ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 79	Expiry – Date: 2029/11/11 900255002183272 NO Microchip	FECHA: 20/MARZO/25

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TAZ				COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 1,8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karol Tatiana Sora Ramirez	DIRECCION: Dg 99 Sur N° 2B-46	TELEFONO: 3145573768
CEDULA: 1034394997	CORREO ELECTRÓNICO: Karolsora28@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Serranías	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N/A	N/R	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. — CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 130 l/m	F. RESPIRATORIA: 23 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin examenes prequirúrgicos.

Dr. Jorge Pablo Rocha
T. P. 37203
Médico Veterinario

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA
Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1034399997

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

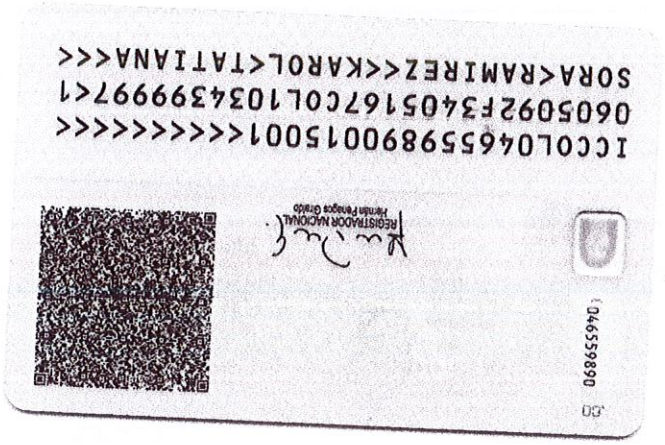
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


ICCOL0465598900150011<<<<<<<<<<
0605092F3405167COL1034399997<1
SORA<RAMIREZ<<KAROL<TATIANA<<<
REGISTRADOR NACIONAL
Firmado Paraguas Grado
0465598800


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
SORA RAMIREZ
NUIP 1.034.399.997
Nombres
KAROL TATIANA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.63
Sexo
F
Fecha de nacimiento
09 MAYO 2006
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
16 MAYO 2024, BOGOTA D.C.
Firma
Karol Sora
Fecha de expiración
16 MAYO 2034

02

20

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

ECO CÓDIGO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1716394-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340597438-4

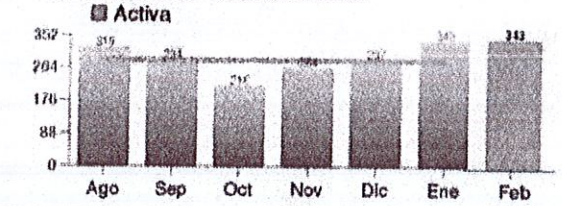
CLIENTE

PEDRO SORA
DG 99 SUR NO 2 B 46
BOGOTA, D.C. - SERRANA AS I

02 003 0972 / 018-25503803



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 11,06 kWh

VALOR DIARIO: $7.573

PERIODO FACTURADO: 29 DIC/2024 A 28 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 343 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 285 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

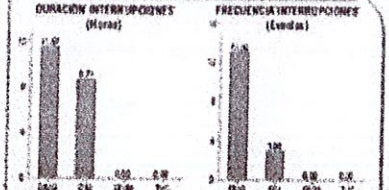
INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	160000020030972
RUTA LECTURA:	10020030968
MANZANA DE LECTURA:	MS00257658
MEDIDOR NO:	018-25503803
MEDIDOR NO:	018-25503803

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140000 denuncias@enel.com.co

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales
Daviplata, Bancolombia, MOVII, NEQUI, Ligo

Corresponsales Bancarios
CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, Vfecty

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Olímpica, Metro

Código QR

Si paga en almacenes de cadena, tenga en cuenta que el horario de atención puede ser diferente al de las oficinas del corresponsal y no en todos aplica el servicio de recaudo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 123 # 54-35/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $358,70 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,66 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: II CIRCUITO: UNO-CUATRO - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sorteo automatizadores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2022. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Contra el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 15/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, lo invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o acérquese a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresa de Colombia), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente y para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de producción y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACION: 03/02/2025 00:20:12
FECHA EXPEDICIÓN: 03/02/2025 12:25:14

JDE: 0850920748078U4cd5516f9a8b5a9d2d30f0164a426ea9a1f2b5c91b883a0647f3326d1409b0402432f2aef2a250611c75a

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 80	900255002179793	SI NO Número de Microchip	FECHA: 20mar2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Magú				COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 3-M	PESO: 1.6 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI_____NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____	

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO___REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nereida Gomez		DIRECCION cr 3 H 100 sur 15	TELEFONO 3143388011
CEDULA: 51.753.653		CORREO ELECTRÓNICO: 3143388011 @sincorreo	
BARRIO O VEREDA Serranias	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N.R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.C CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	132	l/m	F. RESPIRATORIA:	24	r/m	TEMPERATURA:	38.0 °c	TLLC	2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	_____ml.	5-7mg/kg IV
		_____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Medico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Nereida Gomez	51753653

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

16

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51753653
NUMERO
GOMEZ
APELLIDOS
NEREIDA
NOMBRES
Nereida Gómez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1961
PADILLA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
29-ABR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

A-1500121-42099835-F-0051753653-20020422 03617 02112B 02 113813615

3078181

46

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CUENTA

NEREIDA GOMEZ
KR 3 NO 100 SUR 15
USME
BOGOTA, D.C. - SERRANA.AS I

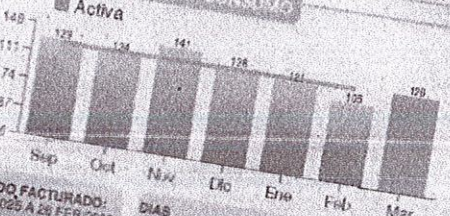
02 003 0985 / 018-25503754

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344059667-2

0027485-3

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $632,92
CONSUMO DIARIO: 4,34 kWh
VALOR DIARIO: $1.609

PERIODO FACTURADO: 29 ENE/2025 A 28 FEB/2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 126 kWh

¡Este mes queremos acercarte a la LECTURA DE TU MEDIDOR ... de energía se encuentra dentro de ...

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020000965
RUTA LECTURA:	10000030981
MANZANA DE LECTURA:	M000057652
MEDIDOR NO:	018-25503754
MEDIDOR NO:	018-25503754

IMPORTANTE
Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



¿COMO PAGAR TU FACTURA?

APP Banco | Internet Banco | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Colombia | Botón de Pago Grupo | Botón de Pago Bancolombia

Corresponsales Bancarios: CONRED | Efecty | El Ruval | Red Cade | Red Multired | Red Servibanca | Almacenes de Cadena

Medios virtuales de Pago | Billeteras Virtuales: MOVII | NEQUI | tpaga

Red Digital | Centros de Servicio: enel

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante de pago. El banco debe expedirlo sin costo alguno. Este comprobante no es de cancelación válido con cargo de mora.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G: $399,10 T: $65,03 D: $250,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 GP: $0,00 / $603,23 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3614 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3647 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115
Línea gratuita 115 Disponible las 24 horas
Registrate gratis
Descarga nuestra App Enel Clientes Colombia
Whatsapp 601 5140056 denuncias@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOTORA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A 28
CODENSA LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 26
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-39/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a una de nuestras 41 puntos Crédito Fácil CODENSA!
Encuentranos escaneando el código
Tasa de referencia del crédito de consumo ordinario vigente a la fecha de corte del extracto. Consulta el costo anual total de financiación (CAT) en el punto de solicitud. Consulta más en www.creditofacilcodensa.com

FECHA GENERACIÓN: 03/03/2025 00:27:39
FECHA EXPEDICIÓN: 03/03/2025 17:53:13

CUDE: 418e9df4088e090a5907b2fbd5b76768e169e075e657d21a99eae9059342520d4525715a7e66ffe1e6686ba3497bf6116da

Factura Impresa por Computador Con Validación de Comprobación DIAN NIT 800.099.312

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturacion - NIT 830.221.151-9

1004

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 81

Expiry – Date: 2029/11/11
900255002179800

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 20/mar/2025

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Cristiano

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X RAZA Mestizo EDAD 2 AÑOS COLOR: Pardo - Blanco

PESO: 3-5 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Lemus Camacho

DIRECCION: Br 4A # 100A Sur 27 TELEFONO: 3229301221

CEDULA: 1'000.971.913

CORREO ELECTRÓNICO: nicopolicia5@gmail.com

BARRO O VEREDA: Antonio José Sucre ESTRATO: 1 LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N.R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS:

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 39.5 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO ___ , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 1000971913

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.971.913**

LEMUS CAMACHO

APELLIDOS

DIEGO NICOLAS

NOMBRES

Diego Nicolas lemus

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

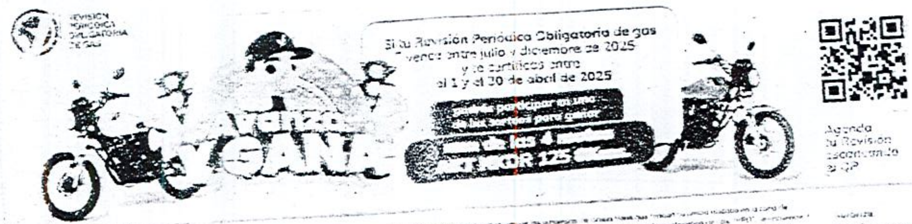
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01095298-M-1000971913-20190826 0067558013A 1 52035468

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Agenda tu Revisión escaneando el QR

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Nequi · dale · BBVA · Banco Pichincha

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, este debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.050.812-8

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

MARIA CAMACHO
KR 4A 100A SUR 27 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

Medidor Gas No. 5107104-45068

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640221420005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago **61982567**

vanti Listo — TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 846.047**



Escanea el código QR y participa aquí.

Usando tu cupo Vanti Listo por un monto igual o superior a $2.500.000*

Promo válida del 13 de enero al 23 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

exito

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasoriente S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación consultable en grupovanti.com/vantilisto/celebraciones. Campaña válida entre los días 13 de enero hasta el 28 de febrero de 2025 o hasta agotar existencias. Se entregarán en total 10 computadores.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

08

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

IS: 9569139478 DV: 317512
nte: 112044 VANTI GAS NATURAL BOGOTA - INTEGRACION
a: 25/02/2025 13:50:55
010032
RENCIA 61982567
rencia: 61982567 Valor: $284.590,00

ica condiciones particulares con el cliente beneficiario
onserve este recibo, es el unico orte valido para atender cualquier reclamacion.
ara reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
ervicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Febrero 2025

61982567

vanti

2 — 3 — 4

Fecha de suspensión: eb. 2025

Periodo facturado: Ene. - Feb. 2025

Emisión de tu factura: 12 Feb. 2025

	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	6M3	3.370,38	0,00	20.225,28
	20M3	3.712,35	0,00	74.247,00
MENOS SUBSIDIO (60%)	1UN	-44.548,20	0,00	-44.548,20
AJUSTE DECENA	1UN	0,93	0,00	0,93
RECAUDO TERCEROS Cocsepark Protecc	0	9.112,00	0,00	9.112,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	8.419,00	0,00	8.419,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	67.476,99	0,00	67.476,99
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $148.371,14

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.96 % V-Remode y Materiales Vanti	7/24	122.218,86	67.476,99	122.218,86
1.9600 % Cuota Protegida	7/12	14.000,00	0,00	14.000,00

2 — Total $136.218,86

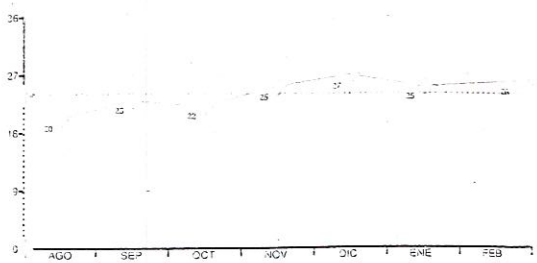
3 — Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $284.590,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Uno | Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
11 Ene. 2025	7131	REAL
09 Feb. 2025	7165	REAL

m³ corregidos: 7165 - 7131 * Factor de corrección = 26

Tu próxima lectura será: Entre 05 y el 10 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.38

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.234

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: 31 Dic. 2029

La revisión de la instalación interna es su responsabilidad. Hágala mediante los diferentes canales autorizados en el país. Recuerde: Resoluciones 059 de 2015 y 41283 de 2016

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

[illegible] pagó este mes es de $3371.

Nov. $2362 Dic. $2362 Ene. $2480

[illegible] Semestre Sep '24 [illegible]

Componentes tarifarios

Cmt: 1844.46 Tte: 317.62 Dmt: 617.95 Cm: 0.0
Pc: 90.05 Dm: 0.0 Dtt: 0.0 Dv: 0.0
Dcm: 0.0 Fecha: 42.408 Dm/R: 0.0 Dtt/R: 0.0

[illegible] factura incluye un total de 183 [illegible]: 307

Valor [illegible] Interno del GLP: $ 3162.619

Factor de corrección

Vm: 34 Pcl: 0.76727 Pz: 1.00534 Pc: 0.77213
Vm: 26 Pm: 13.74 Pz: 15.36 Pc: 1.01008
Pm: 0.752 Pm: 0.023 Pc: 1.0

Factor de corrección: 0.77213

Indicadores de calidad

IEV: 100.0 DES: 0.0 CI: 100.0 IPL: 100.0





(415)7709998026025(8020)61982567(3900)00000000284590

Factura No. F15B26B00966

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 82	900255002179805	NO de Microchip	FECHA: 30-Marzo-25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mateo				COLOR: amarillo	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA chihuahua	EDAD 8 M	PESO: 4,4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar León Perez Madrigal	DIRECCION Kr 3 N° 94 sur 20	TELEFONO 3142759818
CEDULA: 79.409.776	CORREO ELECTRÓNICO: 3142759818 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA Serranías / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachillerato / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa 24-04-24 HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 19/09/16

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

05



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.409.116
PEREZ MADRIGAL

APELLIDOS
OSCAR LEON

NOMBRES

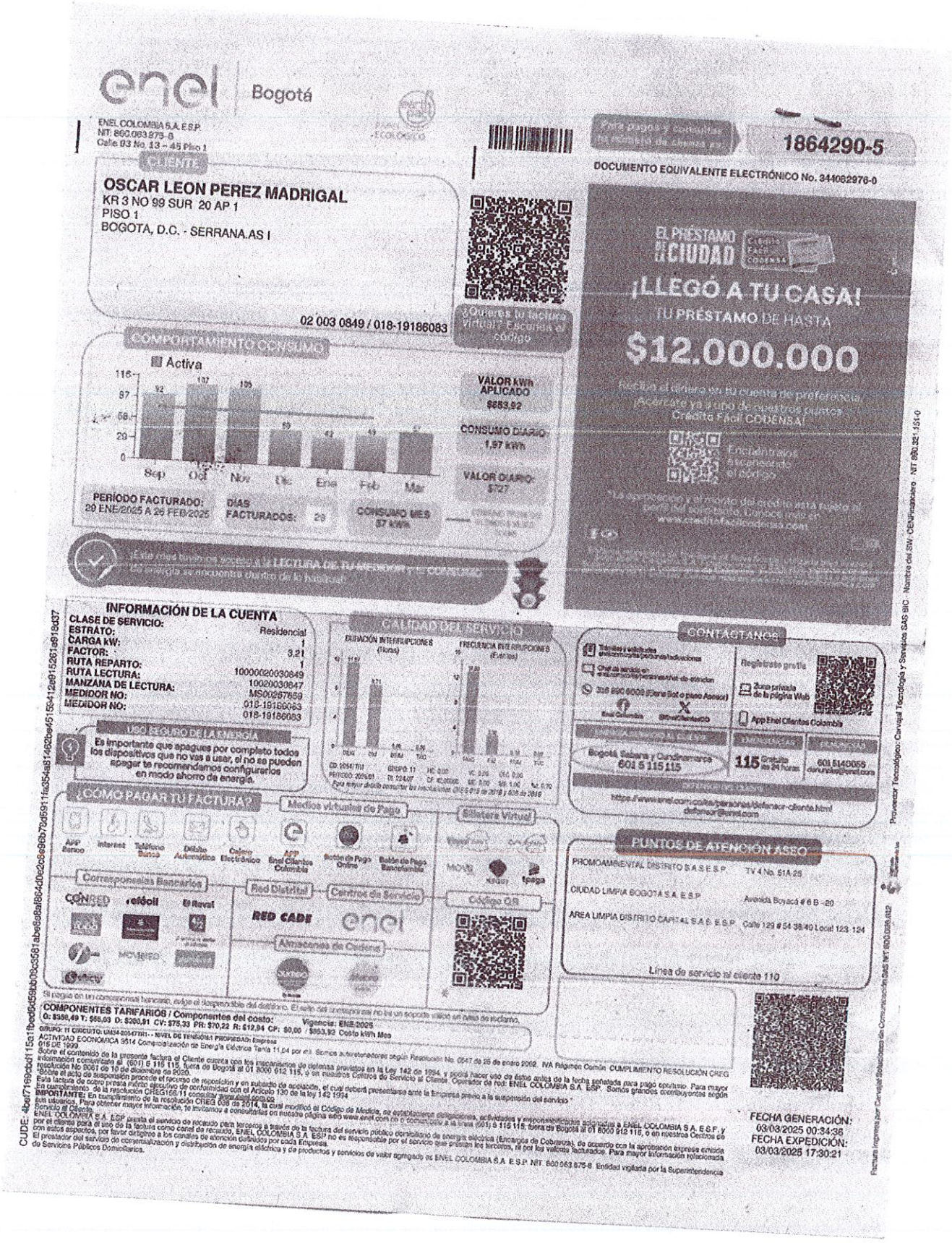
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1960
ACHI
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-NOV-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00062223-M-0019409116-20080901 0002831266A 1 1310002277



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas de saldo de cuenta por: 1864290-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344062976-0

CLIENTE
OSCAR LEON PEREZ MADRIGAL
KR 3 NO 99 SUR 20 AP 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - SERRANA.AS I

02 003 0849 / 018-19186083

¿Quieres tu factura Virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
92	107	105	59	43	43	57

VALOR kWh APLICADO $853,92
CONSUMO DIARIO 1,97 kWh
VALOR DIARIO $727

PERÍODO FACTURADO: 29 ENE/2025 A 26 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 57 kWh

¡Este mes tuvimos un acierto a la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil COOPENSA
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil COOPENSA!
Encuéntranos a la derecha o escanea el código
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil crediticio. Consulta más en www.creditofacilcoopensa.com

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,21
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020030849
RUTA LECTURA:	10020030847
MANZANA DE LECTURA:	MS00267659
MEDIDOR NO:	018-19186083
MEDIDOR NO:	018-19186083

USO SEGURO DE LA ENERGÍA
Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO
DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

CONTÁCTANOS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas
601 5140055 denuncias@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?
Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-28
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B –20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 38/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

Si pagas en un corresponsal bancario, evita el desperdicio del dataloro. El valor del corresponsal no lo un soporte valido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2025
D: $350,49 T: $55,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CP: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM34-20547R1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por el Comercializador según Resolución No. 0547 de 26 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamos previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 108 11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranzas), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/03/2025 00:34:36
FECHA EXPEDICIÓN: 03/03/2025 17:30:21

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.026.612

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturero - NIT 860.321.151-0

CUDE: 4be771690bd115a1fbed9d59bb08c5581abe6e8af864d0e2c9e96b72d59117fa05ea814632be45115c412e8152613e818d37

50

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 83	900255002179382	SI NO Número de Microchip	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chimuelo				COLOR: Arena	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 8M	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____	

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Ines Pava Gonzalez	DIRECCION: cl 70z Sur 5-90	TELEFONO: 3114220781
CEDULA: 39.766651	CORREO ELECTRÓNICO: 3114220781 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Noveno / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa FEB 10/25

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin excepciones ni reclamos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Martha Pava	39766651

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 39.766.651

PAVA GONZALEZ

APELLIDOS

MARTHA INES

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA


A-1500150-0113911 6-F-0039766651-20200601 0070722318A 1 9912246635

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1970

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

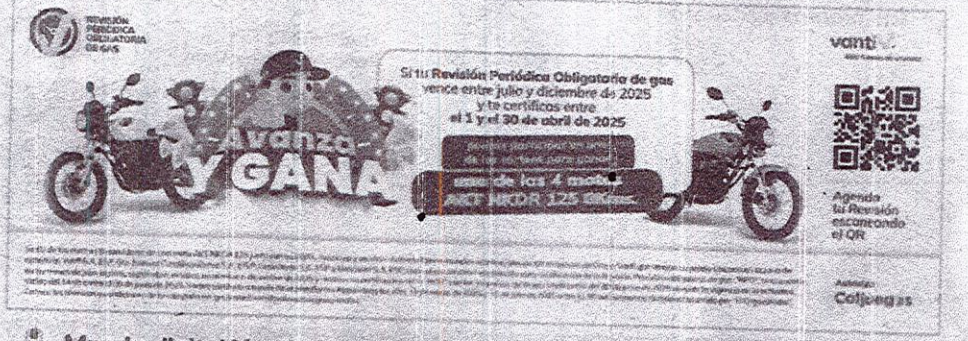
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAR-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Red Multicolor · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Occidente · Banco Popular · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que su rápida el acceso o medición o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7049/20172024

¡Hola!

MARINA GONZALEZ
CL 102 SUR 5 9 00001 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de av
Vanti S.A
Medidor Gas No. 5077101-10145

Lote: P07GN **Ruta:** 0011640201010005000 **Código del Sector:** 110

Cuenta o referencia de pago 61396461

vanti Listo

Compra [illegible] y paga [illegible] en cuotas [illegible] en tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

Rémitente VANTI
MARINA GONZALEZ
CL 102 SUR 5 9 00001
BOGOTA
Cuenta: 61396461
70210

Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Solidaria a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP, GasNober S.A. ESP

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: **61396461**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más forma

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
25 Mar. 2025	26 Mar. 2025	Feb. - Mar. 2025	12 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
Vanti Max	1UN	11.924,37	2.265,63	14.190,00

1 – Total **$14.190,00**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 – Total **$0,00**

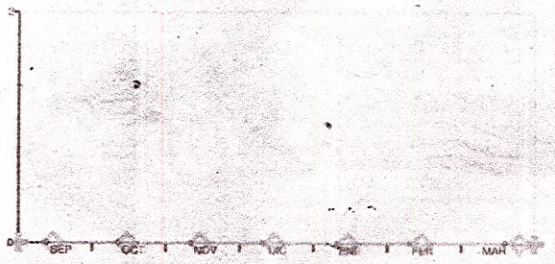
3 – Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$14.190,00**

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Uno | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
09 Feb. 2025	9767	REAL
09 Mar. 2025	9767	REAL

m^3 corregido= 9767 - 9767 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será Entre 05 y el 10 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2825.91

Estimado cliente recuerde que tiene entre Nov/2024 y el 30/04/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/05/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Ob

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2025

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Tarifas

El valor del m^3 de gas este mes es

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifari

Gm: 1604.97	Tm: 526.97	Dm: 621.22
Pi: 72.75	Cvm: 0.0	Cufm: 0.0
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m^3 de gas equivale: 0

kWh y el precio unitario del kWh es: $0.0

Factor de corrección

Vm: 0	Kp: 0.76628	Kt: 1.0054	
Vc: 0	Tm: 14.01	Te: 15.56	
Pa: 0.751	Pm: 0.023	P^2 pv: 1.0	

Factor de corrección: 0.77041

Indicadores de calida

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0



(415)7709998026025(8020)61396461(3900)00000000014190

Sonia grande contribuyentes Resolución 000600 Diciembre 27/2024 Retención de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4259 de 17 Jul/1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764071160089 del 27/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 20000001 hasta 60000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-1100-1000 6. VANTI S.A. ESP. NIT 800.007.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Factor Tecnológico SA
Resolución 19 4

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de historia clínica: 84	900255002182912	NO Microchip	FECHA: 20/mar/25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chesy				COLOR: Blanco y Negro	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3A	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Pedro Miguel Duran	DIRECCION Fr 74 I N° 73C Asur 75.	TELEFONO 3135288722
CEDULA: 88.026.278	CORREO ELECTRÓNICO: 3135288722 @ Sin correo.	
BARRIO O VEREDA Centro USME / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: ✓
N/A	N/R	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 24-02-23

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138.4 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29388 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** X o **RECHAZO**_____**la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Pedro Miguel Duran	88026278

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **88.026.278**

DURAN

APELLIDOS

PEDRO MIGUEL

NOMBRES



Pedro Miguel Duran

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1975**

TIBU
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-DIC-1998 TIBU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00888219-M-0088026278-20170310 **0054**166018A 1 1234341627

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

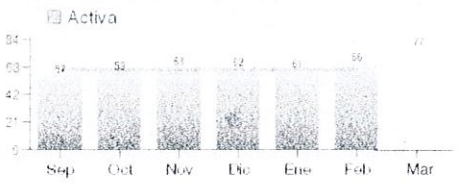
Para pagos y consultas
Cuenta No.

6103368-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344097784-0

JUAN JOSE GONZALEZ CABALLERO
KR 14 I NO 136 A SUR 75 TO 13 AP 604
BOGOTA, D.C. - CENTRO USME

02 015 7637 / 075-279226



VALOR kWh APLICADO
$853,92

CONSUMO DIARIO:
2,66 kWh

VALOR DIARIO:
$982

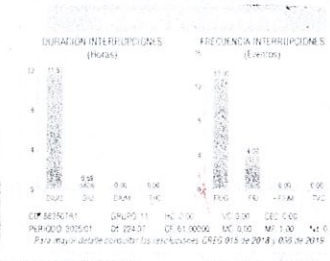
PERIODO FACTURADO: 29 ENE/2025 A 26 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES 77 kWh

Hemos registrado una variación en el consumo durante este periodo. Por eso, hemos facturado a partir de la siguiente explicación: Tu consumo actual no supera el promedio de los clientes de tu mismo estrato



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000020157637
RUTA LECTURA:	10020161100
MANZANA DE LECTURA:	MS00259943
MEDIDOR NO:	075-279226
MEDIDOR NO:	075-279226



RECOMENDACIÓN
Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites-y-solicitudes	Regístrate gratis
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion	Zona privada de la página Web
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)	App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelClientesCO	

ENERGÍA: CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.	TV 4 No. 51A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 29
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 38 49 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

MEDIOS DE PAGO

Medios Virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: MOVII, NEQUI, Lpaga

Corresponsales Bancarios: CONDED, efécil, Te Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena: MELO

Si pagas fuera de tu ciudad de facturación, recuerda que puede tener costos adicionales. Consulta en tu entidad financiera. Cobro sujeto a políticas de cada entidad financiera.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE 2025
G: $358,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 C: $853,92 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM16-88250TR1- - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156 11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Emitido vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/03/2025 00:47:41
FECHA EXPEDICIÓN: 03/03/2025 15:52:22

CUDE: 615d015fcb52bd107d031d0c28ce8aaa3338dc8c5ba144ca12c376d59f66777fdf3325a17af3d32cb748a9d1d2f3573

Factura registrada por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 805.009.595-5 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN-financiero - NIT 890.321.151-0



ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 95

900255002183273

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 20/mar/2025

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Loky

COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO X SEXO: HEMBRA ___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 4.4 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maribel Vargas Garcia.

DIRECCION: cr 9 # 110 B Sur 02

TELEFONO: 3123116585

CEDULA: 52.457.726

CORREO ELECTRÓNICO: 3123116585@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Usminia

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N.R.

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Dic- 2024.

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
134 l/m	24 r/m	38.4 ºc	2 seg	rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin ningún tipo de presión.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Maribel vargas Ecacia	52 457 726

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

55

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.457.726
NUMERO

VARGAS GARCIA
APELLIDOS

MARIBEL
NOMBRES

Maribel Vargas Garcia
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1979
LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

13-AGO-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REBOIFO LOPEZ

A-1505800-39124863-F-0052457726-20040908 02303042521 02 136569974

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: U4 RUTA: U44781A

BIMESTRAL

12053053
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40031590116
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
CARLOS ALBERTO LEON QUINTERO

Dirección del predio
KR 9 110A SUR 02

Barrio: USMINIA **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**1**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**0**

Período facturado	DIC/03/2024	ENE/30/2025
Pago oportuno	MAR/06/2025	
Suspensión	MAR/11/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/29/2025	FEB/19/2025 05:31:32	FEB/19/2025 14:54:52

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

20480

170227 84044 1/2

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO

PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 36	900255002179386	SI NO Número de Microchip	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Brillo				COLOR: Negro con blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 3A	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabrielina Ruiz Pedraza	DIRECCION Dg. 98D Sur #2A-23	TELEFONO 3142586925
CEDULA: 21.110.554	CORREO ELECTRÓNICO: gabyruiz0794@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Virrey 2do sector / ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R
N/A	Diciembre/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES:				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación: 21110554

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

53


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
21110554
RUIZ PEDRAZA
APELLIDOS
GABRIELINA
NOMBRES
FIRMA


A-1500100-42064082-F-0021110554-20001219
0005700364H 01 0026483611
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
22-OCT-1979 VILLETA
ESTATURA
1.58
G.S. RH
O+
SEXO
F
LUGAR DE NACIMIENTO
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
FECHA DE NACIMIENTO
07-SEP-1961

35

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas indique el número de cliente

6955615-7

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344265776-5

CUENTE

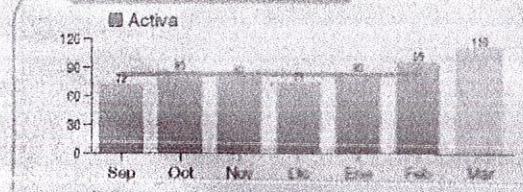
GABRIELINA RUIZ PEDRAZA
DG 98 D SUR NO 2 A 23 PI 3
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

03 022 6028 / 117-1794

¿Quieres tu factura física? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil COMENSA!
Encuéntralos escaneando el código
www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,92
CONSUMO DIARIO: 3,79 kWh
VALOR DIARIO: $1.654

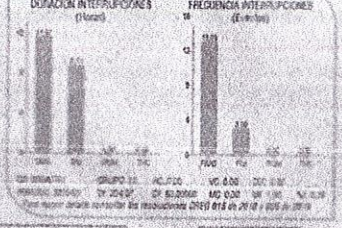
PERÍODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 110 kWh

Factura basada en LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO real

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000302802B
RUTA LECTURA:	100000302A49
MANZANA DE LECTURA:	MS-0028-1562
MEDIDOR NO:	117-1794
MEDIDOR NO:	117-1794

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 5140085 denuncias@enel.com
https://enersinal.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

Tips de ahorro de energía

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Otros, Botón de Pago Bancolombia

Billeteras Virtuales: Daviplata, MOVII, NEQUI, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del sistema. Si este no corresponde no es un soporte válido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-33/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE 2025
G: $358,49 T: $56,05 D: $200,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $0,00 / $853,92 Costa kWh Mes

GRUPO: (1 CIRCUITO) 6324 2041111 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9967 de 18 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Este documento da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014 la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

FECHA GENERACIÓN: 04/03/2025 01:01:11
FECHA EXPEDICIÓN: 04/03/2025 14:59:18

CUDE: 962dd72d4401f0d663cbe6c3efc9a82951121b25f9c8ffc9a1f2d5f0025201afbc50bf517f101f058cab04baf76b9b3cd9f

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación BAS NIT 900.699.632-2 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Monitoreo red SIN - CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de historia clínica: 87	900255002182919	NO chip	FECHA: 20-03-25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: STUART				COLOR: amarillo / Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 2A	PESO: 4,5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yatelne Pineda Rodriguez	DIRECCION cl 93 A bis sur 8-88	TELEFONO 3203163210
CEDULA: 23995891	CORREO ELECTRÓNICO: YatelnePineda7@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Virrey	ESTRATO: 2.	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NOVENO NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Feb/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 26-02-25.

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno	
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes preoperatorios.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Parra T.P. 372015 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29913 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Jakeline Pineda R.	23995891

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23995891

PINEDA RODRIGUEZ
APELLIDOS

YAKELINE
NOMBRES

Yakeline Pineda
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1983
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

20-MAR-2001 SABOYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

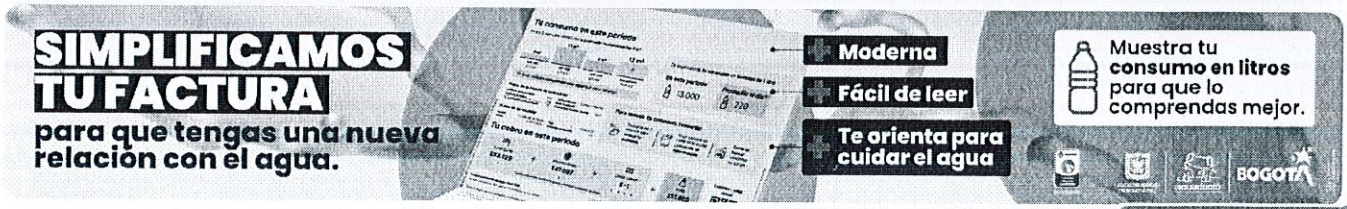
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0722600-33092761-F-0023995891-20010716 0067501194B 01 101112723

26







ESTÁS INSCRITO EN **FACTURA VIRTUAL**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

KAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto **ZONA:4** **CICLO: U4** **RUTA:U44772A** **BIMESTRAL**

11247387
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41342884115
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
HORACIO RINCON FANDIÑO

Dirección del predio
CL 93A BIS SUR 8 88
Barrio: EL VIRREY **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

56

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	2
Unidades No Habitacionales:	0

Período facturado	DIC/03/2024	ENE/30/2025
Pago oportuno	MAR/06/2025	
Suspensión	MAR/11/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/29/2025	FEB/19/2025 05:29:19	FEB/19/2025 15:12:45

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

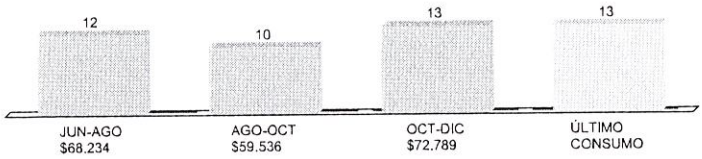
Llámanos **116** Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Nit. 890.930.534-0 • 10/01/2025, 04:46

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 12



En este periodo consumiste la misma cantidad de agua que en el anterior.

Te explicamos **tu consumo en botellas de 1 litro**

En este período 13.000

Promedio al día 220

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 4136
Lectura anterior 4123
Tu consumo este período 13

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca AQUAFORJAS
Serie 99AB1000104

Tipo VOLU015C
Diámetro pulgadas ½

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para **reducir tu consumo**

Tener siempre un balde en la ducha para **reusar el agua recogida**

Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este período

Acueducto **$38.482,84** (1) + Alcantarillado **$34.582,93** (2) + Otros cobros **$25.333-** (3 4 5 6)

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el período actual

= Total a pagar **$47.733**

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a91554c761fa3ca5d64f6a390cbe45c82591bf20fe4f84e53cf38978f314569e5beb48fc38a90e31a8979b307e5b29e5

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$9.195,79		-40		$7.357-	$5.517,47		$11.034,58
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.519,02		-40		$18.299-	$2.111,41		$27.448,26
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							**$25.656-**			**$38.482,84**

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,95		-40		$3.497-	$2.622,57		$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	13,00		$3.761,31		-40		$19.559-	$2.256,79		$29.338,03
Subtotal							**$23.056-**			**$34.582,93**

* Corresponde a consumos de hasta 11 m³ mensuales (22 m³ bimestrales). ** (+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1, 2 o 3.
*** La **tarifa** se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, agrega un %.

Tasas ambientales

Estos valores **ya están incluidos** en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$17,12	$52,78
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$223	$686

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada período facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
I-ajuste a la decena	$4
D-ben. min. vital total	$25.337-
Subtotal	25.333-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Subtotal	

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto	Valor
Subtotal	$0

Pagos por la página web, app y billeteras

App EAAB
EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago

puntored

FARMATODO

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$47.733

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (**Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario**).

(415)7707200485271(8020)413428841155(3900)000000047733

8973

21464 10625 2/2

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 88	Expiry – Date: 2029/02/26 900255001146325 SI NO Número de Microchip	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Carbón				COLOR: Negro - blanco	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA mestiza	EDAD 8m	PESO: 3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO___	

ORIGEN: NS/NR__ RESCATADO___ COMPRADO___ ADOPTADO X REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Katherine. Mamanche	DIRECCION Dg 99 sur # 2B04	TELEFONO 3143663228
CEDULA: 1'001-220-110.	CORREO ELECTRONICO: 3143663228 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA Serranias.	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.D	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa U.E	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.E
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 134 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.4 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Katherine Mamanche	1001270110

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

A3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.270.110**
MAMANCHE BERNAL
APELLIDOS
KATHERINE
NOMBRES

Katherine Mamanche
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-2001**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-MAR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01074962-F-1001270110-20190513 **0065**304911A 1 50987210

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-9
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1637322-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340517703-0

CLIENTE

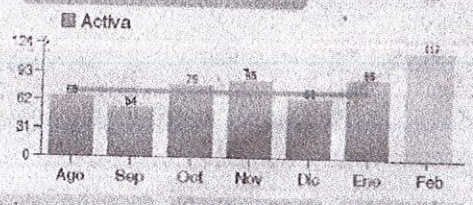
LUZ DARY BERNAL JIMENEZ
DG 99 SUR NO 2 B 04
BOGOTA, D.C. - SERRANA AS I

02 003 0958 / 018-25503782

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh

VALOR DIARIO: $1.390

PERÍODO FACTURADO: 29 DIC/2024 A 28 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 117 kWh

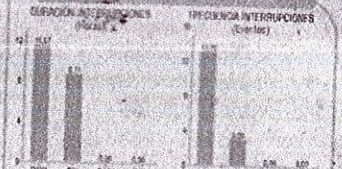
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000030958
RUTA LECTURA:	10020030954
MANZANA DE LECTURA:	MS00257658
MEDIDOR NO:	018-25503782
MEDIDOR NO:	018-25503782

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y más fácil en enel.com/personas/hablemos
Chat de opciones
926 890 6003 (Línea Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

CANALES PRESENCIALES	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140065 denuncias@enel.com

CANALES VIRTUALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banca | Internet | Teléfono Bancos | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata | Efectivo | MOVII | NEQUI

Corresponsales Bancarios

CONFECOOP | efecty | Red Reval | MOVIRED | Efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Olímpica | Jumbo

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del cajero. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $366,76 T: $58,19 D: $200,72 CV: $100,00 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: LIN34.2034TRF - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 018 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994. Para hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0001 de 16 de diciembre de 2016.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro a la suspensión del servicio.

Esta factura da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se constituyen en obligaciones, atribuciones y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Terceros de Colombia, de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos asuntos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/02/2025 00:19:19
FECHA EXPEDICIÓN: 03/02/2025 12:49:07

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.0396.932

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.521.151-0

CUDE: 7e87d564b7209d5f4e89b09f5506b6bc2401456b38ea0f0956e3e8830761b77729da804773e8c7001b6ce5c2d56a25db

47

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 89	Expiry – Date: 2029/11/11 900255002182917	NO Microchip	FECHA: 20/mar/2025

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASEN[illegible] ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Silvestre			COLOR: amarillo / Blanco
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Mestizo / EDAD 3M	PESO: 1.5 KG / MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Felipe Daza	DIRECCION cl 115A Sur 5-32	TELEFONO 3024002840
CEDULA: 80.457.963	CORREO ELECTRÓNICO: 3024002840 @ Sin correo	
BARRIO O VEREDA Villa Israel / ESTRATO: 1.	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N/A	N/R	**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 127 l/m	F. RESPIRATORIA: 20 r/m	TEMPERATURA: 37.9 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.08 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37205 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29933 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Luis Felipe Dea	80451963

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
ÍNDICE DERECHO
20-JUN-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-1500150-01183346-M-0080451963-20201127
0072835421A 1
9913898615


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 80.451.963
DAZA RODRIGUEZ
APELLIDOS
LUIS FELIPE
NOMBRES
FIRMA

49

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA: U44780A BIMESTRAL

11343652	40698199714
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	DIC/03/2024	ENE/30/2025

Pago oportuno	MAR/06/2025	Suspensión	MAR/11/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/29/2025	FEB/19/2025 05:29:28	FEB/19/2025 15:10:42

¡Hola!

Factura a nombre de

FIDEL BAQUERO MORA FIDEL BAQUE

Dirección del predio

CL 115A SUR 5 32

Barrio: VILLA ISRAEL **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	1
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 860.035.534-6

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de historia clínica: 90	900255002182929	NO	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Happy			COLOR: Gris/ Blanco	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 11 M	PESO: 5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___		

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yojan Esneider Rivera Ruiz	DIRECCION: Dg 98D sur # 2 A23	TELEFONO: 3142558603
CEDULA: 1023018848	CORREO ELECTRÓNICO: Sosatatiana145@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA: La Esperanza	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R
N/A	JULIO/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 27 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Johan Rivera	1023018848

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

54


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.023.018.848
NUMERO
RIVERA RUIZ
APELLIDOS
YOJAN ESNEIDER
NOMBRES
Yojan Rivera
FIRMA


P-1500150-00880999-M-1023018848-20170206 0053476372G 2 999866086?
INDICE DERECHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
03-FEB-2015 BOGOTA D.C.
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ESTATURA
1.77
G.S. RH
O+
SEXO
M
LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
FECHA DE NACIMIENTO
01-FEB-1997

SA

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas ingresa tu número de cliente en: **6955615-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344265778-5

CUENTA

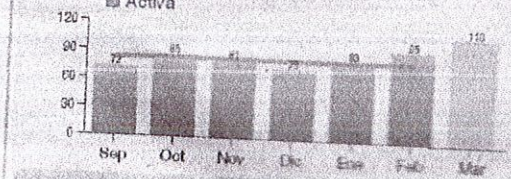
GABRIELINA RUIZ PEDRAZA
DG 98 D SUR NO 2 A 23 PI 3
BOGOTA, D.C. - LA ESPERANZA DE USME

03 022 6028 / 117-1794

Consulta tu factura online / Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA
¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencial
Acércate a una de nuestras Puntos
Crédito Fácil CODENSA
Encuentra tu tienda escaneando el código
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Consulta términos en
www.creditofacilcodensa.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO



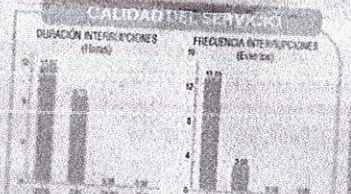
VALOR kWh APLICADO: $663,92
CONSUMO DIARIO: 3,79 kWh
VALOR DIARIO: $ 404
PERÍODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 110 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,60
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000030229026
RUTA LECTURA:	100302301 40
MANZANA DE LECTURA:	MS0000105E
MEDIDOR NO:	117-1794
MEDIDOR NO:	117-1794

USO SEGURO DE LA ENERGÍA
Es importante que apaguen por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/canales-de-atencion.html
316 890 9009 Línea 24x7 paso Asesor
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Cundinamarca	Peñoles
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 8140065 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios recaudo de Pago
APP Banco
Internet
Teléfono Banco
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Botón de Pago Semiautomático

Billetera Virtual
Daviplata
Nequi
Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Red Cade
Autoservicios de Cobranza

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el respectivo recibo físico. En este no consignamos en efectivo en cajeros electrónicos.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P	TV 4 No. 61A 25
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cobro: Vigencia: ENE 2025
D: $388,49 T: $96,03 D: $260,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,64 CF: $0,00 $853,82 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM14-29545TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1184 por res. Bonos Administradores Ningún Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. DUPLICADO RESOLUCIÓN CREG 015 de 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para dicho cobro. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Sobre el acto de suspensión proceda el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156-11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de acuerdo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercial), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8 Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

FECHA GENERACIÓN: 04/03/2025 01:01:11
FECHA EXPEDICIÓN: 04/03/2025 14:59:16

CUDE: 962dd7264401dd6d3dbe643dfc9a3295121b25f9c8fb9a113d5d0025d1a8b2d0d6517f11d105558a04ba77bf9f8b3d9f

Factura impresa por Gensoft Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.892-1
Proveedor Tecnológico: Gensoft Tecnología y Servicios RAEBC - Nombre del SW: CENEnalumo - NIT 860.321.151-0

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 91

900255002179848

SI NO Número de Microchip

FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tigger

COLOR: Atrigado

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA Mestizo EDAD 7meses PESO: 3.4 KG MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Julieth Rangel Mesa

DIRECCION Kr. 3C 98D Sur 22 - 01

TELEFONO 3175253997

CEDULA: 1.022.964.932

CORREO ELECTRÓNICO: yessemni902@gmail.com

BARRIO O VEREDA Virrey

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buen Estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Noviembre/24

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: 09/12/24 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 25 r/m	TEMPERATURA: 38.3 ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Karen Rangel	Nro de Identificación: 1022964932.

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.964.932

RANGEL MESA

APELLIDOS

KAREN JULIETH

NOMBRES



KAREN RANGEL MESA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1990

AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

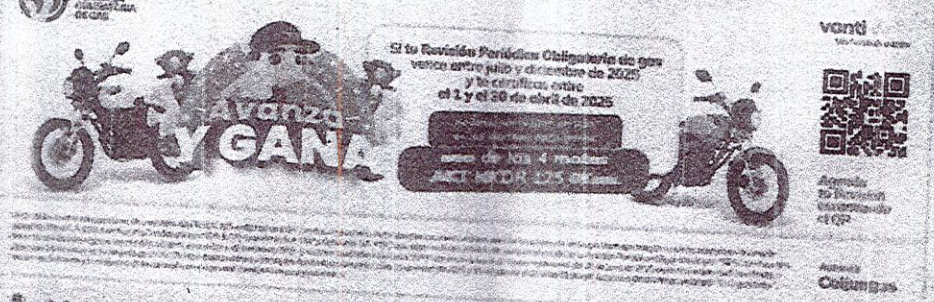
17-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00154058 F-1022964932-20090407 0010602553A 1 28679065

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Reservia que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Nequi · dale

*Permite solicitar/cancelar inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.056.612-0

¡Hola!

JORGE RANGEL
KR 3C 98D SUR 22 00001 - BELLAVISTA
BOGOTA

Medidor Gas No. 0095

Lote: P02GN **Ruta:** 0011640050090005000 **Código del Sector:** 108

Cuenta o referencia de pago **61300269**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.00**

Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre dirigido

www.grupovanti.com

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir

Línea de WhatsApp 315 416

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 202

actura de gas Marzo 2025

enta o referencia de pago 61300269

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno 17 Mar. 2025

2 Fecha de suspensión 18 Mar. 2025

3 Periodo facturado Feb. - Mar. 2025

4 Emisión de tu factura 05 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
. SIN SUBSIDIO	15M3	2.825,91	0,00	42.388,65
. CON SUBSIDIO	20M3	3.167,28	0,00	63.345,60
S SUBSIDIO (58%)	1UN	-33.370,46	0,00	-33.370,46
TE DECENA	1UN	-3,79	0,00	-3,79

1 Total $72.360,00

us financiaciones

a de interés/Concepto	Cuota #	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

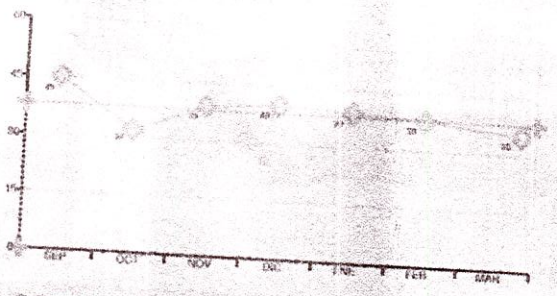
Valor facturas vencidas $0,49

Total a pagar 1 + 2 + 3 $72.359,51

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Uno | Días de consumo 29

Fecha	Lectura	Tipo
04 Feb. 2025	2181	REAL
04 Mar. 2025	2226	REAL

m³ consumidos= 2226 - 2181 * Factor de corrección = 35

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 06 de Abril

Novedades de tu factura

Cuota $ 2825.91

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

(415)7709998026025(8020)61300269(3900)00000000072360

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Ago. 2026

La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse en las fechas establecidas según la normatividad vigente* *Resoluciones 0501 de 2013 y 41295 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2826.

Dic. $2362 Ene. $2480 Feb. $3371

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1604.97	Tm: 526.57	Dm: 621.22	Cm: 0.0
Pr: 72.75	Cvm: 0.0	Cufm: 0.0	Cuvm: 0.0
Com: 0.0	Fpcm: 42.475	DAUR: 0.0	DAUNR: 0.0

Mjtm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 413 kWh y el precio unitario del kWh es: $175.215

Factor de corrección

Vmc: 46	Kz: 0.76828	Kt: 1.00547	Pt: 0.77047
Vc: 35	Tmr: 13.89	Tc: 15.56	Pc: 1.01008
Pa: 0.751	Pmr: 0.025	P pc: 1.0	

Factor de corrección: 0.77047

Indicadores de calidad

Real: 100.0 DES: 0.0 IC: 100.0 IPR: 100.0





70998

C1

23dcbe0001f14ef7fc80a87bfaac42a9d9416a911c9e23aac8970e85dccc7c9137b6564ad1a9581bba8317c4426b6d6e7e2 Factura No. F15B25865815

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 92

900255002183277

NO Número de Microchip:

FECHA: 20-marzo-25

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lince

COLOR: Gris con blanco

ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X

RAZA: Mestizo

EDAD: 1 año

PESO: 3.5 KG

MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __ NO X

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO X

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR
CASERO___ CONCENTRADO X MIXTO
OTRO ___

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO X COMPRADO___ ADOPTADO___ REGALADO___ PERRO DE CUADRA___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Garzón

DIRECCION: Dg. 99 Sur # 70.07

TELEFONO: 313 259 1636

CEDULA: 39.765.870

CORREO ELECTRÓNICO: tareo6@hotmail.com

BARRIO O VEREDA: Brazuelos

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: octavo

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N.A

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m

F. RESPIRATORIA: 24 r/m

TEMPERATURA: 38.5 ºc

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

Dr. Juan Pablo Rocha
T. P. 37203
Médico Veterinario

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL

Dr. Jorge León
Tp. 29988
Médico Veterinario

FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor: Sandra Garzon	Nro de Identificación: 39.765.870

Yo._____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

79


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 39.765.870
GARZON VASQUEZ

APELLIDOS
SANDRA

NOMBRES

Sandra Garzon V.

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-DIC-1986 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01306808-F-0039765870-20220706 0079969799A 1 8505031820

3947

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 95 No. 13 – 45 Piso 1

1997813-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340624205-6

3947

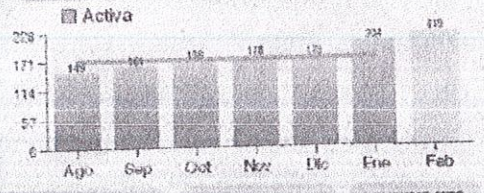
JORGE WILSON PARDO LUGO
DG 99 SUR NO 7 D 07
BOGOTA, D.C. - DESARROLLO BRAZUELOS I

02 009 3907 / 110-11035333



Nombre del SW: CENFacturacion - NIT: 860.821.154-9

CONSUMO FACTURADO EN kWh



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 7,06 kWh

VALOR DIARIO: $4.094

PERÍODO FACTURADO: 29 DIC/2024 A 28 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 219 kWh

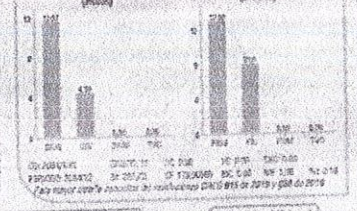
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	6,06
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000020093907
RUTA LECTURA:	10020090845
MANZANA DE LECTURA:	MS00556A3
MEDIDOR NO:	110-11035333
MEDIDOR NO:	110-11035333

USO RACIONAL DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/personas/tramites-y-servicios

Chat de asesores enel.com.co/personas/contacto-de-clientes

318 560 6003 (Elena Bot o para Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito 24 horas

018000 944 115 Gratuito 24 horas

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Enel Colombia Corporativo; Botón de Pago Online; Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: MOVII

Corresponsales Bancarios: Red Unired; Red Cade; Centros de Servicio; Código QR

Almacenes de Cadena

Si pagas en un corresponsal bancario, asegúrate de diligenciar los datos de la factura que aparecen en el recuadro inferior, en caso contrario...

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 61A 60

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 38 40 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024

G: $356,79 T: $59,19 D: $280,22 CV: $108,36 PR: $89,75 R: $5,44 CF: $0,00 / $577,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: URD-0854TRO - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 8514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ref. Sector autorreferenciado según Resolución No. 9047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Usuario cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dicha ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Buenos gratuitos contribuyentes según operación No 9061 de 10 de diciembre de 2008.

Dentro el plazo de ley podrás presentar el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa prevista en la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156 11 consultar www.enel.com.co

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la Circular 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor comunícate a los canales de atención señalados por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

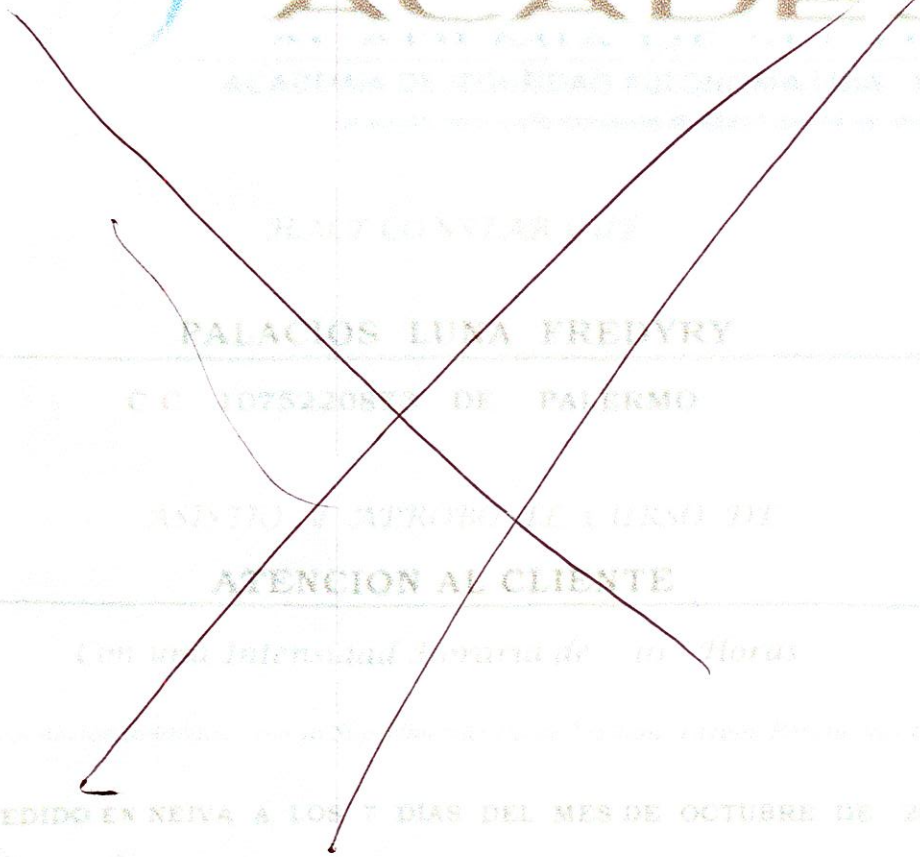
FECHA GENERACIÓN: 03/02/2025 00:21:21
FECHA EXPEDICIÓN: 03/02/2025 13:01:09

CUDE: b72f04ef22423179314d6b5871f0644de7559dc68aa4d6511201bd2da1ab65ab4b0eb741a01bd2da5b017838987f6c5f90

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación 860.821.154-9 FOLIO 0/0 FACTURA ELECTRÓNICA

ACADESA



ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 93	900255002183283	NO microchip	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Orus		COLOR: atigrado Gris		
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA: Mestizo	EDAD: 1A	PESO: 4.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___			

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO X REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Bellunith Ortiz Diaz	DIRECCION: Dg 100 D Sur 1D 74	TELEFONO: 3168096834
CEDULA: 63.790.264	CORREO ELECTRÓNICO: Belliortiz27@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: Antonio Jose Sucre	ESTRATO:	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Décimo NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	N/R	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m	F. RESPIRATORIA: 80 r/m	TEMPERATURA: 38.4 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin examenes prequirúrgicos

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
C Bellanthontz	1.57402649

Yo._____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

15

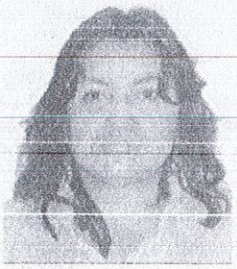
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.790.264

ORTIZ DIAZ
APELLIDOS

BELLANITH
NOMBRES

Bellanith Ortiz Diaz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1979
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

24-SEP-1997 NATAGAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00164491-F-0065790264-20090727 0013971731A 1 131[illegible]02096

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

tu factura

, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.



Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de uno o varios cuentas cobro en una sola transacción

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras novedades

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Metro, Jumbo, Éxito

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Movil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

BELLANITH ORTIZ
DG 100D SUR 1D 19 01 - ANTONIO JOSE SUCRE
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007113-913867

Lote: F07GN Ruta: 001164014462100,0660 Codigo del Sector: 110

Cuenta o referencia de pago 62164667

vanti Listo

Compra [illegible] y paga [illegible] de un tirón de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 300.005

Grupo Vanti Comunica:

Evita fraudes en línea al pagar tu factura.
Ingresa siempre digitando:

www.grupovanti.com

Publicidad [illegible]

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Línea gratuita 01 8000 942 794

Atención virtual
Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: **62164667**

vanti

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
25 Mar. 2025	26 Mar. 2025	Feb. - Mar. 2025	12 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
[illegible]	1[illegible]	2.647,31	0,00	265,47
[illegible]	2.[illegible]	2.167,52	0,00	4.335,04
[illegible]	1[illegible]	32.170,45	0,00	32.170,45
[illegible]	1[illegible]	0,07	0,00	0,07
RECAUDO TERCEROS Contribución Factura	0	29.017,00	0,00	29.017,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deuda	0	10.808,00	0,00	10.808,00
DIFERIDO FINANCIAMIENTO - NOVIEMBRE	1[illegible]	73.882,01	0,00	73.882,01
Tasa Seguridad Ciudadana	1[illegible]	520,34	0,00	520,34
Impuesto Alumbrado Público Municipal	1[illegible]	89,20	0,00	89,20

1 Total **$147.798,27**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
1.6700 % - Exito Electrodomesticos	3[illegible]	1.830,80	763,83	1.530,80
1.0790 % - Exito Tecnologia	3[illegible]	3.879,33	1.663,14	3.879,33
1.0730 % - Exito Tecnologia	3[illegible]	31.242,70	16.[illegible]3,01	34.242,70
1.[illegible] % - Visa RPO Cuota Financiera	3[illegible]	7.110,55	497,62	7.111,55
1.[illegible] % - Tecnologia Vanti	6[illegible]	183.627,47	39.526,75	183.627,47
1.0720 % - Tecnologia Vanti	2[illegible]	16.923,85	21.749,60	15.923,85

2 Total **$246.641,73**

3 Valor facturas vencidas: $0.00

Total a pagar 1 + 2 + 3: $394.440,00

Paga por:

Tus últimos consumos

Datos de medición

Uso: Residencial | Estrato/Cat. Uso: [illegible] | Días de consumo: 29

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2025	2930	REAL
10 Mar. 2025	2953	REAL

[illegible] consegido: 2953 - 2930 * Factor de corrección: 1,0

Tu próxima lectura será: Entre el 5 y el 10 de Abril

Novedades de tu factura

Desde la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **30 Jun. 2029**

Agenda en tu APP aquí

Tarifas

Est: [illegible] Ene: $3[illegible] Feb: $3[illegible]

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad



ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia unica: 94 | 900255002179572 | NO | FECHA: 20/MAR/2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Oreo | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___ MACHO X | RAZA Criollo | EDAD 10 meses | PESO: 3.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI __NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO

ORIGEN: NS/NR __ RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Astrid Marcela Muñoz | DIRECCION Dg 99 sur # 26-04 | TELEFONO 3224511580

CEDULA: 1023036588 | CORREO ELECTRÓNICO: jackmarcela49@gmail.com

BARRIO O VEREDA Serranias | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: bachiller | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Noviembre 2024 / | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 138 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.1 ºc | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 20988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Astrid Marcela Muñoz	1022303658

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

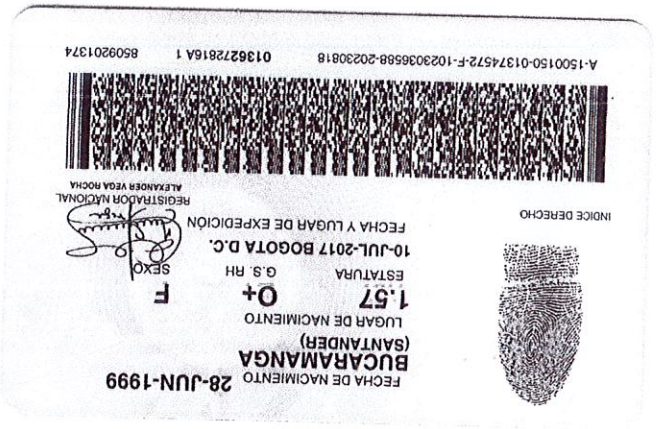
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.023.036.588
MUÑOZ MENESES
APELLIDOS
ASTRID MARCELA
NOMBRES
Astrid Marcela Muñoz
FIRMA


A-1500150-0137457 2-F-1023036588-20230818 0136 2728 16A 1 8509201374
INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
28-JUN-1999
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-JUL-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340617703-0

LUZ DARY BERNAL JIMENEZ
DG 99 SUR NO 2 B 04
BOGOTA, D.C. - SERRANA AS I

02 003 0958 / 018-25503762

Activa

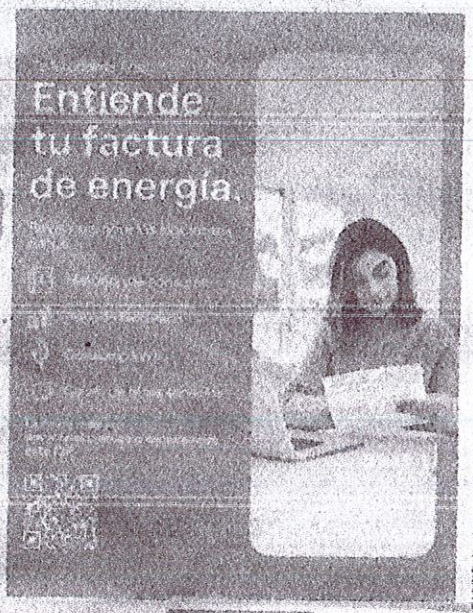
Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
34	76	74	65	112		

VALOR kWh APLICADO $977,86

CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh

VALOR DIARIO: $1 500

PERIODO FACTURADO: 29 DIC 2024 A 30 ENE 2025 | **DIAS FACTURADOS:** 31 | **CONSUMO MES** 117 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1,00
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	018-25503762
MEDIDOR NO:	018-25503762

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Ingresa a nuestra página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115
115 Línea de atención las 24 horas
601 5140035
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMEDIOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV A No 81A 55
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Bayacá # 6 B 60
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 33 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC 2024
G: $395,76 T: $85,19 D: $200,72 CV: $100,03 PR: $39,70 R: $6,64 CP: $0,00 / $977,86 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 03/02/2025 00:19:19
FECHA EXPEDICIÓN: 03/02/2025 12:49:07

Proveedor Tecnológico: Cenegra Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre Ref 399 CENFranquicia - NIT 900.491.191-0
Fecha impresa por Cenet Digitalizada de Comunicaciones SAS NIT 800.099.438

ALCALDÍA MAYOR DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 95

Expiry – Date: 2029/11/11
900255002180099

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 20/03/2025

ORIGEN : CES ___ PROTECCION ___ CALLE ___ ASENTAMIENTO ___ HABITANTE DE CALLE ___

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Duky

COLOR: amarillo

ESPECIE: CANINO ___ FELINO ___ SEXO: HEMBRA ___ MACHO ___

RAZA: Mestizo

EDAD: 5años

PESO: 3.4 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO ___

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO ___

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___

TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___ OTRO ___

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Angela Paez

DIRECCION: Cl 2 este H 91-24 sur

TELEFONO: 3214754156

CEDULA: 1.031.157.705.

CORREO ELECTRÓNICO: apaez5476@gmail.com.

BARRIO O VEREDA: El Progreso

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachillerato

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NA

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N.R

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R

CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS:
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO ___

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
134 l/m	24 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	/ ml.	5-7mg/kg IV
		/ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge Leonio Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Angela P.	1031152705

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.031.157.705**

PAEZ SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ ANGELA

NOMBRES

Angela Paez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1994**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-DIC-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00047036-F-1031157705-20160909 005099[illegible]A 2 1644011951

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá -ESP
NIT. 899.999.094-1

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

11369525
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42024681795
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ALIRIO SALAMANCA ALIRIO SALAMA

Dirección del predio
KR 2 ESTE 91 SUR 24
Barrio: EL PROGRESO Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	1
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Periodo facturado	DIC/21/2024	FEB/18/2025

Pago oportuno	MAR/25/2025	Suspensión	MAR/28/2025

Fecha esperada proxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/19/2025	MAR/08/2025 09:41:08	MAR/08/2025 16:24:52

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 96	900255002182039	NO Microchip	FECHA: 20/marzo/25

ORIGEN : CES ____ PROTECCION ____ CALLE ____ ASENTAMIENTO ____ HABITANTE DE CALLE ____

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Limon				COLOR: Café - marrón	
ESPECIE: CANINO ___ FELINO X	SEXO: HEMBRA ___ MACHO X	RAZA Siames	EDAD 3A	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ___	

ORIGEN: NS/NR ___ RESCATADO ___ COMPRADO X ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sugey Jazmin Ramirez		DIRECCION Cl 95 B sur 74 C 36	TELEFONO 3224559150
CEDULA: 1023009345		CORREO ELECTRÓNICO: SugeyJazminRamirezArias@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Monte Blanco	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A	Dic/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 01/12/24

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X	SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno	
CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 129 l/m	F. RESPIRATORIA: 24 r/m	TEMPERATURA: 38.2 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES:

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	___ ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION__X RECHAZO , para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario	FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** X o **RECHAZO**_____**la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:	Nro de Identificación:
Sugeel Jaem R.	1023009395

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:	CC.	Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR **DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR**

Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.009.345**

RAMIREZ ARIAS

APELLIDOS

SUGEY JAZMIN

NOMBRES

Sugey J Ramirez A

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-DIC-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00541109-F-1023009345-20140126 0036892799A 3 41454445

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: U4 RUTA:U44770

BIMESTRAL

10432015
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

12443268516
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

Período facturado	DIC/03/2024	ENE/30/2025

Pago oportuno	MAR/06/2025	Suspensión	MAR/11/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
ABR/29/2025	FEB/19/2025 05:27:35	FEB/19/2025 15:03:26

¡Hola!

Factura a nombre de

GILBERTO RAMIREZ BUSTOS

Dirección del predio

CL 95B SUR 14C 36 PI 1

Barrio: **MONTEBLANCO** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	4
Unidades No Habitacionales:	0

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.
· Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.