CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 25 / 06 / 2026 **HORA:** 3:00 pm

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES Andrea		**NOMBRE** Zeus	**ESPECIE** canino
APELLIDOS Pacheco		**RAZA** mestizo	**SEXO** macho
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 1065572317		**EDAD** 9 meses	**TALLA**
DIRECCIÓN MZ 22 BA APT 204		**COLOR** marron	**PESO** 6,2 kg
BARRIO Hernando marin		**NÚMERO DE CASO**	35195
TELÉFONO 3113561172		**CHIP** 991003003798057	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

llego convulsionando

ANAMNESIS:

Tutor reporta que lleva dias decaido, reporta que ha estado perdido peso y que no queria comer, reportan que el dia de hoy empezó a presentar convulsiones

OBSERVACIONES DEL CASO:

paciente sospechoso a presentar moquillo canino
Dx Sugestivo: Distemper Canino

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 11 **FC** 160 **T°** 39.9 **TLLC** +2" **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 2-5

SA		NE		**Aspecto General**	paciente en estado de estupor
SA		NE		**Piel y Anexos**	multiples Lesiones, costras, laceraciones
SA		NE		**Respiratorio**	TOS, secreciones nasales, disnea
SA		NE		**Cardiovascular**	taquicardia, deshidratacion, mucosas palidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	Anorexia, caquexia
SA	x	NE		**Músculo esquelético**	
SA	x	NE		**Génito - Urinario**	
SA		NE		**Nervioso**	Convulsiones, mioclonias, tics faciales

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

—

DIAGNÓSTICO:

Sugestivo: Distemper canino

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** X

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Se decide realizar procedimiento de eutanasia por estado desfavorable y calidad de vida del paciente

PRESCRIPCIÓN:

—

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 1002474533

Andrea Pacheco
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1065592317

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICO VETERINARIOS	CÓDIGO: M-CB-EM-F-03
		FECHA: 27/03/2024
	CONSENTIMIENTO DE CIRUGIA Y ANESTECIA CBA	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 25 / 06 / 2026 **HORA:** _____

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE	ESPECIE	RAZA	NO. MICROCHIP
Zeus	canino	mestizo	991003003798057
FECHA DE NACIMIENTO	**SEXO**	**EDAD**	**COLOR**
16-09-2025	macho	9meses	marron
			PESO

Yo Andrea Carolina Padrec identificado con CC 1065572317 en calidad de propietario del paciente _____ en forma voluntaria consiento en que el (la) médico Veterinario Jesus Jhon como cirujano (a) y el ayudante que el (ella) designe le realicen el procedimiento Estefanía entiendo que el procedimiento quirúrgico consiste en: _____

Manifiesto que se me ha explicado y he entendido que los resultados del procedimiento pueden variar, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. El (la) médico veterinario encargado (a) plantará todo su conocimiento y experiencia en lograr los mejores resultados con el objetivo de corregir la patología por la cual consultó a mi mascota. SI☒ NÓ☐

Entiendo que durante el procedimiento quirúrgico y por causas independientes al proceder del médico (a) encargado (a) del procedimiento se pueden presentar complicaciones frecuentes y potencialmente serias que pueden llegar a requerir tratamientos adicionales, tanto médicos como quirúrgicos, exonerando civil y penalmente al Médico veterinario, por posibles complicaciones o fallecimiento del paciente, bien sea a causa de la intervención o de la anestesia. SI☒ NO

También se me brinda la información acerca de complicaciones menos frecuentes como son peritonitis y choque hemorrágico o trombosis, entre otros que pueden representar un riesgo de muerte durante el procedimiento quirúrgico o como complicación al es ado actual de cada paciente.

Se me ha informado que son necesarios los exámenes de _____ PCR / test Distemper los cuales SI☒NO☐ acepto y asumo las consecuencias de la decisión. Autorizo que se tomen fotografías o videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, bajo la reserva del nombre del propietario.

Comprendo que, como todo procedimiento quirúrgico, requiere de anestesia (inyectable o inhalada), la cual será supervisada por profesionales capacitados en el área SI ☒ NO☐

Se me manifestó que de ser necesario realizar la exéresis de un órgano o tejido, se podrá someter a valoración anatomopatológica. SI☒NO☐

Como propietario, entiendo las condiciones y objetivos de la cirugía que se va a practicar en mi mascota, los cuidados que debo tener con él, antes y después de ella.

Estoy conforme con la información que he recibido por parte del médico (a) tratante, quien se ha expresado en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas puntuales que se me puedan presentar.

SI □NO□

Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva el procedimiento quirúrgico que acá autorizo.
SI□ □NO

En las condiciones antes descritas consiento sea practicado el procedimiento quirúrgico anteriormente señalado. SI□ NO□
Durante la preparación del paciente y procedimiento quirúrgico puede presentarse la necesidad de realizar tricotomía sobre el paciente accediendo a la misma. descritas consiento sea practicado el procedimiento quirúrgico anteriormente señalado.
SI □ NO □

Comprendo que todo procedimiento anestésico lleva consigo el riesgo de muerte del animal, aun cuando este se lleve a cabo bajo los protocolos establecidos, bajo parámetros científicos, puesto que depende de la raza, del estado de salud del animal, la complejidad del procedimiento quirúrgico o el temperamento del animal, llevando a presentarse complicaciones imprevisibles como paro cardiaco y/o respiratorio, hasta una reacción anafiláctica grave a cualquier fármaco o excipiente del mismo, produciéndose de manera excepcional sin necesidad de existir negligencia por parte del médico veterinario cirujano o del equipo médico, comprendo y acepto la existencia de estos riesgos. SI□ NO □

OBSERVACIONES DE CASO/ CIRUGIA DEL MEDICO VETERINARIO

DATOS PROPIETARIO:

Dirección:	MZ 22 BA APT 204
Teléfonos:	3113561172
Correo electrónico:	andreaPachecorangel15@gmail.com
Grupo SISBEN:	Kamkuamo
FECHA:	25 - 06 - 2026

Andrea Pacheco
Firma del Tutor Responsable
C.C. No. 1065573237

Firma Medico Veterinario
T.P 51599



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.065.572.317
PACHECO FLOREZ
APELLIDOS
ANDREA CAROLINA
NOMBRES

Andrea Pachecof
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-2004
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-JUL-2022 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1200150-01308525-F-1065572317-20220718 0080103666A 1 8505074795

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra el Resguardo Indigena KANKUAMO en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por el Resguardo Indigena KANKUAMO, se registra el Señor (a): ANDRES FELIPE PACHECO FLORES, identificado (a) con TI y número de documento: 1067609507, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2021, 2022.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 9 dia(s) del mes 7 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al dia de hoy reposan en el Sistema de Información Indigena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos Indigenas, Rom y Minorias

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

www.efecty.com.co

efecty

Operador de Red: Caribemar de la Costa S.A. S.P.
NIU: 19713606
Call Center: 115 – 605-6502120
Dirección: Carrera 13B # 26-78 Piso 3 Ed. Chambacu – Cartagena.
Telefon

NIC 7647892

Total a Pagar: $124.290
Total Mes: $ 124.290
Fecha de pago oportuno: 05/03/2026

Suspensión a partir de: 06/03/2026
No. Facturas vencidas: 0
Saldo anterior: $ 0
Fecha emisión: 21/02/2026
Documento equivalente No.: 31102602037309
ID. de Cobros: 7647892155 - 60

scriptor

Dirección de suministro
CR 30A 63 BLQ A-50 BLOQ A APTO 204

URB NANDO MARIN
VALLEDUPAR
MANZANA 22 - LA PRIMERA PIEDRA

Dirección de Envío
CR 30A 63 BLQ A-50 BLOQ A APTO 204

URB NANDO MARIN
VALLEDUPAR
VALLEDUPAR

Estrato 1 E.Caribe

El no pago oportuno de la factura, dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra esta decisión procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la SSPD, dentro de los cinco días siguientes al recibo de esta factura. En caso de padecer una situación de vulnerabilidad que pueda afectar sus derechos fundamentales con ocasión de la suspensión deberá acreditarlo antes de la fecha de suspensión.

Tu seguridad nos importa – Paga tu factura registrándote en nuestra Oficina Virtual en www.afinia.com.co o a través de Afiniapp. Reporta sospechas al 115.

Resumen facturación mes

Periodo facturado 20/01/2026 - 17/02/2026

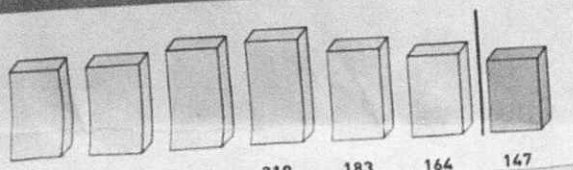
Energía | Otras Entidades

Energía	Aseo	Imp. Alumbrado Público	Tasa Seguridad y Convivencia Ciudadana	Total mes
$ 71.320	$ 42.980,00	$ 9.990,00	$ 0,00	$ 124.290

Para mayor información consulta www.afinia.com.co

Consumo de los últimos 6 meses (kWh)

Periodo actual (kWh)



177 178 201 210 183 164 147

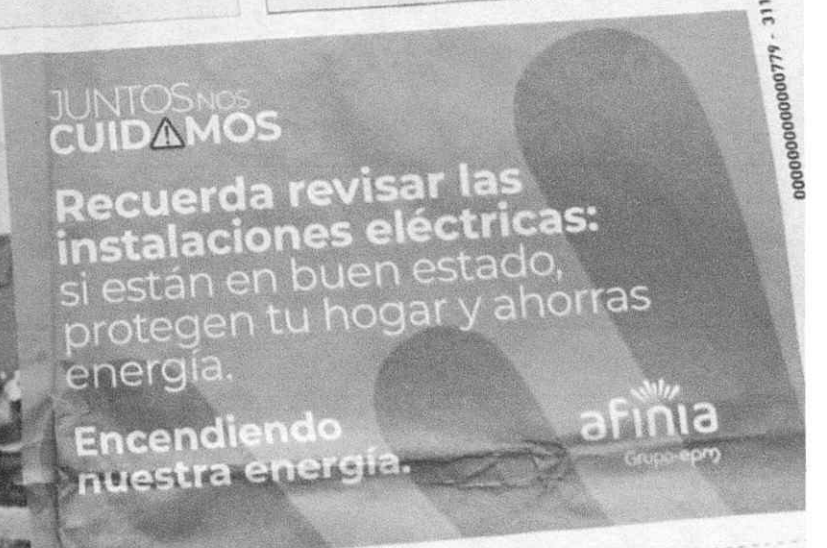
Promedio Consumo Diario (kWh): 6,02

Información regulatoria

Caribemar-Afinia continua con el cobro del cargo por opción tarifaria – "COT" dentro del cargo de comercialización, conforme lo establecido en la Resolución CREG 101 028 de 2023.

Caribemar-Afinia continúa con una senda de reducción de los indicadores de calidad del servicio según lo previsto en la resolución particular de aprobación de ingresos, Resolución CREG 2025 de 2021.





Documento equivalente electrónico

N. factura:	31102602037309
Fecha:	2026-02-22
Hora:	01:33:16-05:00
NIT:	901380949
Documentos:	222222222222

CUDE: d42a0c6676 36ae1bc423a5be2a6350c70915de2 da30948ad9378fe58d425109e2a3a 33b86761eeed815eac111dc9ea39

Documento validado por la DIAN

NIC (Referencia de pago): 7647892

ID de Cobro: 7647892155 - 60 / Titular: CARDENAS TOLOZA ALIRIO

Esta factura presta mérito ejecutivo, Art. 130 Ley 142 de 1994. Para todos los efectos el presente documento se denominará "Documento equivalente a la factura de servicios públicos" de conformidad con lo establecido en el Dur 1625 de 2.016 y guarda los mismos efectos de la factura de servicios públicos contemplado en el capítulo VI de la Ley 142 de 1.994, resolución No 012220 del 21 de diciembre de 2022.

Representante Legal

Ricardo Arango Betancur
Gerente General

Para consultas sobre su facturación a nuestra línea Afinia 115

Total de documentos adeudados	Total de documentos por pag
0	$ 124

(415)7709998169074(8020)764789215506001(3900)00000

00000000000779 - 3110 - 0004 - 2814 - 000010