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: 02 / 07 / 26 **HORA:** 8:12 Am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	Antonia	**NOMBRE** Estrellita	**ESPECIE** Felino
APELLIDOS	Redondo. Ruiz.	**RAZA** Mestizo	**SEXO** Hembra
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	37322477	**EDAD** 6 Meses	**TALLA** Mediano
DIRECCIÓN	MZ 2-7	**COLOR** Blanca/Gris.	**PESO** 1.5 kg
BARRIO	Urb Ciudad Tayrona	**NÚMERO DE CASO**	35439
TELÉFONO	3017437712	**CHIP**	Animal ID 2026-4-23 ISO11784 FDX-B 2031-4-22 991003003797910
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 X 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Viene porque tiene una patica fracturada para hacerle el procedimiento de amputación.

ANAMNESIS:

Llego a la casa con la patica fracturada.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Fractura de tibia perro con hueso expuesto e infectado (fetido.) deshidratación. Ganglios linfaticos reactivos.

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 25. **FC** 160 **T°** 38.9. **TLLC** 3" **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 3/5.

SA		NE		**Aspecto General**	Decaído.
SA		NE		**Piel y Anexos**	OK.
SA		NE		**Respiratorio**	OK.
SA		NE		**Cardiovascular**	OK.
SA		NE		**Gastrointestinal**	Pérdida de peso.
SA		NE		**Músculo esquelético**	Claudicación de miembro posterior.
SA		NE		**Génito - Urinario**	OK
SA		NE		**Nervioso**	OK

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

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

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Se evidencia proceso inflamatorio activo y plaquetas aumentadas

DIAGNÓSTICO:

Fractura de radio y cubito

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

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Se realiza amputación de miembro posterior izquierdo.

PRESCRIPCIÓN:

Medicación ambulatoria.
Amikacina + Tramadol + Meloxicam.
Complejo b. - Solución Salina.

Keyner Suarez
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44121.

Antonia Redondo
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 37.322.478

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

Se realiza el procedimiento sin. alteración. Se traslada a hospitalización por 3 días.

DATOS PROPIETARIO:

Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Grupo SISBEN:	
FECHA:	

-Antonia Redondo
Firma del Tutor Responsable
C.C. No. - 37.322.478

Firma Medico Veterinario
T.P

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: 02 / 07 / 26 HORA: 8:12 Am.

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE	ESPECIE	RAZA	NO. MICROCHIP
Estrellita	Felino	Mestizo	991003003797910
FECHA DE NACIMIENTO	**SEXO**	**EDAD**	**COLOR**
6 Meses	Hembra.	6 Meses	Blanca / Grs.
			PESO 1.5 kg

Yo Antonia Redondo Ruiz identificado con CC -37.322.478 en calidad de propietario del paciente Estrellita en forma voluntaria consiento en que el (la) médico Veterinario Keyner Suarez. como cirujano (a) y el ayudante que el (ella) designe le realicen el procedimiento entiendo que el procedimiento quirúrgico consiste en: Amputar el miembro posterior izquierdo. por motivos de fenomenismo. e hueso expuesto.

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 _____

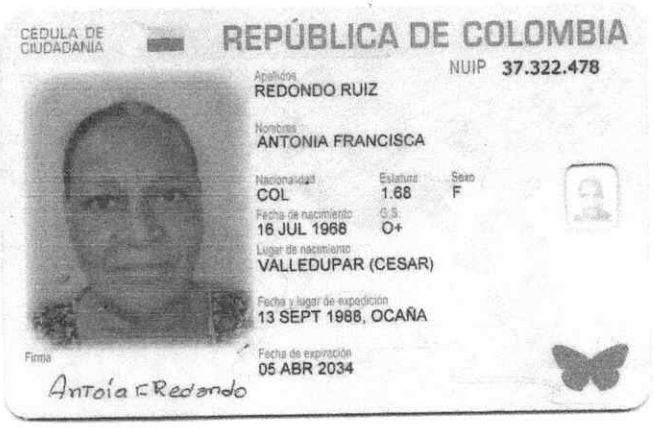
los cuales SI☐NO☐ acepto y asumo las consecuencias de la decisión. Autorizo que se tomen fotografías o videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, bajo la reserva del nombre del propietario.

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.


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 37.322.478

Apellidos
REDONDO RUIZ

Nombres
ANTONIA FRANCISCA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 JUL 1968

G.S.
O+

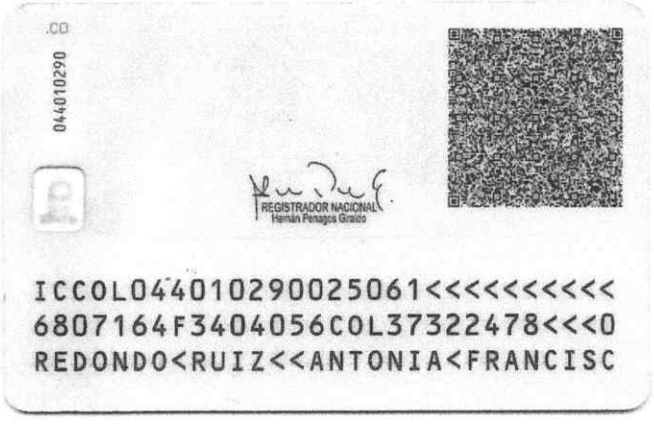
Lugar de nacimiento
VALLEDUPAR (CESAR)

Fecha y lugar de expedición
13 SEPT 1988, OCAÑA

Fecha de expiración
05 ABR 2034

Firma

Antonia F. Redondo


.CO

044010290

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL044010290025061<<<<<<<<<<
6807164F3404056COL37322478<<<0
REDONDO<RUIZ<<ANTONIA<FRANCISC

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: **02/07/2026**

Ficha: **20001006559300001213**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANTONIA FRANCISCA**

Apellidos: **REDONDO RUIZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **37322478**

Municipio: **Valledupar**

Departamento: **Cesar**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **13/12/2019**

Última actualización ciudadano: **08/07/2022**

Última actualización via registros administrativos: **31/08/2025**

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

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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

afinia
Grupo epm
Caribemar de la costa S.A.S. E.S.P. NIT. 901.380.949 - 1

Operador de Red: Caribemar de la Costa S.A.S E.S.P
NIU: 18427572
Call Center: 115 - 6053500444
Dirección: Carrera 13B # 26-78 Piso 3 Ed. Chambacu - Cartagena. Telefon

NIC: **6626891**

Datos del Usuario y/o Suscriptor

Titular de Pago
COHEN MARIA ASUNCION

Usuario o suscriptor
COHEN MARIA ASUNCION

Estrato/Clasificación
Resid. Estrato 1 E.Caribe

Dirección de suministro
SECTOR 1 MZ 2-7
URB CIUDAD TAYRONA
VALLEDUPAR
NIF VECINO.35016204

Dirección de Envío
SECTOR 1 MZ 2-7
URB CIUDAD TAYRONA
VALLEDUPAR
VALLEDUPAR

Total a pagar mes:	**$ 207.750**
Total documento por pagar:	**$207.750**
Fecha pago oportuno:	**30/10/2023**
Suspensión a partir de:	**31/10/2023**
No. Facturas vencidas:	**0**
Saldo anterior:	**$ 0**
Fecha emisión:	**23/10/2023**
Documento equivalente No.:	**31102310091971**
ID. de Cobros:	**6626891233 - 24**

Resumen facturación mes

Periodo facturado 21/09/2023 - 23/10/2023

Otras Entidades

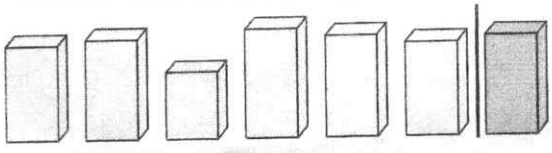
Energía	Aseo		Tasa Seguridad y Convivencia Ciudadana	Total a pagar
$ 149.350	$ 39.300	$ 19.100	$ 0	$ 207.750

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.

Para mayor información consulta **www.afinia.com.co**

Consumo de los últimos 6 meses (kWh)

Periodo actual (kWh)



Promedio Consumo Diario (kWh): 8,54

Información regulatoria

Opción tarifaria: Debido a que el costo unitario presentó una variación superior al 3% producto modificaciones normativas en el cargo de comercialización aprobadas por el MME y CREG, y variaciones propias de los conceptos que integran el costo unitario, CaribeMar AFINIA optó por la aplicación de la opción tarifaria trasladando un menor costo al usuario el cual será cobrado al usuario en la medida que el costo total del costo unitario lo permita. (Res. MME 40272/2020, Res. CREG 188/2020, Res. CREG 012/2020).

Calidad del servicio: En virtud del régimen transitorio aplicable al mercado de la Región Caribe durante el 2020 los usuarios serán compensados por el incumplimiento en los indicadores de calidad individual por parte del prestador del servicio según lo establecido en el capítulo 11 del anexo general de la Resolución CREG 097/2008. (Res. CREG 010/2020 Artículo 17).



00000000000000363 - 3110 - 0001 - 0310 - 003895

IMPRESO POR RICOH COLOMBIA S.A.

Para consultar sobre su factura comunícarse a nuestra línea Afinia 115

NIC (Referencia de Pago): 6626891

ID de Cobro: 6626891233 - 24 / Titular: COHEN MARIA ASUNCION

Forma de pago: Efectivo y Tarjeta de Débito
Favor no colocar sellos sobre el código de barras

N° de documentos vencidos	Total documentos por pagar
1	$ 207.750

Somos autorretenedores del impuesto sobre la renta, según decreto 2201 de diciembre 30 de 2016, abstenerse de practicar retención a título de impuesto de renta sobre el servicio de energía. Esta factura presta mérito ejecutivo, art 130 ley 142 de 1.994. 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 reglamentario 1625 de 2016 y guarda los mismos efectos de la factura de servicios públicos contemplada en el capítulo VI de la ley 142 de 1.994.resolución No 012220 del 26 de diciembre de 2022. Somos agentes de retención de impuesto a las ventas.

Fecha de pago oportuno	Total a pagar mes
30/10/2023	$ 207.750

(415)7709998169074(8020)662689123302 40(3900)0000207750(96)20231030

Representante Legal
Javier Lastra Fuscaldo

(415)7709998169074(8020)662689123302 40(3900)0000207750(96)20231030