PACEINTE MIA HC 017



HISTORIA CLINICA	HC_USM-017
NOMBRE PACIENTE	MIA
FECHA INGRESO	2/03/2026
FECHA SALIDA	6/03/2026
TUTOR/ RESPONS.	CARLOS RAMOS

ESPECIE	CANINO
SEXO	HEMBRA
EDAD	4 AÑOS
PESO	23.9KG
ESTADO FINAL	

FECHAS	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
2/03/2026	*CONSULTA CLINICA GENERAL POR PACIENTE: incluye exploración clínica completa, personal , transporte de caninos o felinos con urgencia vital que requieran ser recogidos en cualquier punto de la localidad y dirigido a la clinica veterinaria.	1	$ 118.881	$118.881
2/03/2026	*PERFIL GERIÁTRICO CUADRO HEMÁTICO, COLESTEROL TOTAL, UROANÁLISIS, GLICEMIA, FOSFATASA ALCALINA Y GGT: Incluye personal médico, insumos y/o materiales para la toma, procesamiento, interpretación y correlacion con la clínica del paciente.	1	$ 147.322	$147.322
2/03/2026	HOSPITALIZACIÓN DIARIA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG – 25 KG): Incluye personal médico, canil ó gatil, todos los insumos, alimentos y/o medicamentos que requiere el paciente para su adecuara recuperación diligenciamiento de formato fisico	4	$ 259.658	$1.038.632
2/03/2026	*RADIOGRAFIA MEDIANA (PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG – 25 KG)): Incluye personal, insumos y/o materiales, reporte interpretación y correlacion clínica del paciente. Asi como imágenes en medio magnetico y en carpeta digital en formato de alta resolución.	1	$ 178.619	$178.619
2/03/2026	*CORRECCION RUPTURA LIGAMENTO CRUZADO *ORTORPEDIA: Incluye personal médico especializado, quirofano, todos los insumos, materiales idóneos, anestesia, y demás medicamentos que requiere el paciente durante el procedimiento quirurgico.	1	$ 2.573.732	$2.573.732
			TOTAL	$4.057.186

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

IMPECOS SAS

CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 757 DE 2025

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS URGENCIAS VETERINARIAS

Bogotá D.C., 7 de 03 del 2026.

El apoyo a la supervisión y responsable del animal autorizan el traslado y el ingreso del paciente al servicio de urgencias en la Clínica Veterinaria VET HELP, Se informará previamente sobre la hospitalización del paciente, los exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas y procedimientos o intervenciones quirúrgicas en medida que sean necesarios, los cuales son autorizados por el supervisor y/o apoyo a la supervisión. En caso de que se realice una intervención quirúrgica, se ha informado los riesgos potenciales de la anestesia general y del procedimiento quirúrgico. En caso de no ser autorizado algún examen, prueba diagnóstica o intervención quirúrgica eximo a IMPECOS SAS y a la Clínica Veterinaria en las consecuencias que pueda traer esta decisión para el animal.
La persona que reporta el caso entiende que el tratamiento intra-hospitalario **NO GARANTIZA** la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad de la Clínica Veterinaria y del equipo de profesionales consiste en colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible. Adicionalmente, se informa que no es posible garantizar un 100% ningún tratamiento farmacológico y/o quirúrgico ya que el mismo depende en gran medida de una adecuada respuesta del paciente, y el cuidado post hospitalario es tan importante como el intrahospitalario o postquirúrgico por lo cual es importante un adecuado manejo del paciente, en el momento de su recuperación.
IMPECOS SAS y la clínica veterinaria VET HELP no se hacen responsables por el valor de los animales que en consecuencia de la enfermedad o un cuadro infeccioso avanzado no sea posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles. Se permitirá la visita del animal en las instalaciones de la clínica veterinaria de lunes a sábado de 10:00 a.m. a 11:00 a.m. y de 4:00 p.m. a 5 p.m. y los domingos de 10:00 a.m. a 11:00 am.

DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE EL ORIGEN O PROCEDENCIA DEL ANIMAL

Yo declaro de manera libre, voluntaria y bajo gravedad de juramento que el animal reportado **SI**__, **NO** X cuenta con tenedor responsable y se encuentra en condición de vulnerabilidad, en condición de calle, o **SI** X, **NO**__ está en custodia de hogar de paso, proteccionista y/ rescatista.

DATOS DEL TENEDOR O RESPONSABLE

Nombre completo de la persona que reporta el caso	Carlos Ramos
Cedula de ciudadanía	80371850
Pertenece a la red de protección	Sí: No: X
Nombre del hogar de paso (en caso de que aplique)	NO aplica
Dirección	
Teléfono de contacto	3125388079

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	mia
Especie	canino
Sexo	Hembra
Raza	criollo
Color	negra

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE USME PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 757 - 2025 CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN	IMPECOS SAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 02-03-26

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

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre completo	John carlos ramos
Documento	80371850
Teléfono	3125388079

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	mia
Especie	canino
Nacido	4 años
Sexo	Hembra

OBLIGACIONES DEL TENEDOR

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

2. El Tenedor, propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que existe el riesgo de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión, hipotermia, coma, problemas de coagulación, hemorragias, cambios hemodinámicos, difícil cicatrización, depresión postquirúrgica, pérdida de la conciencia, parálisis del tren posterior, incontinencia urinaria, atonía intestinal, infecciones secundarias o por inmunosupresión del paciente y fallecimiento tanto en el inicio, durante o posterior al procedimiento quirúrgico. Debido a la pérdida de sangre provocada por la lesión y por la operación, puede presente anemia que necesite transfusiones, suplementos de

cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión, hipotermia, coma, perdida de la conciencia, metabolización lenta y prolongada de medicamentos, cambios hemodinámicos, hemorragias, atonía intestinal, inmunosupresión, alergias, infecciones secundarias, infestaciones por ectoparásitos y fallecimiento cabe aclarar que las probabilidades de ocurrencia de estos eventos están sujetos al estado clínico y/o idiosincrasia farmacológica de cada paciente. Por lo tanto, El Cliente, propietario y/o acudiente, exime de toda responsabilidad disciplinaria, legal, civil y/o penal a clínica **VET HELP.**

2. Los horarios de visita para todo paciente hospitalizado son de 10:30 a.m. y 4:00 p.m., solo se permite el ingreso de una persona por paciente.

OBLIGACIONES DE CLÍNICA VET HELP.

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

2. Utilizar elementos quirúrgicos debidamente esterilizados.

3. Usar los elementos y medicamentos propios del procedimiento.

4. Explicar los riesgos del procedimiento.

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

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

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

OBLIGATORIEDAD DEL CONTRATO.

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

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas,

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 757-2025 REPORTE DE CIRUGÍA	IMPECOS SAS

FECHA: 02/03/26

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Tecnica hamaca Mod Fracda

H.C. 17	NOMBRE Mia	ESPECIE CANINO
SEXO Hembra	PESO 23.0 KG	Microchip NO

DESCRIPCION

Paciente ingresa a sala de cirugia previa valoracion clinica y preparacion quirurgica. se realiza tricotomia amplia en miembro posterior izquierdo y asepsia del area con soluciones antisepticas. posteriormente se procede a colocar campos esteriles se realiza abordaje quirurgico a nivel de la articulacion de la rodilla izquierdo evidenciandose ruptura del ligamento se procede a la estabilizacion de la articulacion mediante tecnica quirurgica correspondiente retirando restos del ligamento lesionado y realizando la correccion necesaria para estabecer la estabilidad articular.

Posteriormente se realiza lavado de la zona con solucion esteril y se procede al cierre por planos anatomicos capsula articular, tejido subcutaneo y piel. Finalmente se realiza limpieza de la zona quirurgica paciente tolera el procedimiento quirurgico sin complicaciones aparentes y pasa a recuperacion bajo monitoreo

CIRUJANO: Raul Diaz | TP 9282 | FIRMA Raul Diaz

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 757-2025

REPORTE DE ANESTESIA

Fecha: 03/03/26	HC: 17	Nombre: Mia	Microchip: NO presenta.	
Canino ☒ Macho ☐ / Felino ☐ Hembra ☒	Edad: 4 años	Color: Negra	Raza: criolla	Peso: 23.9 kg
Diagnóstico Prequirúrgico: Ruptura de ligamento cruzado MPI			Procedimiento: tecnica nomaca modificada	
Examen clínico prequirúrgico: Paciente estable y apto para ingreso				
C.C: 315	T (°C) 38.5°	F.C (L/min) 100	F.R (R/min) 30	% Deshidratación: <6%
Pulso: F"II"C	TLLC: 2seg	Mucosas: rosa	Clasificación ASA I II (III) IV E	

Protocolo Anestésico

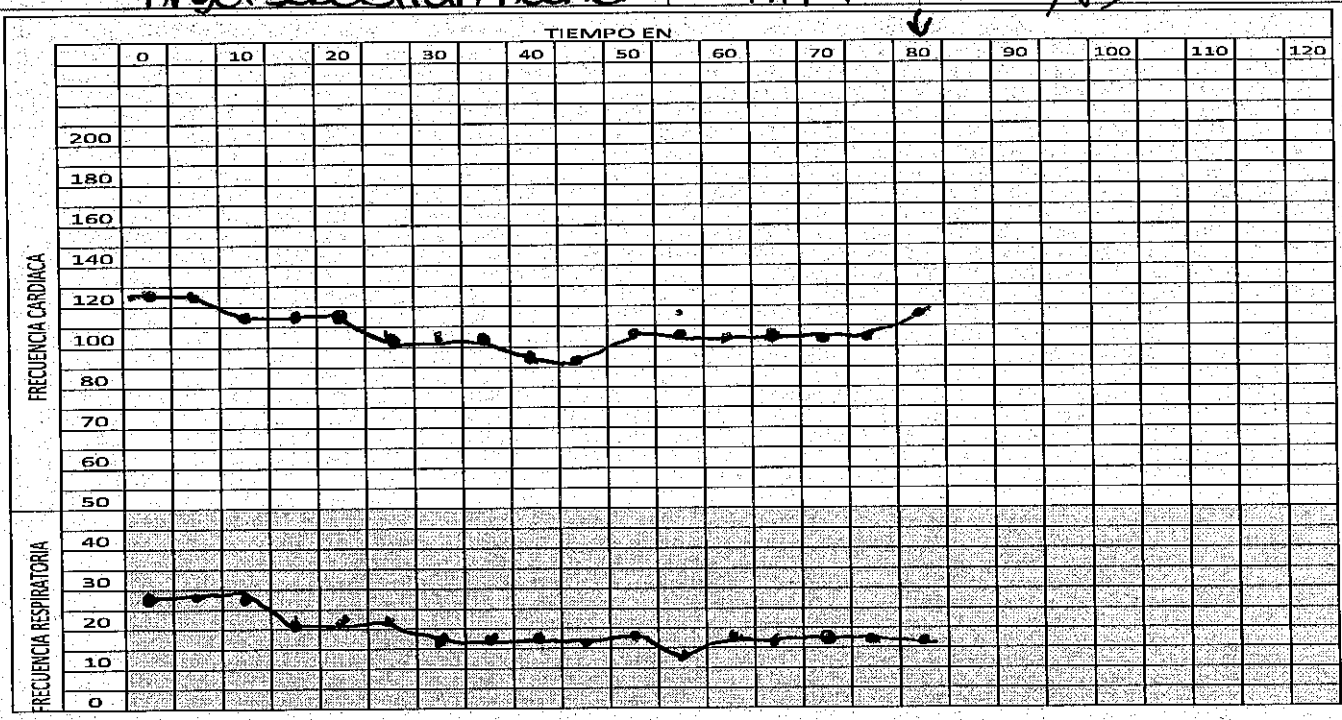
Premedicación			Inducción			Mantenimiento		
Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía	Medicamento	Dosis	vía
Ketoprofeno	2mg/kg	IM	Acepromacina	0.2mg	Im	propofol	2mg/kg	IV
			propofol	4mg	IV			

Medicamentos - fluidos / intraoperatorios.

Medicamento / Fluido	Dosis	Vía, Vel de Admon (gotas/min)
lactato de ringer	60ml/kg/hr	IV/gota/min
acetaminofen	6.25mg/kg	IV 0,8ml

Cirujano (a): Raul Diaz T.P 8282 Firma: Raul Diaz.

Anestesista: Angel Sebastian Acuña T.P 411761 Firma:



ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

HOJA DE HOSPITAL DE PACIENTE EN URGENCIAS

IMPECOS SAS

ALCALDÍA LOCAL DE USME

CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 757 DE 2025

Historia Clínica: 17 | Nombre Paciente: Mia | Peso (kg): 23.9 KG

Fecha Ingreso: 02-03-26 | Fecha Salida: 06-03-26

Diagnóstico presuntivo:

Parámetro de Evaluación	02-03-26		03-03-26		04-03-26		05-03-26		06-03-26		dd/mm/aa		dd/mm/aa		dd/mm/aa	
Temperatura Corporal	38.5	38.2	38.5	38.4	38.6	38.5	38.1	38.2	38.3	—						
Frecuencia Cardíaca	12	100	105	100	96	92	100	96	92	—						
Frecuencia Respiratoria	20	30	24	22	20	20	25	20	22	—						
Frecuencia Pulso	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	FIIC	—						
Color de mucosas	rosa	rosa	rosa	rosa	rosa	rosa	rosa	rosa	rosa	—						
Apetito	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	—						
Sed	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	—						
Estado de ánimo	Llorando	llorando	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	—						
Consist. Heces	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	—						
Vómito	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	—						
Producción de orina	NO	Si	NO	Si	Si	NO	Si	Si	Si	—						
Grado de deshidratación	<6%	<6%	<6%	<6%	<6%	<6%	<6%	<6%	<6%	—						

Tratamiento	Vía Admon	Dosis	dd/mm/aa AM	PM	dd/mm/aa AM	PM	dd/mm/aa AM	PM	dd/mm/aa AM	PM	dd/mm/aa AM	PM	dd/mm/aa		dd/mm/aa		dd/mm/aa	
metoclopramida 0.5mg/kg	IV BID	2.3ml	—	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	8AM	—						
Ranitidina 2.5mg/kg	IV BID	2.3ml	—	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	8AM	—						
omeprazol 0.5mg/kg	IV SID	3 ml	—	8PM	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—						
cefalexina 30mg/kg	VO SID	3.5ml	—	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—						
Hiomel 0.5ml	IV SID	0.5ml	—	8PM	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—						
Ketoprofeno 2.2mg/kg	IM SID	0.52ml	—	8PM	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—						
Zeel 0.5ml	IV SID	0.5ml	—	8PM	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8AM	—						
Dipirona 28mg/kg	IV BID	1.3ml	—	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	8PM	8PM	8AM	—						
Acetaminofen 12.5mg/kg	IV SID	2.3ml	—	8PM	8AM	—	8AM	—	8AM	—	8PM	—						
infusion	IV DID	10ml	—	8PM	8AM	8PM	8AM	8PM	—	—	—	—						

Observaciones: limpieza 3 veces al dia en las heridas

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS

ALCALDIA LOCAL DE USME

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 757-2025

HOJA DE EVOLUCIÓN Y CONTROL

IMPECOS SAS

H.C. 77	NOMBRE mia	ESPECIE canino
SEXO Hembra	PESO 23.2kg	Microchip no aplica

FECHA	EVOLUCION Y CONTROL
02-03-26	Paciente ingresa a hospitalizacion presenta dificultad para caminar del MPI. Al examen clinico se registran constantes fisiologicas dentro de los parametros relativamente estables Paciente con dolor a la manipulacion del miembro MPI se da manejo analgesico (infusion de FIK) Se toma muestra de sangre para preoperatorios
03-03-26	Paciente permanece hospitalizada y estable constantes fisiologicas dentro de los parametros se realiza radiografia y se evidencia desplazamiento de rotula indicando ruptura de ligamentos cruzado. se realiza procedimiento ortopedico para correccion de ruptura de ligamento cruzado en MPI procedimiento realizado sin complicaciones aparentes
04-03-26	Paciente presenta evolucion favorable constantes fisiologicas dentro de rangos normales se observa mas alerta y con buena respuesta al tratamiento instaurado
05-03-26	Paciente continua en hospitalizacion bajo monitoreo - presenta constantes dentro de los parametros normales paciente alerta con respuesta favorable al tratamiento instaurado apetito presente y adecuada hidratacion
06-03-26	Paciente con evolucion satisfactoria constantes dentro de los parametros con adecuada recuperacion postquirurgica por lo cual se decide dar alta con recomendaciones de manejo en casa y control posterior

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ	**ALCALDIA LOCAL DE USME** **PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS** **CPS-757-2025** **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	IMPECOS SAS

Yo John Carlos Ramos Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 80571850 de Bogota PROPETARIO Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS

N°.	NOMBRE	H.C.	ESPECIE	SEXO	EDAD	PESO
1	mia	77	canino	Hembra	4	23.9 kg

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

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

ENTREGA OPERADOR DEL SERVICIO

Nombre	Sebastian Acuña
Cargo	Medico Veterinario
Firma	

RECIBE TENEDOR RESPONSABLE

Nombre	John carlos romero
C.C.	80571850
Firma	John carlos romero

AUTORIZACIÓN ALCALDÍA LOCAL

Nombre	Ana Lucia Trujillo
Cargo	Lider PyBA
Firma	

	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ	Contrato de prestación de servicios CPS 757 - 2025
	RECETA MÉDICA

Alcaldía Local de Usme

H.C.	77	NOMBRE	mia	ESPECIE	canino
SEXO	Hembra	PESO1	23.9 kg	MICROCHIP	NO
RAZA	criollo	EDAD	4 años		

DX Ruptura de ligamento Cruzado miembro posterior izquierdo

I) Traumel Heel (tabletas) #10
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas por 10 días.

II) Zeel Heel (tabletas) #10
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas por 10 días.

III) Cefalexina (tabletas) 500 mg #15
Administrar vía oral 1 tableta y media cada 24 horas por 10 días.

IV Metronidazol (Suspension 60ml) #3
Administrar vía oral 15 ml cada 24 horas por 10 días.

V Aciflyx - Sulcrafato (Suspension 50 ml) #2
Administrar vía oral 5 ml cada 12 horas por 10 días.

VI Pregabalina (tabletas 100mg) #30
Administrar vía oral 1 tableta cada 24 horas por un mes

VII Ixer - Clorhexedina (Frasco Spray 120 ml) #1
Ayudado de una gasa estéril realizar de 3 a 4 limpiezas al día por 15 días

Recomendaciones: Uso permanente de Collar Isabelino hasta nueva orden.

Control Medico: 12 - Marzo - 2026

Angel Sebastian Acuña Torres	411724	
Médico Veterinario	TP	FIRMA

Vet Help



Dirección del hospital : **Cra 14 #91A- 71 Sur**

Teléfono del hospital : **3194965265- 3124134082**

Nombre médico	: **Sebastian Acuña MÉDICO**	**Dueño**	: **ALCALDIA**
Id del pac.	: **Pyba17**	**Teléfono**	:
Fecha	: **02/03/2026**	**Direc. dueño**	:

Nombre pac.	: MIA	F. Nacimiento	:
Especies	: CANINO	Peso	: 23.9
Sexo	: HEMBRA	Ligación	: NO
Raza	: CRIOLLA	Toma medicinas	: NO

Informe del análisis

Elemento	Resul.		Rango de referencia	Bajo	Medio	Alto
ALB	3.2	g/dL	2.6-4.6			
TP	6.1	g/dL	5.2-8.2			
GLU	110	mg/dL	60-132			
ALP	<41	U/L	0-212			
ALT	29	U/L	0-88			
BUN	20.9	mg/dL	6.0-26.0			
CREA	0.83	mg/dL	0.40-1.60			
#GLOB	2.9	g/dL	2.2-4.6			
#UREA	44.7	mg/dL	12.8-55.6			
#A/G	1.1		0.6-1.1			
#B/C	↑ 23.2		13.0-20.0			

LIP:0 (61) HEM :0 (3) ICT :0 (0)

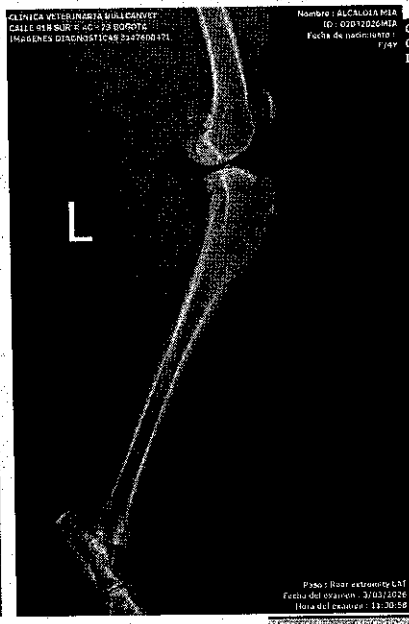
1250827702CS34AES28

Observaciones

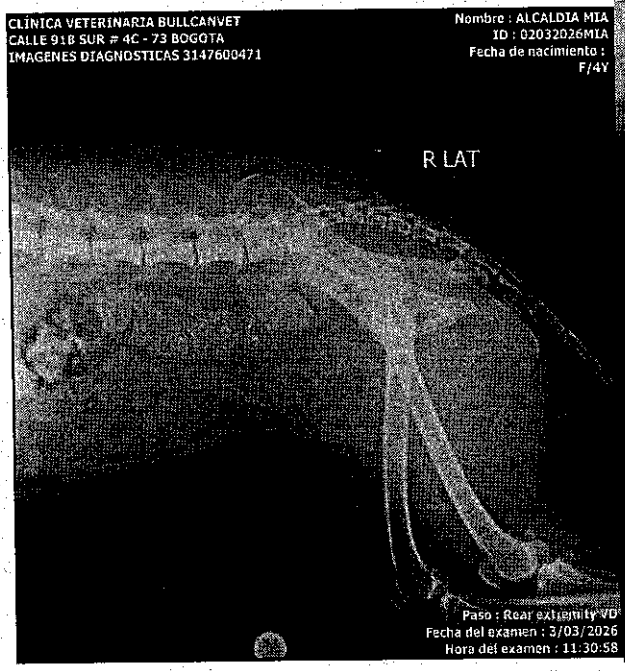
Si los resultados muestran "N.A.", es posible que los valores no estén dentro del intervalo de medición o hay un problema con la muestra de sangre.

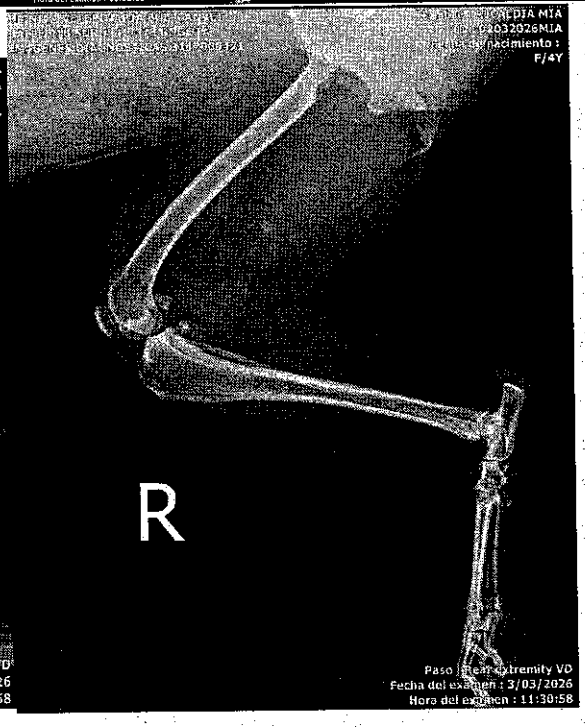
Es necesaria la evaluacion del medico por la complejidad e individualidad. Los resultados son única y exclusivamente para referencia.




L

CLÍNICA VETERINARIA BULLCANVET
CALLE 91B SUR # 4C - 73 BOGOTA
IMAGENES DIAGNOSTICAS 3147600471
L
Paso : Rear extremity LAT
Fecha del examen : 3/03/2026
Hora del examen : 11:30:58


CLÍNICA VETERINARIA BULLCANVET
CALLE 91B SUR # 4C - 73 BOGOTA
IMAGENES DIAGNOSTICAS 3147600471
Nombre : ALCALDIA MIA
ID : 02032026MIA
Fecha de nacimiento :
F/4Y
R LAT
Paso : Rear extremity VD
Fecha del examen : 3/03/2026
Hora del examen : 11:30:58


R
Paso : Rear extremity VD
Fecha del examen : 3/03/2026
Hora del examen : 11:30:58