| 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:** 27 / 06 / 26 **HORA:** 10:35

| TUTOR RESPONSABLE | | PACIENTE | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES** | Jaider Jose | **NOMBRE** tiana | **ESPECIE** canino |
| **APELLIDOS** | Higirio blanquisel | **RAZA** mestizo | **SEXO** Hembra |
| **C.C** X **C.E** **PPT** **No.** | 1065588400 | **EDAD** 4 años | **TALLA** Mediano |
| **DIRECCIÓN** | cll 30B # 4A-78 | **COLOR** negra | **PESO** 16.5 kg |
| **BARRIO** | villa del rosario | **NÚMERO DE CASO** | 35387 |
| **TELÉFONO** | 3023866803 | **CHIP** | Animal ID 2026-4-23 |
| **ESTRATO SOCIOECONÓMICO** | 1 2 | | ISO11784 FDX-B 2031-4-22 |
| | | | 991003003797340 |

**MOTIVO DE LLEGADA:**
**¿Cuál?** _____

**AMPLIACIÓN DEL CASO:**

revisión de la vista

**ANAMNESIS:**

Hace unos días le colocaron una vacuna para la garrapata. y de hay se le colocaron los ojos blancos.

**OBSERVACIONES DEL CASO:**

Mucosas hiperemicas - Ojos nublados.
Temperatura aumentada. - Ganglios.
Linfaticos. normales.

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** 20 **FC** 90. **T°** 39. **TLLC** 2" **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 4/5.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SA | NE | **Aspecto General** | Alerta. |
| SA | NE | **Piel y Anexos** | Cataratas |
| SA | NE | **Respiratorio** | OK. |
| SA | NE | **Cardiovascular** | OK. |
| SA | NE | **Gastrointestinal** | OK. |
| SA | NE | **Músculo esquelético** | OK |
| SA | NE | **Génito - Urinario** | OK |
| SA | NE | **Nervioso** | OK. |

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

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

**OTROS:** Visual.

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:**

Se recomienda realizar.
Perfil Hepatico.

**DIAGNÓSTICO:**

Catmatas. Uveitis. (Presuntivo.

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

**TRATAMIENTO INSTAURADO:**

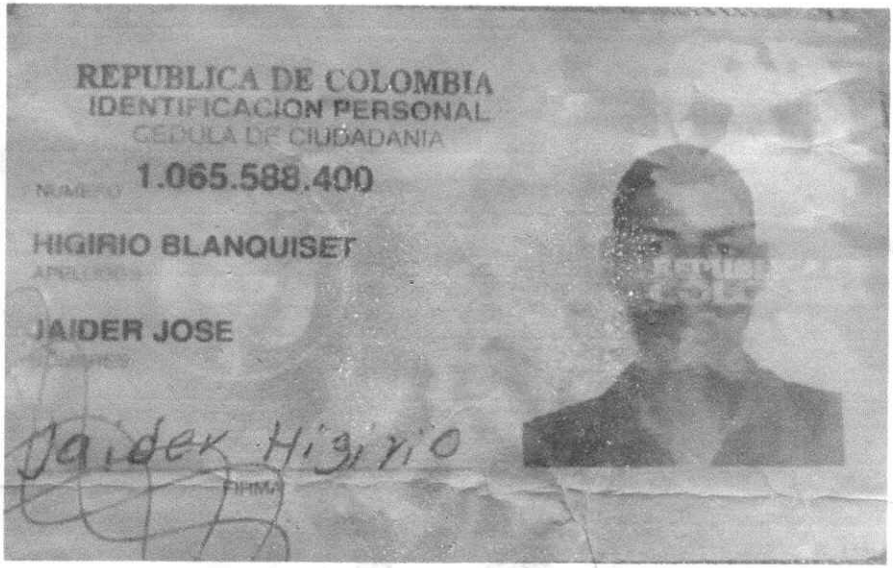
Hepatonic. + Meloxicam.

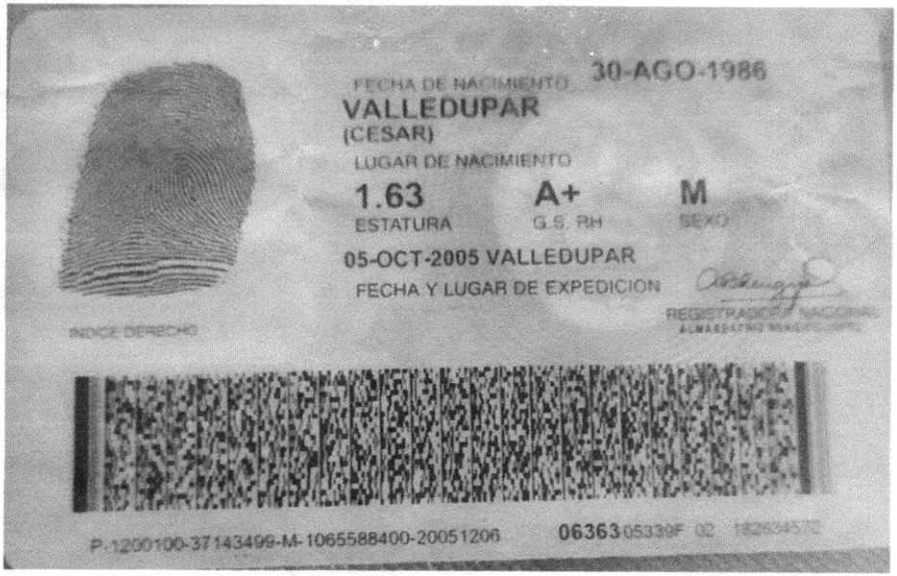
**PRESCRIPCIÓN:**

Epitelizante Ocular. + Trihepat.
Control 7 dias- Realizar. perfil Hepaticos.

Keyner Suarez.
**MÉDICO VETERINARIO**
**C.C No.** 44121

Jaider Jose
**TUTOR RESPONSABLE**
**C.C No.** 1065588400


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.065.588.400
HIGIRIO BLANQUISET
APELLIDOS
JAIDER JOSE
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1986
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
05-OCT-2005 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
P-1200100-37143499-M-1065588400-20051206 0636305339F 02

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

GRUPO SISBÉN IV
**Pobreza moderada**

Fecha de consulta: **09/08/2025**

Ficha: **20001177565100003083**

DATOS PERSONALES

Nombres: **JAIDER JOSE**

Apellidos: **HIGIRIO BLANQUISET**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1065588400**

Municipio: **Valledupar**

Departamento: **Cesar**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **20/06/2025**

Última actualización ciudadano: **20/06/2025**

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **LAURA VANESSA GARRIDO TORRES**

Dirección: **Calle 28 No 14 - 08 Barrios 12 de octubre**

Teléfono: **3015991846**

Correo Electrónico: **sisben@valledupar-cesar.gov.co**

Gases del Caribe

| | |
|---|---|
| N° de contrato: | 66505103 |
| Cupón para pago: | 916971307 |
| Fecha límite de pago: | 26/03/2026 |
| Total a pagar: | $ 362.500 |

Brilla

$ 5.212,128 PU

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA GCFR223

CREDITO

MARZO 2026

DATOS DE CONSUMO

| | |
|---|---|
| FJ4094721-16 | 29 |
| 06/FEB - 06/MAR | 0.33 |
| LEC.MEDIDOR | 75.25 |
| | 6 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERV.GAS (Serv.Susc.51258714) | | | | | | | | |
| 2 | 761 - Financiación 26/04/2023 | | | | | | | | |
| | REVISION PERIODICA_05/04/2023 | | | | | | | | |
| 3 | 765 - INTERESES DE FINANCIACION | | | | | | | | |
| | SUBSIDIO 56.57% Cons. | | | | | | | | |
| 4 | 284 - RECARG MORA GRAVAD OTROS SERV | | | | | | | | |
| 5 | 756 - INTERES DE MORA NO GRAVADO (Tasa 1.69%) | | | | | | | | |
| | Total Servicio: | | | | | | | | |
| | SERVICIOS FINANCIEROS (Serv.Susc.51318684) | | | | | | | | |
| 6 | 133 - CREDITO BRILLA_22/06/2024 | | | | | | | | |
| | SEGURO FACTURA PROTEGIDA | | | | | | | | |
| 7 | 133 - CREDITO BRILLA_05/04/2025 | | | | | | | | |
| 8 | 133 - CREDITO BRILLA_05/05/2025 | | | | | | | | |
| | SERVICIOS FINANCIEROS (Serv.Susc.53242179) | | | | | | | | |
| | SEGURO DEUDORES BRILLA | | | | | | | | |
| | COBERTURA ACCESO IVA INCLUIDO | | | | | | | | |
| | SEGURO INTEGRAL CANCER | | | | | | | | |
| 9 | 133 - CREDITO BRILLA_04/01/2026 | | | | | | | | |
| 10 | 156 - INTERES DE MORA NO GRAVADO (Tasa 1.69%) | | | | | | | | |
| | Total Servicio: | | | | | | | | |
| | TOTAL SERVICIOS | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Meses 10 | Fecha límite de pago: 26/03/2026 | Valor del último pago: $ 358.306 | Valor en reclamo: |
| | Fecha susp. por mora desde: 27/03/2026 | Fecha del último pago: 04/03/2026 | Saldo a favor: |

Gas = $1.754 Tm = $396 Dm = $785 Cv = $0 Cc = $0 Cm = $0

Valores calculados

Valores de referencia

REVISION PERIODICA

VIGENTE

El Certificado de su Instalación se encuentra Vigente.

| Valor a pagar | Cupón de pago | Total a pagar | Paga aquí |
|---|---|---|---|
| $0 | $ 362.500 | $ 362.500 | |

Número de control: 3102400074

Meses de deuda: 1

Ruta de reparto: 731428811000043700