Dayana Cordoba
- **Cédula de ciudadanía:** 1115854611
- **Teléfono:** 3125767938
- **Dirección (opcional):** talmarito

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Nefertari
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 5 meses
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.9 °C FC: 135 lpm FR: 42 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☒ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 6:40 Hora fin: 6:50

Procedimiento:
☐ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☒ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM - SUSTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** OAlwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3565
- **Firma:** OAlwin Cuevas **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIO N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Elizabeth Gómez
- **Cédula de ciudadanía:** 52381661.
- **Teléfono:** 3115950592
- **Dirección (opcional):** Palmasito.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Rayita.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 2 Kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 130 lpm FR: 52 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 19-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 19-12-25 Hora inicio: 7:10 Hora fin: 7:20

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones **verbales** y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.

- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** _____
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 19-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Jeison Rico
- **Cédula de ciudadanía:** 1023888992
- **Teléfono:** 3026034992
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** MICHI°
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestiz
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 14 meses
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 3 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 125 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-2025.

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 8:00 Hora fin: 08:15

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375C
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-12-2025

CLINICA VETERINARIA S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Jeison Rico
- **Cédula de ciudadanía:** 1023888992
- **Teléfono:** 3202603499 2
- **Dirección (opcional):** _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Princesa
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 7 meses
- **Color:** blanco
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 123 lpm FR: 25 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 08:15 Hora fin: 08:25

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLUVANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Johan Vega
- **Cédula de ciudadanía:** 9143148
- **Teléfono:** 3219733835.
- **Dirección (opcional):** Pedro Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Campanita
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 6 meses
- **Color:** Café.
- **Peso (kg):** 1 kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 128 lpm FR: 26 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 10:20 Hora fin: 10:30

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUBTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Ochoa
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3373 b
- **Firma:** Darwin Ochoa **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Mary León
- **Cédula de ciudadanía:** 25[illegible]335033
- **Teléfono:** 3213853469
- **Dirección (opcional):** Paso Casiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Luna
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestiza
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** Café.
- **Peso (kg):** 3 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.9 °C FC: 135 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☒ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-2025 Hora inicio: 08:40 Hora fin: 08:50

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375G
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Mari León
- **Cédula de ciudadanía:** 25335033
- **Teléfono:** 3213853469
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Brisa
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 1 kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 142 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 08:50 Hora fin: 09:59

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 2012-2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Johana bermudez
- **Cédula de ciudadanía:** 33646043
- **Teléfono:** 3202676398
- **Dirección (opcional):** Pass Cusiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** MIGHO
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** _____
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 6 MESES
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 4 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Si _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 39.1 °C FC: 140 lpm FR: 32 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 9:18 Hora fin: 9:25

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINA NIT: 901745162 – 0	S.A.S	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.	

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Alexis torres
- **Cédula de ciudadanía:** 1006415918
- **Teléfono:** 3143245034
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Misy
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** _____
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 1 Kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 140 lpm FR: 32 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☑ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 10:29 Hora fin: 10:39

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: Propofol, Isoflurano
Medicamentos administrados: Meloxicam, Sulfadoxina

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Valery higuera
- **Cédula de ciudadanía:** 1052391408
- **Teléfono:** 3106400195
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Molly
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Color:** Cafe.
- **Peso (kg):** 1 Kg

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 125 lpm FR: 28 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 08:25 Hora fin: 08:35

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 53756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Yadira guerrero
- **Cédula de ciudadanía:** 1066976313
- **Teléfono:** 300 3134676191.
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Luna
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años
- **Color:** café.
- **Peso (kg):** 2.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 135 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☑ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-2025

6. CLASIFICACIÓN ASA

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 09:46 Hora fin: 09:58

Procedimiento:
☒ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☒ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☒ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☒ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☒ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☒ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Yadira Suarez
- **Cédula de ciudadanía:** 1006476313
- **Teléfono:** 3134676191
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Mia
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☑ Hembra
- **Edad aproximada:** 3 años
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 3

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.6 °C FC: 132 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☐ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 11:00 Hora fin: 11:15

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUEROPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Erika Errebuma
- **Cédula de ciudadanía:** 40391670
- **Teléfono:** 3118360480
- **Dirección (opcional):** Paso Cusiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Kity
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 13 meses
- **Color:** Cafe
- **Peso (kg):** 1 Kg.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 142 lpm FR: 30 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 11:20 Hora fin: 11:29

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SHOTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Naritza Rodriguez
- **Cédula de ciudadanía:** 29736962
- **Teléfono:** 3116528898
- **Dirección (opcional):** Paso Casiana

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Mia
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 4 meses
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 1

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.9 °C FC: 192 lpm FR: 62 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 11:10 Hora fin: 11:45

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFURANO.
Medicamentos administrados: MELOXICAM, SUERO

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Angela Zabala
- **Cédula de ciudadanía:** 1115916524
- **Teléfono:** 3204714668.
- **Dirección (opcional):** Paso Casiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Pacha.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 8 meses.
- **Color:** Café.
- **Peso (kg):** 1.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.1 °C FC: 128 lpm FR: 26 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☑ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 2025-12-25 Hora inicio: 11:32 Hora fin: 11:42

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: METACAM, STROIDAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756.
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-11-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Angela Zabala.
- **Cédula de ciudadanía:** 1115916524
- **Teléfono:** 3204714668.
- **Dirección (opcional):** Casa Cusiana.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Misifú
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 7 meses.
- **Color:** Café.
- **Peso (kg):** 1

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 128 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20/12/25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20/12/25 Hora inicio: 11:30 Hora fin: 11:38

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO
Medicamentos administrados: MELOXICAM, BUTAPEN

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Alicia Arias
- **Cédula de ciudadanía:** 1118166673.
- **Teléfono:** 3102692087
- **Dirección (opcional):** Rural

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** Katy.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** Mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 1 año.
- **Color:** Café
- **Peso (kg):** 1.

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☑ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☑ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☑ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.7 °C FC: 132 lpm FR: 29 rpm
- Mucosas: ☑ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☑ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☑ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 2:39 Hora fin: 2:45

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: PROPOFOL, ISOFLURANO.
Medicamentos administrados: _____

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** DARWIN CUEVAS
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 33756
- **Firma:** DARWIN CUEVAS **Fecha:** 20-12-25

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S
NIT: 901745162 – 0

CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO / TENEDOR RESPONSABLE

- **Nombre completo:** Daniela Pinto.
- **Cédula de ciudadanía:** 1.118.124.357.
- **Teléfono:** 3228326814.
- **Dirección (opcional):** Kaital.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Nombre del animal:** leona.
- **Especie:** ☐ Canino ☒ Felino
- **Raza:** mestizo.
- **Sexo:** ☐ Macho ☒ Hembra
- **Edad aproximada:** 2 años.
- **Color:** blanco.
- **Peso (kg):** 2

3. ANAMNESIS

- Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- Antecedentes: ☒ No ☐ Sí _____
- Medicación previa: ☒ No ☐ Sí _____
- Ayuno prequirúrgico: ☒ Sí ☐ No

4. EXAMEN CLÍNICO PREQUIRÚRGICO

- T°: 38.5 °C FC: 139 lpm FR: 32 rpm
- Mucosas: ☒ Rosadas ☐ Pálidas ☐ Congestivas
- TLLC: 2 seg

Evaluación física:
☒ Peso ☐ Auscultación ☐ Palpación ☐ Percusión

Hallazgos relevantes: _____

5. EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

- Cuadro hemático: ☒ Apto ☐ No apto
- Fecha: 20-12-25

6. CLASIFICACIÓN ASA

☑ I ☐ II ☐ III ☐ IV

7. CONCEPTO MÉDICO

☑ Procede esterilización
☐ Se contraindica

Observaciones:

_____

_____

8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Fecha: 20-12-25 Hora inicio: 3:10 Hora fin: 3:11

Procedimiento:
☑ Ovariohisterectomía (abordaje costal derecho)
☐ Orquiectomía (pre-escrotal / escrotal)

Anestesia utilizada: Propofol, Isoflurano
Medicamentos administrados: Meloxican, Stronfen

Complicaciones intraoperatorias: ☑ No ☐ Sí _____

9. CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, se realiza **control postoperatorio inmediato**, evidenciando:

- Estado general: ☑ Estable ☐ En observación ☐ Complicaciones
- Respuesta a la anestesia: ☑ Adecuada ☐ Retardada
- Sangrado: ☑ No ☐ Sí
- Dolor aparente: ☑ No ☐ Sí

Observaciones postoperatorias:

_____

El paciente es entregado al propietario **clínicamente estable**, junto con las recomendaciones correspondientes.

10. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PROPIETARIO

Se brindan indicaciones verbales y **se entrega material informativo impreso** al propietario o tenedor responsable, el cual contiene los cuidados postoperatorios, incluyendo:

- Meloxicam gotas: administrar vía oral 1 gota por kilo de peso vivo, cada 24 horas, por 3 días continuos.
- Limpieza de la herida: realizar 2 veces al día, con clorhexidina o agua oxigenada, por 8 días continuos.
- Uso de collar isabelino: obligatorio hasta nueva orden.
- Retiro de puntos: en 8 días posteriores al procedimiento.

El propietario manifiesta haber recibido y comprendido las indicaciones postoperatorias.

11. RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- **Médico Veterinario:** Darwin Cuevas
- **Tarjeta Profesional (COMVEZCOL):** 3375
- **Firma:** Darwin Cuevas **Fecha:** 20-12-25

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Elizabeht Gomez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Chimuelo
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☑
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 7 meses
- **Peso:** 8 kg .kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x _____

Cédula de ciudadanía: x 1233816911

Fecha: 19-12-2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Elizabeht Gomez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52381661, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Feliza
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☐ Hembra ☒
- **Edad aproximada:** 6 meses
- **Peso:** 3kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x

Cédula de ciudadanía: x 52381661

Fecha: 19-12-2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Elizabeht Gomez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52381661, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Galleon
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 6 meses
- **Peso:** 6Kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x

Cédula de ciudadanía: x 52381661.

Fecha: 19 - 12 - 2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Elizabeht Gomez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52381661., en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Chacaron
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 6 meses
- **Peso:** 2 kg. kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x

Cédula de ciudadanía: x 52381661.

Fecha: 19-12-2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 - 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Monica Matallana, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 238672, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Mango
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 6 meses
- **Peso:** 1 kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x Sofia Garcia

Cédula de ciudadanía: x 52186472

Fecha: 19 - 12 - 2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 - 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE OICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Diana Gomez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 23809657, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsabie del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Ramon
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 7 meses
- **Peso:** 1 kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal** y **determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz** y **completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: ×

Cédula de ciudadanía: x 1075021B.

Fecha: 14/12/2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Leidy Martinez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115918243, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Negro
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 1 año
- **Peso:** 2 kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente** y **comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos** y **postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal** y **determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz** y **completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x Leidy Johana Martinez

Cédula de ciudadanía: x 1115918243

Fecha: 14/12/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Maira Vega, identificado(a) con cédula de ciudadania No. 1115913951, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Vegeta
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 4 meses
- **Peso:** 1 Kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Asi mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estiman pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: Maira Vega

Cédula de ciudadania: 1115913951

Fecha: 19/12/2025.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Didier Cancheros, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115912, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Caramelo
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 7 meses
- **Peso:** 1 kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x Didier Cancheros.

Cédula de ciudadanía: 1.115.912159

Fecha: 19/12/2025

CLINICA VETERINARIA CONEXION ANIMAL S.A.S NIT: 901745162 – 0	
CONTRATO DE SERVICIOS N° 554 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	OBJETO: REALIZAR CAMPAÑA DE ESTERILIZACION DE FELINOS Y CANINOS PARA EL CONTROL POBLACIONAL Y DISMINUCIÓN DEL ABANDONO Y MALTRATO DE ANIMALES EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, Lida Mora, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115913652, en calidad de propietario(a) o tenedor(a) responsable del animal descrito a continuación:

- **Nombre del animal:** Bitz
- **Especie:** Canino ☐ Felino ☒
- **Sexo:** Macho ☒ Hembra ☐
- **Edad aproximada:** 9 meses
- **Peso:** 1 kg kg

Manifiesto que he sido informado(a) de manera **clara, suficiente y comprensible** sobre el procedimiento quirúrgico de **esterilización**, incluyendo su finalidad, la técnica a utilizar, los **riesgos anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios**, así como los cuidados posteriores que debo suministrar al animal.

Así mismo, **AUTORIZO expresamente** la realización de los **exámenes prequirúrgicos** que el Médico Veterinario considere necesarios (incluido el cuadro hemático y otros que se estimen pertinentes), con el fin de **valorar el estado de salud del animal y determinar si el procedimiento puede realizarse de manera segura**, entendiendo que dichos exámenes pueden **indicar o contraindicar** la cirugía.

Declaro que la información suministrada sobre el estado de salud del animal es **veraz y completa**, y que libero de responsabilidad al personal médico veterinario y a la entidad ejecutora cuando los riesgos se deriven de condiciones propias del animal no detectables clínicamente.

Autorizo de manera **libre, voluntaria y consciente** la realización del procedimiento de esterilización, en el marco de la jornada desarrollada en el Municipio de Tauramena.

Firma del propietario o tenedor responsable: x Lyda Mora

Cédula de ciudadanía: x1115913652

Fecha: 19-12-2025