UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 75 | MICROC: 900255002179857 | FECHA: SEP-24-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Monchi | COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO___FELINO XX | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: criollo | EDAD: 5 Meses | PESO: 1.7 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 V OTRO ___

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO___COMPRADO___ADOPTADO__REGALADO___PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Aguilera | DIRECCION: Asentamiento la fortuna | TELEFONO: 3206457405

CEDULA: 1.013.578.387 | CORREO ELECTRÓNICO: 3206457405@sincorreo

BARRIO O VEREDA: la fortuna | 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:

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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: 139 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 37.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS Rosa

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 histerectomia/orquiectomia (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	FITRMA
NOMBRE 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:
CARLOS AGUILERA	1013578387

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 1.013.578.387
AGUILERA ALVARADO

APELLIDOS
CARLOS

NOMBRES
CARLOS AGUILERA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1985
GUAMAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-MAY-2004 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00358106-M-1013578387-20120126 0029057559A 1 1301695016

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 76	900255002180196	SI NO Número de Microchip	FECHA: 24-FEB-25
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Manchas				COLOR: Blanco/ Pardo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2A	PESO: 3.0 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 Hacia encasa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Yanirha Rodriguez	DIRECCION Kr 7 H N° 65-68 Sur.	TELEFONO 3197562811
CEDULA: 7033778.778	CORREO ELECTRÓNICO: 3197562811 yanise@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Porvenir	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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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:	39	r/m	TEMPERATURA:	37.5 °c	TLLC	2 seg	MUCOSAS: Rosa

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 especificamente 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 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:
Yeimy Rodriguez.	1033778778.

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

NÚMERO 1.033.778.778

RODRIGUEZ REYES

APELLIDOS

YEIMY YANITHZA

NOMBRES

Yanithza Rodriguez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

14-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A 1500150-01270016 F 1033778778 POPP0704 0070707C0A 1 0003939932

42 Gab

enel Bogotá

3743211-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340381009-1

LIZANDRO ANSELMO RODRIGUEZ
KR 7 # 140 65 SUR 68 PI 2
PROMOCIA
BOGOTA, D.C. - PORVENIR

20 019 0478 / 110-12115694

Activa

Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
197	203	176	134	197	199	150

VALOR kWh APLICADO: $877,35

CONSUMO DIARIO: 5,36 kWh

VALOR DIARIO: $2.337

PERÍODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 150 kWh

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.

Escanea el código y conoce más

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu rango típico

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000200190478
RUTA LECTURA:	1020019004I1
MANZANA DE LECTURA:	MS00256949
MEDIDOR SIC:	110-12115694
MEDIDOR NO:	110-12115694

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

Para mayor detalle consulte su factura de Julio de 2024 a Julio de 2025

RECOMENDACIONES

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

Escríbenos solicitudes: enelcontactenos@enel.com.co
Chat de asistencia: enelcolombia.com/asistente-de-atencion
316 890 8303 Elena Bot o opción Asesor
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia @EnelClientesCO
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
CONMUTADOR 115 Gratuito las 24 horas
PEQUINES 601 5130058 diunandes@enel.com.co

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios y Puntos de Pago

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

Billetera Virtual

Daviplata, Nequi, Dale, Movii, Tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Central, Centros de Recaudo, Código QR

RED CADE, enel, Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 81A 25

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-35/40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

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

G: $258,72 CV: $106,30 TRM: $68,78 R: $5,84 CIF: $0,00 / $877,35 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 28/01/2025 01:39:32
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 13:39:09

Factura Impresa por Canales Tecnológicos de Comunicación SAS NIT 900.2061.852-0 - Nombre del SW: DEVFinanciera - NIT 830.121.151-0 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 77	900255002181842	NO microchip	FECHA: 24-02-2025

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: homero				COLOR: Blanco / gris	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA criollo	EDAD 2 años	PESO: 2.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO	
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: Jerson Andres Guzman	DIRECCION: kg. 98 A sur 7 est 45		TELEFONO: 3124762721
CEDULA: 1033577871	CORREO ELECTRÓNICO: jerson32176@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Nueva estacion	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: bachiller NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO X RURAL		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R.	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: 0	
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: Octubre 2024	

4. EXAMEN CLINICO

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: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

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 histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO___, para la realización del procedimiento y exámenes pre-quirúrgicos.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE 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:
Andres Guzman Ramon	1013 577871

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 1.013.577.871

GUZMAN RAMON

APELLIDOS

JERSON ANDRES

NOMBRES

Andres Guzman

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-DIC-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01275294-M-1013577871-20220106 00777 28908A 2 8503681764







ESTÁS INSCRITO EN FACTURA VIRTUAL

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Para el reparto ZONA:4 CICLO: E4 RUTA:E44180A

BIMESTRAL

11389297	16528042092
Cuenta contrato Núm. de identificación de este predio	**Número para pagos** Número de esta factura de servicios públicos

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA ELPIDIA AREVALO MARTINEZ

Dirección del predio
DG 98A SUR 7C ESTE 45

Barrio EL NUEVO Localidad USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	OCT/23/2024	DIC/20/2024
Pago oportuno	ENE/24/2025	
Suspensión	ENE/29/2025	

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/17/2025	ENE/14/2025 06:38:10	ENE/14/2025 11:27:21

¡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

cadena

12358

17493 8601 1/2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 78	M	900255002180205			FECHA: 24-02-25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Fifo				COLOR: Baio	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA criollo	EDAD 10 Meses	PESO: 2.7 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: Milena Valderrama	DIRECCION cll. 75b bis sur # 2A este.	TELEFONO 3003704832
CEDULA: 52.749.586	CORREO ELECTRÓNICO: milenavalderrama972@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Almirante Padilla	ESTRATO:	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___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/R.
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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 especificamente 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 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:
Milena Carolina Valderrama Ceron	52749586

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 52.749.586
VALDERRAMA CERON

APELLIDOS
MILENA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1984
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-JUL-2002 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00270013-F-0052749586-20101213 0025164650A 1 1981112996

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

Redebarr · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda plata · 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

Reduce nuestro consumo de energía, lo reduce en un ahorro para tu economía familiar y contribuye a generar las condiciones 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: 800.066.812-8 7043/23072024

¡Hola!

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

SEGUNDO DARIO VALDERRAMA
CL 75B BIS SUR 2A ESTE 8 01 00001 - ALMIRANTE PADILLA
BOGOTA
Medidor Gas No. 5087196-289851

Lote: P04GN **Ruta:** 0011630271460005110 **Código del Sector:** 093

Cuenta o referencia de pago **60841568**

vanti Listo

Compra [illegible] a cuotas a través de tu cuenta de gas natural. Elige el plazo que prefieras para pagar tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



CON VANTI LISTO REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

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 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

exito · Alkosto · K-TRONIX

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer 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 bancario ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala 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.

0011630271460005110 P04GN

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago 60841568

BOGOTA

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
19 Feb. 2025	20 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	07 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	9M3	3.742,48	0,00	33.682,32
MENOS SUBSIDIO (50%)	1UN	-16.841,16	0,00	-16.841,16
AJUSTE DECENA	1UN	-1,16	0,00	-1,16
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 — Total $30.280,00

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

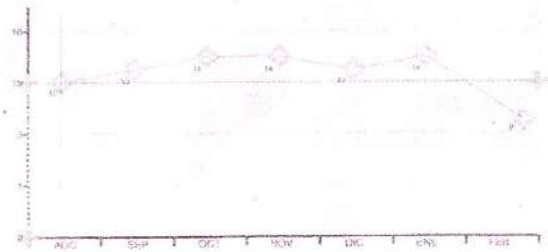
Total a pagar 1 + 2 + 3

$30.280,00

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Dos Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
07 Ene. 2025	8246	REAL
05 Feb. 2025	8258	REAL

m³ corregido= 8258 - 8246 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será

Entre 02 y el 07 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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 Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2017 y 41585 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 0.0
Pr: 90.85 Cvmc: 0.0 Cvdm: 0.0 Cvcm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUM: 0.0

¡Ojo! Tu consumo en m³ de gas equivale: 106 kWh y el precio unitario del kWh es: $158.879

Factor de corrección

Vm: 12 Kpc: 0.76727 Kt: 1.00852 Ft: 0.77227
Vc: 9 Tm: 13.68 Te: 15.56 Fpc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77227

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPR: 100.0



(415)7709998026025(8020)60841568(3900)00000000030280

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	MICROC 900255002180197		FECHA: 24-02-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zonic				COLOR: blanco / pardo	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA criollo	EDAD año 4 meses	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___PERRO DE CUADRA___OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelica Maria Pita	DIRECCION cl 74 # 65-68 Sur	TELEFONO 3107746682
CEDULA: 1010168610	CORREO ELECTRÓNICO: angel.ayudaspedagogicas@gmail.com	
BARRIO O VEREDA yomi 2do sector	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: universitaria 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 diciembre 2024	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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: 23/07/2024

4. EXAMEN CLINICO

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:	120	l/m	F. RESPIRATORIA:	28	r/m	TEMPERATURA:	37.5	°c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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 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: 1010168619 Bta

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomia (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 1.010.168.610
PITA CORONADO

APELLIDOS
ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-DIC-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

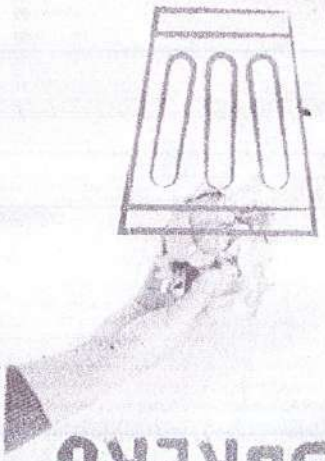
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01077802-F-1010168610-20190628 0065650046A 1 9909112058

43. GATO







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: C4 RUTA: C44080 BIMESTRAL

11001946
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42007491212
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
LIZANDRO RODRIGUEZ

Dirección del predio
KR 7H 65 SUR 68

Barrio: **PORVENIR** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	1
Unidades Habitacionales:	2
Unidades No Habitacionales:	0

Período facturado	OCT/18/2024	DIC/16/2024

Pago oportuno	ENE/21/2025	Suspensión	ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/12/2025	ENE/09/2025 07:29:09	ENE/14/2025 15:05:58

¡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.

Tu consumo en este período

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 35



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

En este período

49.000

Promedio al día

817

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 4597
Lectura anterior 4548
Tu consumo este periodo 49

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 90-00004

Tipo VELOCIDAD
Diámetro pulgadas ¾

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
$69.415,70
1

+

Alcantarillado
$70.904,20
2

+

Otros cobros
$12.637-
3 4 5 6

Escanea y paga virtual

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

Total Ingresos del período

= Total a pagar $127.681

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

GUDE (Código Único de Documento Electrónico)

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto					2 Alcantarillado				
	Consumo	Valor unitario	Aportes a Subsidios %	Valor	Tarifa***	Total	Consumo	Valor unitario	Aportes a Subsidios %	Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	1.00	$ 6.[illegible]	70	$ 2.374-	$ 2.758,74	$ 5.517,48	2.00	$ 4.[illegible]	-70	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 2.022,76
Consumo residencial básico (m³)	44.00	$ 1.[illegible]	70	$ 108.135-	$ 1.663,27	$ 45.343,74	44.00	$ 1.[illegible]	-70	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 49.824,60
Consumo residencial superior básico (m³)	5.00	$ 3.5[illegible]		$0	$ 3.510,68	$ 17.504,42	5.00	$ 3.[illegible]		$0	$ 3.[illegible]	$ 18.258,50
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$121.009-		$69.415,75				$121.871-		$70.904,20

* 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 calculó a partir del valor unitario del cargo fijo o de consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %, si hay un aporte, se 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)	$4.16	$26.33
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$4.16	$47.37
Total por consumo facturado	$377	$1.607

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.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Variación a la decena	52
Saldo a favor total	$12.689
Subtotal	12.637-

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago

puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$127.681

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

Señor cajero: Si en el desprendible de este servicio sello y sticker de reclamación recibió la Acueducto. Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario.

(415)7707230485271(8020)420074912127(3900)000000127681

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002179856	NO de Microchip	FECHA: 24-02-25	
ORIGEN : CES PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	ALLE	

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bruno			COLOR: atigrado gris	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 11M	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: Daniel Felipe Caballero	DIRECCION Cr 7C Bis 65 sur 4	TELEFONO 3133427709
CEDULA: 1000277928	CORREO ELECTRÓNICO: danielcaballero152772@gmail.com	
BARRIO O VEREDA la Fiscala	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ APTO X RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/N	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Dic 24.	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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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: 37 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	

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 especificamente 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 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: CC 1000 919 28

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 1.000.211.928

CABALLERO REYES

APELLIDOS

DANIEL FELIPE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1999

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-DIC-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01143376-M-1000211928-20200630 0071069555A 1 9912486644

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.



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 · Itaú · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappipay · 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.

Para hacer uso de los beneficios en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de las fechas señaladas para el pago oportuno presente factura el cliente cuenta con los mecanismos establecidos en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de las fechas señaladas para el pago oportuno

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048230723024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

MARIA DEL ROSARIO GOYENECHE
KR 7C BIS 65 SUR 4 - LA FISCALA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-86412

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270238180005000 **Código del Sector:** 383

Cuenta o referencia de pago **61929337**

383
0011270238180005000
40118
P09GN

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, moto y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 3.173.518**



CON REGRESA A CLASE Y GANA UN SÚPER COMPUTADOR

vanti Listo

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 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

éxito · Metro · Alkosto Ajustatodo · K-Tronix

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer 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; consúltala 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

C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61929337**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
26 Feb. 2025	27 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	14M3	3.712,35	0,00	51.972,90
MENOS SUBSIDIO (60%)	1UN	-31.183,74	0,00	-31.183,74
AJUSTE DECENA	1UN	3,10	0,00	3,10
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	7.789,00	0,00	7.789,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	2.041,00	0,00	2.041,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	12.034,38	0,00	12.034,38
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	204,44	0,00	204,44
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	15,19	0,00	15,19

1 — Total **$42.876,27**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9600 % Cuota Protegida	12/12	14.000,00	0,00	14.000,00
1.96 % V-Tecnología Celulares Vanti	2/4	170.383,73	12.034,38	170.383,73

2 — Total **$184.383,73**

3 — Valor facturas vencidas

$0,46

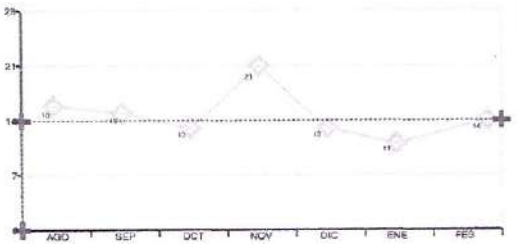
Total a pagar 1 + 2 + 3

$227.259,54

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Uno | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
13 Ene. 2025	6468	REAL
12 Feb. 2025	6486	REAL

m³ corregido= 6486 - 6468 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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)61929337(3900)00000000227260

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Jun. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 0.0
Jp: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Tpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 165 kWh y el precio unitario del kWh es: $125.995

Factor de corrección

Vm: 18 Kp: 0.76727 Kt: 1.00624 Ft: 0.77205
Vc: 14 Tm: 13.77 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de correción: 0.77205

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



40118 C1

Factura No. F15B270553616

81932ca...

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	MICR Expiry – Date: 2029/11/11 900255002180206		FECHA: 24-02-25
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Leo				COLOR: Blanco / Amarillo	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA criollo	EDAD 1 año	PESO: 3.2 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: Sindy milena santiago	DIRECCION Autobus # 65 F - 27 sur	TELEFONO 3142632380
CEDULA: 1033 737 646	CORREO ELECTRÓNICO: sindysantiago485@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Polvorin	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Bucha 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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: Septiembre 2024

4. EXAMEN CLINICO

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: 137 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACIÓN

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 histerectomia/orquiectomia (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 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:
Sindy Santiago	1033737646

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 1.033.737.646
SANTIAGO ZETABOBO
APELLIDOS
SINDY MILENA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

30-SEP-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00190782-F-1033737646-20091027 0017484116A 1 29198633

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas de nuestros canales de atención

1334575-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 310275227-0

FACTURA

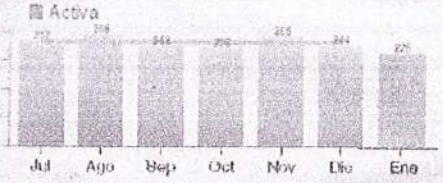
FRANCY ELENA ZETABOBO
KR 7 C BIS NO 65 F SUR 27
BOGOTA, D.C. - PORVENIR

20 019 0334 / 018-25469519



COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 8,04 kWh

VALOR DIARIO: $4.667

PERIODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 225 kWh

¡Gracias por tus envíos actuales a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía, continúa dentro de la periodicidad!

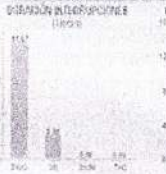
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000020019334
RUTA LECTURA:	10200190381
MANZANA DE LECTURA:	M9800268053
MEDIDOR NO:	018-25469519
MEDIDOR NO:	018-25469519

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.

DURACIÓN INTERRUPCIONES (HRS)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (#)



	IC (Hr)	CIC (%)
Periodo 2024	0,00	0,00%
Periodo 2025	0,00	0,00%

Para mayor información consulta el reglamento CREG 015 de 2018 o la página de Enel

ATENCIÓN AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Chat 24 horas

601 8140055
atencionalcliente@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

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

Billeteras Virtuales

dale! | MOVII | Nequi | Tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Red Servi | MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

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 83 40 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

Si pagas en las normas mínimas bancarios, tarjeta el cliente paga el descuento. El saldo del componente no de los usuarios deberá ser cancelado en la fecha de vencimiento.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $356,78 T: $58,19 D: $260,72 CV: $160,50 PR: $69,76 R: $5,01 CP: $0,00 : $877,36 Costo kWh Mes

TIPO 1 CIRCUITO: CIRC-3120178 - NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Empresa

Factura impresa por Operador Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios BAS SAS - Nit 800.221.151-9

Proveedor Tecnológico

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 01:28:31
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 12:37:21

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002181841	SI / NO Número de Microchip	FECHA: 24. FEB 25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MILO				COLOR: AMARILLO	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 2 AÑOS	PESO: 3.2 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: DUBERLY CHAVEZ	DIRECCION KR 6 ESTE 90A SUR 52	TELEFONO 3102981691
CEDULA: 26.512.034	CORREO ELECTRÓNICO: 3102981691@SILVCORREO.	
BARRIO O VEREDA SALTA LIBRADA / ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: TECNICO / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___ 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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI___ NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: N.NOVNO

HALLAZGOS ENCONTRADOS: NNOVNO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 137 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	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	0.5 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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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 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: 2512034

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 26.512.034



Apellidos
CHAVEZ RUBIANO

Nombres
MARIA DUPERLY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 SEPT 1971

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
HOBO (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 1989, HOBO

Fecha de expiración
01 MAR 2033

Firma

CO

0164279 29

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0164279298190 43<<<<<<<<<<
7109223F3303012COL26512034<<<0
CHAVEZ<RUBIANO<<MARIA<DUPERLY<

Se te suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al inmueble o de no encontrar a nadie en la primera visita. Para el restablecimiento del servicio se requiere el pago de los gastos de suspensión y reconexión, además del pago de la factura que dio origen a la 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 señalado para el pago oportuno. recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión.

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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappipay · 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.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/23072024

¡Hola!

CHIRLY SAENZ
KR 6 ESTE 90A SUR 52 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5107104-54996

Lote: P08GN **Ruta:** 0011640286770005000 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago 61439291

111
0011640286770005000
P08GN
69750
C1

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, moto y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 3.700.000



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer 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; consúltala 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.

Factura de gas

Febrero 2025

Cuenta o referencia de pago **61439291**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
25 Feb. 2025	26 Feb. 2025	Ene. - Feb. 2025	13 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	2M3	3.370,88	0,00	6.741,76
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.712,35	0,00	74.247,00
MENOS SUBSIDIO (60%)	1UN	-44.548,20	0,00	-44.548,20
AJUSTE DECENA	1UN	-1,62	0,00	-1,62
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	31,06	0,00	31,06

1 — Total **$36.470,00**

Tus financiaciones

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

2 — Total **$0,00**

3 — Valor facturas vencidas

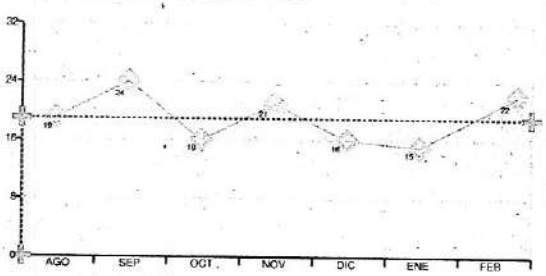
$0,00

Total a pagar (1)+(2)+(3) **$36.470,00**

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Uno | Días de consumo 31

Fecha	Lectura	Tipo
12 Ene. 2025	8862	REAL
11 Feb. 2025	8891	REAL

m³ corregido= 8891 - 8862 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Marzo

Novedades de tu factura

CuVa $ 3370.88

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 Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

29 Sep. 2029

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

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $3371.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1844.46 Tm: 817.62 Dm: 617.95 Cm: 0.0
Pr: 90.85 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.438 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 259 kWh y el precio unitario del kWh es: $140.697

Factor de corrección

Vm: 29 Kp: 0.76727 Kt: 1.00631 Ft: 0.77211
Vc: 22 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F' pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77211

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0



(415)7709998026025(8020)61439291(3900)00000000036470

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764087156808 del 12/09/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

ESP. NIT. 800.007.813-5 - Régimen Fiscal Común y Tarifa General de Renta de la ley 142 de 1994 Factura - Tirafactura S.A. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 N1000092150-4

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002180201	SI NO Número de Microchip	FECHA: 24. FEB. 25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: BICHO				COLOR: AMARILLO	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 7M.	PESO: 2-7 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: ROBERTO GONZALEZ	DIRECCION CL 73 BIS # 140 40 SUR	TELEFONO 3214372170	
CEDULA: 80.371.403	CORREO ELECTRÓNICO: rgcapacitaciones@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA GRANADA SUR	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: TECNICO NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL		

3. ANAMNESIS

BAVA SALIVO - CAIDA HACE 1 MES.

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

4. EXAMEN CLINICO

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: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	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 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 responsabiiidad 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: 80371403

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomia (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 80.371.403
GONZALEZ FONSECA

APELLIDOS
ROBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

24-OCT-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00019183-M-0080371403-20080614 0000466476A 1 1390014377

enel Bogotá

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

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **0982179-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 33[illegible]

CUENTA

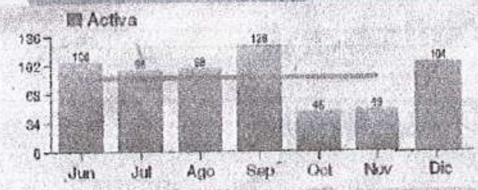
MERCEDES GONZALEZ
CL 73 BIS SUR NO 14 V 40 PI 3
BOGOTA, D.C. - GRANADA SUR

19 017 0519 / 005-6076443

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $854,43

CONSUMO DIARIO: 3,59 kWh

VALOR DIARIO: $1.647

PERIODO FACTURADO: 23 NOV/2024 A 21 DIC/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 104 kWh

Consumo promedio últimos 6 meses

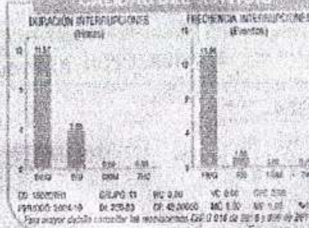
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000190170519
RUTA LECTURA:	10190170541
MANZANA DE LECTURA:	MS00254134
MEDIDOR NO:	005-6076449
MEDIDOR NO:	005-6076443

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si vas a reutilizar luces navideñas de años anteriores, verifica que no tengan cables desgastados, pelados o bombillos rotos. Reemplaza cualquier cable o luz en mal estado.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

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

Billetera Virtual: MOVII, Nequi

Corresponsales Bancarios

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.	Carrera 58 # 9-17 Local 02
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 B - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P.	Carrera 69 No. 60 27/45 Local 4
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54 80/40 Local 129 124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2024
G: $307,79 T: $56,37 D: $283,15 CV: $103,05 PR: $70,51 R: $4,88 CF: $0,00 / $854,43 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: [illegible] - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 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 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 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 facturación 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 [illegible] 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 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: 27/12/2024 05:23:08
FECHA EXPEDICIÓN: 27/12/2024 20:26:31

CUDE: 2b1e3[illegible]

puntored

Scotiabank COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO SCOTIABANK COLPATRIA Puntored no te cobra por esta transacción Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	13/01/2025
Hora	07:57:49
Terminal	399693
Convenio	RECAUDO ENEL VENCIDO Y NO VENCIDO
Cod. Convenio	0266
Referencia	09821792
Valor	$68,770
Transacción	001084298857
Usuario	FREDDY SANTIAGO ESPITIA LOPEZ

Linea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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 | NO o de Microchip: 900255002180209 | FECHA: 24-Feb-25

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Henry | COLOR: amarillo/Blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: mestizo | EDAD: 18M | PESO: 3.0 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: Diana Patricia Roman. | DIRECCION: Tr 3 Bis 55 B Sur A | TELEFONO: 3219366676

CEDULA: 52.745277 | CORREO ELECTRÓNICO: patco8117@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Danubio Azul | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO__RURAL

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa OCT/24 | 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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

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

4. EXAMEN CLINICO

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: 40 r/m | TEMPERATURA: 37.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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 ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge Lleonn 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:
Patricia Roman	52745277

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 **52.745.277**

ROMAN LOPEZ

APELLIDOS

DIANA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1983**

MARSELLA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-MAR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00733398-F-0052745277-20150813 0045813773A 1 1103515080

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44090

BIMESTRAL

11638708	40017874112
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

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE FERNANDO RIVERA GONZALEZ

Dirección del predio
KR 3 BIS 55B SUR 17
Barrio: DANUBIO **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**1**
Unidades Habitacionales:	**3**
Unidades No Habitacionales:	**0**

Período facturado	OCT/18/2024	DIC/16/2024

Pago oportuno	ENE/21/2025	Suspensión	ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/12/2025	ENE/09/2025 07:29:42	ENE/14/2025 15:00:52

¡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 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. 890.930.534-0

174125

6377

este período

promedio de consumo fue 37

37 39 36 38

ABR-JUN 588.342 | JUN-AGO $92.566 | AGO-OCT $85.975 | ULTIMO CONSUMO

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

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

En este período 38.000

Promedio al día 633

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 868
Lectura anterior 830
Tu consumo este periodo 38

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 13810666

Tipo VELO015R160
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		Alcantarillado		Otros cobros
$45.542,02	+	$45.392,50	+	$12.640-
1		2		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** $78.291

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 8008b05223283e099a1 ... 3566298

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$3.166,29		-70		$12.674-	$2.758,74		$5.517,58
Consumo residencial básico (m³)	38,00		$3.510,65		-70		$93.389-	$1.053,27		$40.024,44
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							**$106.263-**			**$45.542,02**

2 Alcantarillado

	Cant.	×	Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	=	Valor	Tarifa***	=	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00		$4.370,65		-70		$8.119-	$1.311,24		$2.622,50
Consumo residencial básico (m³)	38,00		$3.751,70		-70		$99.795-	$1.125,51		$42.769,50
Consumo residencial superior básico (m³)										
Cargo fijo no residencial (mes)										
Consumo no residencial (m³)										
Subtotal							**$107.914-**			**$45.392,00**

* 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 Uno (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$6,56	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$305	$1.003

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta el 8% mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1-
Cobro mín. vital total	$12.639-
Subtotal	12.640-

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	Va
Subtotal	

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga Daviplata Nequi Claro Pay ualá App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored FARMA

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

La EAAB ESP aún tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudame

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO
FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.

DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REFERENCIA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

Expiry – Date: 2029/11/11

HC Número de Historia clínica: 85	900255002180204	SI NO Número de Microchip	FECHA: 24-FEB-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: ODIN			COLOR: NEGRO	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 8M	PESO: 3.7 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 VACIÓ EN CASA

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS MARTINEZ	DIRECCION cr 36 # 56-42 sur	TELEFONO 3244744407
CEDULA: 1'023.876.109	CORREO ELECTRÓNICO: luscabides1988@gmail.com	
BARRIO O VEREDA DANUBIO	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: TECNICO NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO__RURAL	

3. ANAMNESIS

BUENA SALUD

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R
N.A	NOV - 2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 22 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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 histerectomia/orquiectomia (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	FIRMA
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge Lozano 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: 1023876109

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 1.023.876.109

MARTINEZ CUBIDES
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

17-JUL-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

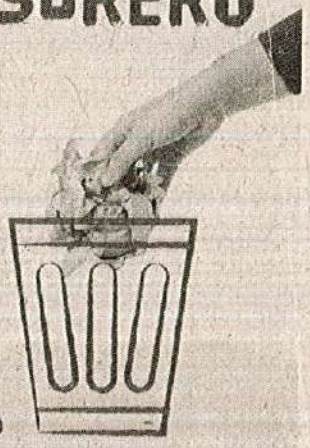
INDICE DERECHO

P-1500104-47152255-M-1023876109-20060915 05061 06257A 02 214328192

EL SUMIDERO NO ES BASURERO

Deposita la basura en su lugar y evita inundaciones en temporada de lluvias.

#ELSUMIDERONOESBASURERO



¡AGUAS! CON LA SEGURIDAD

¡No te dejes engañar!

Ningún funcionario está autorizado para exigir y/o recibir dinero.



SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

para que tengas una nueva relación con el agua.



- Moderna
- Fácil de leer
- Te orienta para cuidar el agua

Muestra tu **consumo en litros** para que lo comprendas mejor.

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: C4 RUTA:C44089A

BIMESTRAL

11077383	40017859816
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

¡Hola!

Factura a nombre de

MARGARITA CUBIDES CHACON

Dirección del predio

KR 3G 56 SUR 42

Barrio: DANUBIO Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Período facturado	OCT/18/2024	DIC/16/2024

Pago oportuno	ENE/21/2025	Suspensión	ENE/24/2025

Fecha espereda próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/12/2025	ENE/09/2025 07:29:20	ENE/14/2025 15:01:38

¡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.

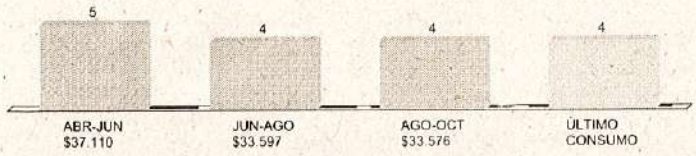
cadena. Nit 890 930 534-6

5864

195301 95834 1/2

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 4



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 4.000

Promedio al día 67

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1494
Lectura anterior 1490
Tu consumo este período 4

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA
Serie 158012

Tipo VELO015B
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		Alcantarillado		Otros cobros
$19.461,10	+	$14.248,70	+	$8.336-
1		2		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 periodo actual

= **Total a pagar** $25.374

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): 0f7342f4179eeab3d7737743b0f3c0d455fcd24e7e25fd3b04b0b3553486 3cbaa12e9f2c3e90336d59b5ec8ade7ef3

Detalle de tu consumo este bimestre

	1 Acueducto						2 Alcantarillado					
	Cant.	× Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)	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	2.00	$4.370,95	40	$3.497	$2.622,57	$5.244,90
Consumo residencial básico (m³)	4.00	$3.610,88	40	$5.617-	$2.166,53	$8.426,52	4.00	$3.751,70	40	$6.003	$2.251,02	$9.003,80
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$12.974-		$19.461,10				$9.500-		$14.248,70

* 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	$62,79
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$87,97
Total por consumo facturado	$68	$211

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
D ben. min. vital total	$8.426-
Intereses de mora	$90
Subtotal	8.336

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

puntoapay, tpaga, Daviplata, Nequi, Claro PAY, ualá, 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
$25.374

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)400178598167(3900)000000025374

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 86

900255002181844

NO de Microchip:

FECHA: 24-Feb-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canyo

COLOR: amarillo Blanco

ESPECIE: CANINO___FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___MACHO_X_ RAZA: Mestizo EDAD: 1A PESO: 3.0 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: Angela Yaima Camacho

DIRECCION: cl 66 sur 70-34

TELEFONO: 3134799623

CEDULA: 52.386728.

CORREO ELECTRÓNICO: angelayaimacamacho@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Porvenir 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: N/R

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

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

4. EXAMEN CLINICO

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: 136 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 37.5 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosa

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 especificamente 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 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: 52362728

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 **52.362.728**

YAIMA CAMACHO
APELLIDOS

ANGELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

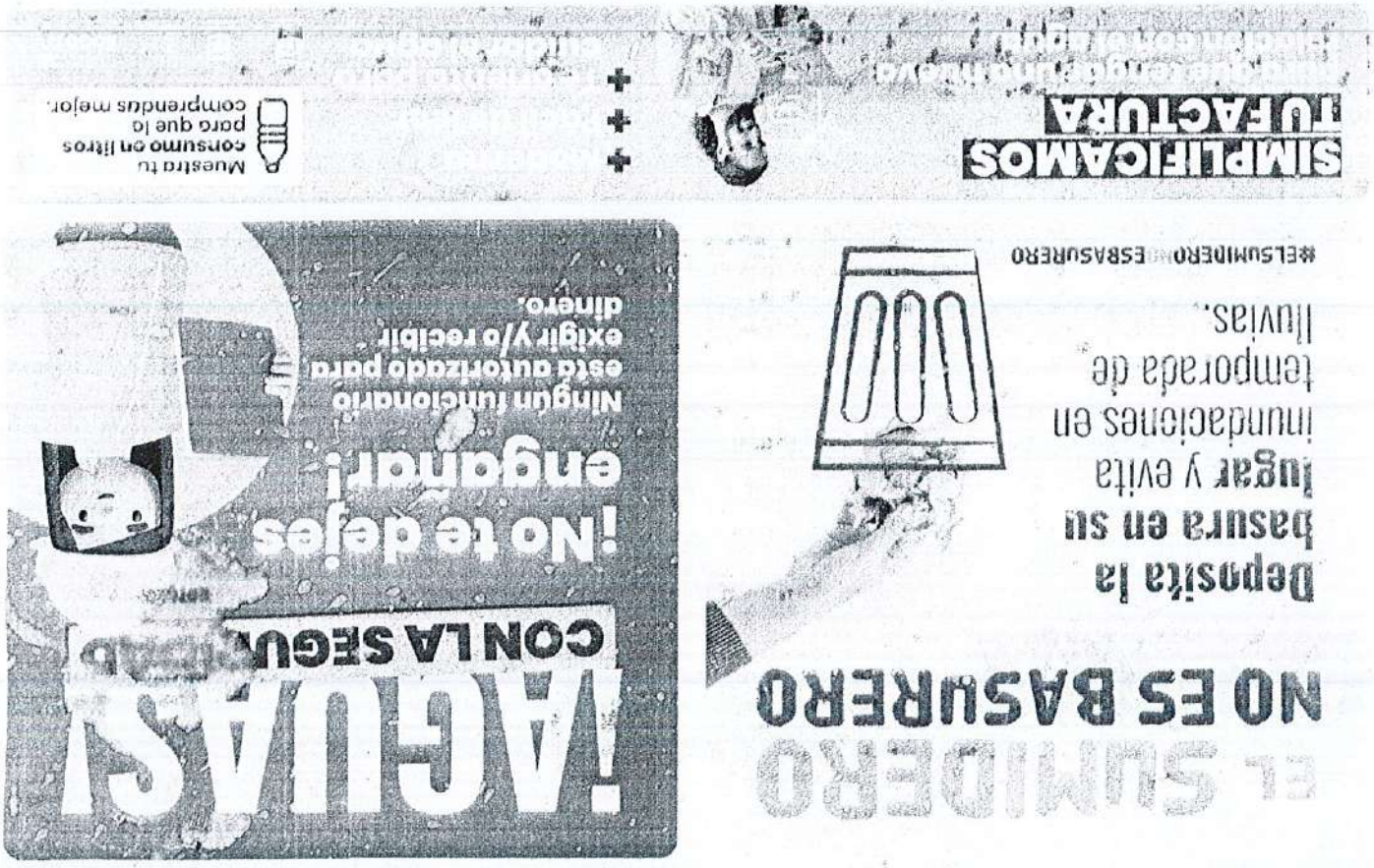
FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1975**
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00674023-F-0052362728-20150302 0043350828A 2 7873288923



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: C4 RUTA:C44080 BIMESTRAL

11122489	16526882010
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 OCT/18/2024 DIC/16/2024

Pago oportuno ENE/21/2025 Suspensión ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAR/12/2025	ENE/09/2025 07:29:29	ENE/14/2025 15:05:42

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE NARVAEZ RIVAS

Dirección del predio
CL 66 SUR 7D 39
Barrio: **PORVENIR** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**1**
Unidades Habitacionales:	**3**
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 ↓

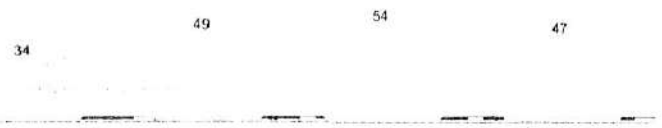
Llámanos, 116 Acueducto

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.

cadena

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores tu **promedio de consumo fue 46**



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período 47.000

Promedio al día 783

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 1883
Lectura anterior 1836
Tu consumo este periodo 47

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca MADDALENA
Serie 1710177123

Tipo VELC015R160
Diametro 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 **$55.020,94** (1) + Alcantarillado **$55.521,80** (2) + Otros cobros **$12.621-** (3 4 5 6)

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

Total ingresos del periodo
Ingresos que la EAAB-ESP reportará a EMAN en el periodo actual

= Total a pagar **$97.921**

Escanea y paga virtual

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

GUDE (Código Único de Documento Electrónico) d0658f94cbeb1308540335c9e8b06ccd78c156e3866fc5db1471e1 444d2e669ab1583fce221f9e6106e08b4f2e5a1

Detalle de tu consumo este bimestre

Acueducto

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-70	$12.874-	$2.758,74	$5.517,58
Consumo residencial básico (m³)	47,00	$3.510,80	-70	$ 16.598-	$1.653,27	$49.589,36
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				**$128.382-**		**$55.020,94**

2 Alcantarillado

	Cant.	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	Aporte (+) o Subsidio (-)** Valor	Tarifa***	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.370,95	-70	$6.118-	$1.311,29	$2.622,90
Consumo residencial básico (m³)	47,00	$3.751,70	-70	$123.431-	$1.125,51	$52.898,90
Consumo residencial superior básico (m³)						
Cargo fijo no residencial (mes)						
Consumo no residencial (m³)						
Subtotal				**$129.550-**		**$55.521,80**

* 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.

	Tasa Uso (Acueducto)	Tasa Retributiva (Alcantarillado)
Tarifa consumo básico ($/m3)	$8,56	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$67,97
Total por consumo facturado	$402	$1.240

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 2 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. Acceder [illegible] aquí.

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$2
Cobro mín. vital total	$12.639-
Intereses de mora	$20
Subtotal	12.621-

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago · puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$97.921

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)7707204852 71(8020)165268820109(3900)000000097921

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NPO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1000100-10 AÑO 2014

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002181839	NO Id Microchip	FECHA: 24-FEB-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Neko				COLOR: Gris/Pardo	
ESPECIE: CANINO___FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___MACHO_X_	RAZA Mestizo	EDAD 7M	PESO: 3.0 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: Ingrit Lorena Mendoza		DIRECCION Dg 61 SUR N° 3-70.	TELEFONO 3202657311
CEDULA: 1037139668		CORREO ELECTRÓNICO: ingrit.es@hotmail.com	
BARRIO O VEREDA La Fiscala	ESTRATO:	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 NOV/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: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 28-11-25	

4. EXAMEN CLINICO

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: 137 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	
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 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:
Ingrit Mendoza	1031139668

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

NÚMERO **1.031.139.668**

MENDOZA COLLAZOS

APELLIDOS

INGRIT LORENA

NOMBRES

Ingrit lorena Mendoza

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

23-JUL-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01093580-F-1031139668-20190816 0067385510A 1 9909722209

enel Bogotá

earth pac PARTE ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2159462-2**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340301084-0

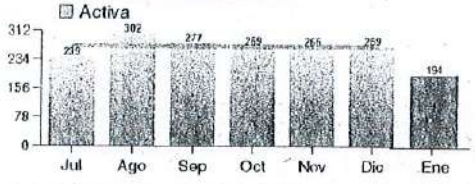
MISAEL RUEDA MORENO
DG 61 SUR NO 3 10
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA NORTE

20 001 3981 / 065-1045979

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 6,93 kWh

VALOR DIARIO: $3.716

PERÍODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 194 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 203 kWh

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

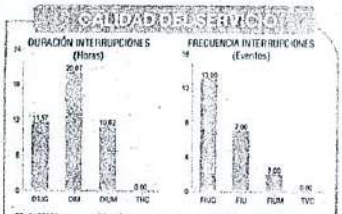
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000200013981
RUTA LECTURA:	10200010203
MANZANA DE LECTURA:	MS20230207
MEDIDOR NO:	065-1045979
MEDIDOR NO:	065-1045979

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CD 21338181 GRUPO 11 RC 8.50 VC 0.00 CEC 370.06
PERIODO 2021/11 DI: 222.72 CF: 258.00000 MC: 1.00 MS: 1.00 %1.0.15
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2018

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enelcomunidad/personas/radicaciones
Chat de servicio en enelcomunidad/personas/chat-de-atencion
316 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Línea gratuita
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 116	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

¿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

Billetero Virtual: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Alkosto

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. 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.	IV 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: $356,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VI13-21323TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: I PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 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 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 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.

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 156/11 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 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 (Encargo 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 diríjase 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: 28/01/2025 01:33:12
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 13:03:17

CUDE: ba8091827dceb9d12bc8c74a9511d4e1a1231fca7026b2cb5031110c0bd797a7e5088938f08aa3582e6c8e1a06a997f1cd

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-1

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 88	900255002181837	SI / NO Número de Microchip	FECHA: 24-FEB-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: CHECHO			COLOR: BLANCO - AMARILLO	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 7 M.	PESO: 3.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___NO
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: LIZETH SUAREZ	DIRECCION cr 3 F # 55-67 sur	TELEFONO 3228264309
CEDULA: 1'033.767.002	CORREO ELECTRÓNICO: lizethayerith@gmail.com	
BARRIO O VEREDA DANUBIO	ESTRATO: 2	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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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 PREQUIPÚRGICAS

F. CARDIACA: 127 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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 especificamente 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 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:
•	• 1033767002

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

NÚMERO 1.033.767.002
SUAREZ CARRANZA
APELLIDOS

LIZETH NAYERITH
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

15-AGO-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00941219-F-1033767002-20170930 0057608864A 1 9910144662

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1341749-0**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 98 No. 13 – 45 Piso 1

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340359938-6

SUSCRIPTOR

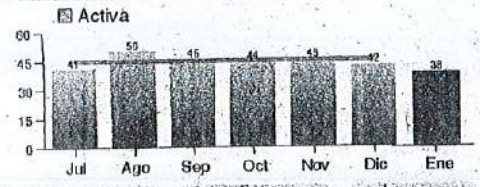
JORGE EPULIDO
KR 3 F NO 55 SUR 67
BOGOTA, D.C. - DANUBIO

20 017 5000 / 018-25006046

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 1,36 kWh

VALOR DIARIO: $825

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 45 kWh

PERÍODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 28 | **CONSUMO MES** 38 kWh

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

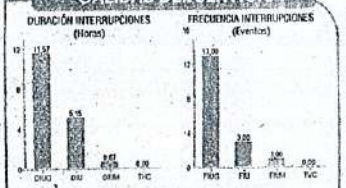
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000200175000
RUTA LECTURA:	10200180503
MANZANA DE LECTURA:	MS00251961
MEDIDOR NO:	018-25006046
MEDIDOR NO:	018-25006046

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



CO 20197701 | GRUPO 11 | HC 0,00 | VC 0,00 | CEC 0,04
PERIODO 202401 | DI: 222,72 | CF: 4500000 | MC 0,00 | MF 1,00 | %f 0,19
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/solicitudes
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 6003 (Elena Bot o pase Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO 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

¿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

Billetera Virtual: dale! | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efecty | Reval | MOVIRED | Su Red | Su Red Efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

Si pagas en un cajero, e-mail bancario, exige el desprendible del datáfono. 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: $356,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VI13-20197701 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 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 1995

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 pago oportuno. Para mayor información o comunicate 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 del 16 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 da 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, 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: 28/01/2025 01:28:05
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 12:57:17

CUFE: ee42b1b04bbbb8a8cc074f1178f4f2c2b2e2e6d9df1d2b8b7da5c39e82d0d47b92b64e1b0bb73db597be8ada0946

Factura impresa por Consultoría Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.056.812-1 Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 830.321.151-9

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$17.500		$0		$20.520		$38.020	06 FEB /2025	10 FEB/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1341749-0 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	26.289		26.251		38		1		38	38		$877,36		$33.340
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,72		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $877,3617		X		Beneficio -47,52 %					$15.843
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $625 DIARIOS													SUBTOTAL:	$17.497

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: $17.500

Otros cobros de productos y servicios

enel

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS: $0

¡! Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.656

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -47,52 %

ASEO

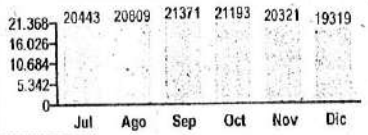
Promoambiental Distrito S.A.S. ESP

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | ASE No.: 1 | NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11077174	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	340359938-6	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	25.12.2024 a 24.01.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$34.198
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-13.678
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$2

MESES EN MORA: 0 | (3) TOTAL ASEO: $20.520

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	40%

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 | ESTRATO: 2

DENSIDAD: | FREC RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% | FREC BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$18.616,18	$7.935,69	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00264006
LIMPIEZA URBANA:	0.00105820
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001623
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05037181
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.04
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MENSAJES DE INTERÉS

NÚMERO DE CLIENTE: 1341749-0

Documento Equivalente Electrónico No. 340359938-6

(415)7707209914253(8020)011341749034035993863(3900)000000000038020

PAGO OPORTUNO: 06 FEB /2025

TOTAL A PAGAR: $38.020

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

Expiry – Date: 2028/11/11
900255002179974

HC Número de Historia clínica: 89	SI / NO Número de Microchip		FECHA: 24-FEB-25
ORIGEN : CES / PROTECCION / CALLE / ASENTAMIENTO / E DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MOVO				COLOR: AMARILLO- BLANCO	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA MESTIZO	EDAD 1AÑO	PESO: 3.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___NO
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: BRANDON VILLAMIZAR	DIRECCION Cr 3 BIS # 54123 SUR		TELEFONO 3229160643
CEDULA: 1.023.024-488	CORREO ELECTRÓNICO: branbonvillamizar1234@gmail.com		
BARRIO O VEREDA DANUBIO	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/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa ENE-2025	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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: ENERO - 2025

4. EXAMEN CLINICO

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: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 37 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	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 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:
Brandon Villamizar Muñoz	1023024988

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:



08-SEP-1997
FECHA DE NACIMIENTO
BARBOSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-NOV-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00766268-M-1023024988-20151124 0047495063A 1 45257305



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.024.988
VILLAMIZAR MUÑOZ
APELLIDOS
BRANDON
NOMBRES
Brandon Villamizar Muñoz
FIRMA

3.6 pts

75119

Bogotá

ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1571667-2**

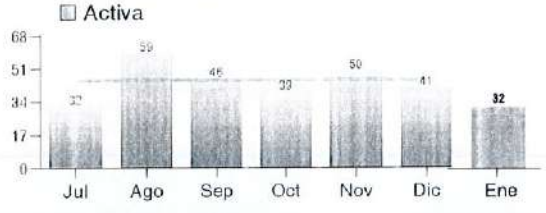
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340376966-7

CLIENTE

LUIS EVELIO GARCIA
KR 3 BIS NO 54 I SUR 23
BOGOTA, D.C. - DANUBIO

20 005 3641 / 018-25006611

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 1,14 kWh

VALOR DIARIO: $421

PERIÒDO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 32 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 45 kWh

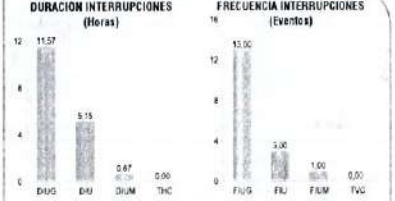


¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000200053641
RUTA LECTURA:	10200050198
MANZANA DE LECTURA:	MS00251967
MEDIDOR NO:	018-25006611
MEDIDOR NO:	018-25006611

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20214TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,05
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CF: $0,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

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.

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO 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

¿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

Billetera Virtual: dale, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena: Surtimax, Metro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El sello del corresponsal no es un soporte valido 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: $356,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VII3-20214TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 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 el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate 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 CREG155/11 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, 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: 28/01/2025 01:29:34
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 13:07:17

CUDE: 8440b2bb3b3223c6e45c5d38d8a224d14c92d2bf357c6a29159da54aee57e72e20ffae20aebb75790a4ccaec812fa88

Factura impresa por Consejal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-
Vigilado Superservicios
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
8.051 - Página 1 de 4

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	MICROCHIP: 900255002179980		FECHA: 24-02-25
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: SERRATO				COLOR: GRIS	
ESPECIE: CANINO___FELINO X	SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 1 AÑO	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 X MIXTO OTRO ____			

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO__REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS HERNAN GOMEZ	DIRECCION: cl 3BIS #54123 SUR	TELEFONO: 3172127850
CEDULA: 4237416	CORREO ELECTRÓNICO: 3172127850@SUCORREO	
BARRIO O VEREDA: DANUBIO	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: PRIMARIA NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO__RURAL	

3. ANAMNESIS

BUENA SALUD

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: EXPO-25	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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: EXPO-25

4. EXAMEN CLINICO

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: 127 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS	
OBSERVACIONES:					

7. MEDICACIÓN

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 histerectomia/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	FIRMA	
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge Leonario 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: 1023724716

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 4237416

HERREÑO GOMEZ
APELLIDOS

LUIS JAVIER
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1966
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

01-ABR-2002 SAN JOSE DE PARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0723800-33104821-M-0004237416-20020624 04505 02172A 02 107428521

4. Gafd

75119

Bogotá

ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1571667-2**

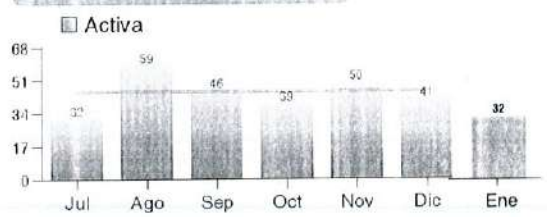
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340376966-7

CLIENTE

LUIS EVELIO GARCIA
KR 3 BIS NO 54 I SUR 23
BOGOTA, D.C. - DANUBIO

20 005 3641 / 018-25006611

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 1,14 kWh

VALOR DIARIO: $421

PERIÓDO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 32 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 45 kWh

Juntos podemos lograr un consumo más inteligente de energía.

En muy importante que nos informes si tienes algún cambio en tus hábitos de consumo como:

- Periodos de vacaciones
- Aumento en el uso de electrodomésticos
- Trabajos de remodelación recientes
- Instalación de recarga vehicular

Esto nos ayudará a que tu factura se calcule con base en tu consumo real y sin promedios para que evites molestias y trámites extras.

Escanea el código y conoce más.



¡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:	10000200053641
RUTA LECTURA:	10200050198
MANZANA DE LECTURA:	MS00251967
MEDIDOR NO:	018-25006611
MEDIDOR NO:	018-25006611

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



CO: 20214TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,65
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CF: 50,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enelcom

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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Almacenes de Cadena: Surtimax, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. 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: $356,76 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: V113-20214TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 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 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 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 CREG 156/11 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 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: 28/01/2025 01:29:34
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 13:07:17

CUDE: 8440b2bb3ba223c6e45c5d38d9a224df4c92d2b1357c6a29159da54aee57e72e20ffae20aebb75790a4ccaec812fa88

Factura impresa por Consistel Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-
Vigilado Supervisión
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

8.051 - Página 1 de 4

75119

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002179860	NO microchip:	FECHA: 24-FEB-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: YERRY				COLOR: GRIS - BLANCO	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA: MESTIZO	EDAD: 6M	PESO: 2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO
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: GUILLERMO ENRIQUE MENDEZ	DIRECCION: cr 4 H 54-106 sur	TELEFONO: 3112445442
CEDULA: 79.147.768	CORREO ELECTRÓNICO: memogrilla79@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: DANUBIO II	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: BACHILLER	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO___ RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

BUENA SALUD

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N.D.	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. EXAMEN CLINICO

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: 122 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °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 especificamente 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 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: 79147768

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

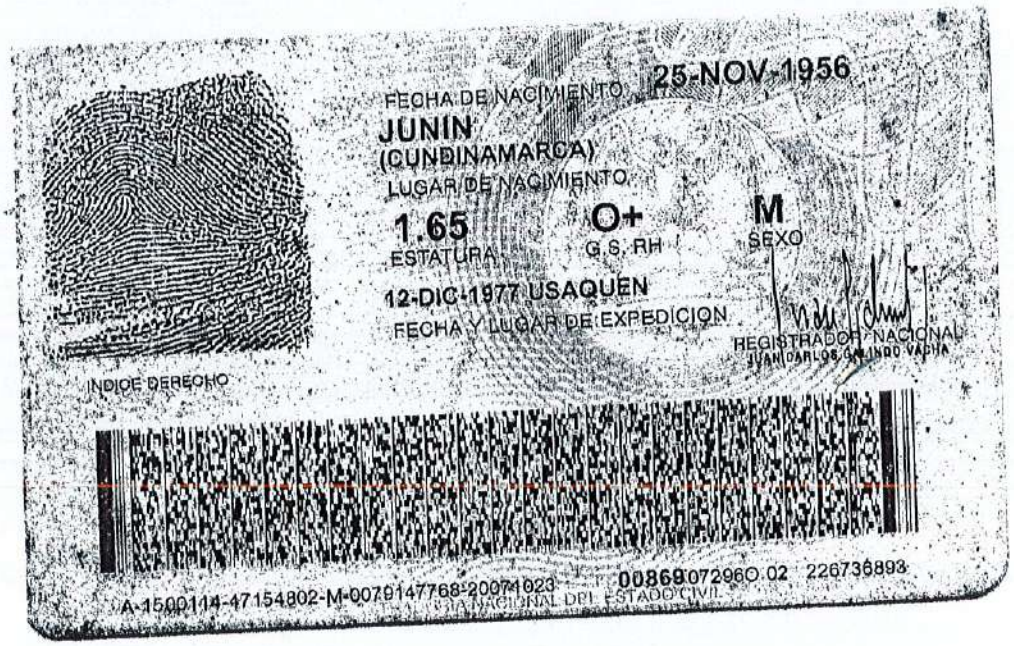
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
79.147.768
NUMERO
MENDEZ MENDEZ
APELLIDOS
GUILLERMO ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1956
JUNIN
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
12-DIC-1977 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500114-47154802-M-0079147768-20071023
0086907296O 02 226736893

54756

Bogotá

ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1878626-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340352060-9

54756

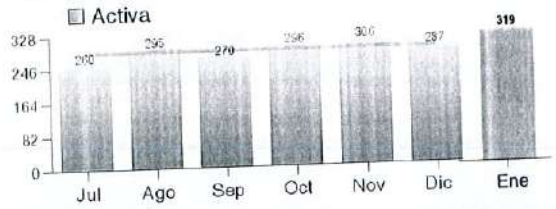
CLIENTE

GUILLERMO ENRIQUE MENDEZ MENDEZ
KR 1 NO 54 J SUR 06
BOGOTA, D.C. - DANUBIO II

20 005 4057 / 018-19240542



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $877,36

CONSUMO DIARIO: 11,39 kWh

VALOR DIARIO: $7.632

PERIÒDO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DIÀS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 319 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 286 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:	10000200054057
RUTA LECTURA:	10200050612
MANZANA DE LECTURA:	MS002577A3
MEDIDOR NO:	018-19240542
MEDIDOR NO:	018-19240542

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 21338TR1 GRUPO: 11 IRC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 1,92
PERIODO: 2024/11 DI: 222,72 CF: 306,00069 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,18
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO SEGURO DE LA ENERGIA

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

ENERGÍA SERVICIO 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

¿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

Billetera Virtual: dale!, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, punto red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datafono. El solo pin corresponde no es un soporte valido 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: $356,78 T: $58,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $89,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: VI13-21338TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 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 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 pago oportuno. Para mayor información comunicate 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 suspension 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 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y respons... ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y ... en nuestros Centros de ...
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsa... ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y ... en nuestros Centros de ... 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 ... ...ón la aprobación de ... emitida ... ...a mayor información ... resoluciones ... 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 Co... 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 ... con estos aspectos, por favor diríjase 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. ... ...ad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 28/01/2025 01:32:39
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 01:32:39

CUDE: 3139a416815be99db5155b096f417a53d9f7b7115d3e35c4e09731bb86089e898db8bc146cb2603647 5e260558eb7111

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

11.707 - Página 1 de 6

Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-7

CamScanner

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 92	900255002179988	NO de Microchip:	FECHA: 24-02-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Bamby				COLOR: Gris/ atigrado	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 1 A	PESO: 3.7 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI__ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NÓ 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: Stephanie Leuro Sanchez	DIRECCION Dg 70D Sur 70-24	TELEFONO 3134288663
CEDULA: 1022949437	CORREO ELECTRÓNICO: Tifanileuro27@gmail.com	
BARRIO O VEREDA El Brillante	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachillerato 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 NOV/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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: NOV/24 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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: 137 l/m	F. RESPIRATORIA: 30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa	

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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 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:
Stephani Leyva S	1022944437

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 1.022.949.437
LEURO SANCHEZ
APELLIDOS
STEPHANIE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00761392-F-1022949437-20151113 0047430208A 1 1983867414

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:U44788 **BIMESTRAL**

11953890
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

42003611912
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

18 625

Factura a nombre de
MARINELA MIRANDA PIÑEROS

Dirección del predio
DG 100D SUR 1D 24

Barrio: **LA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	OCT/04/2024	DIC/02/2024

Pago oportuno	ENE/08/2025	Suspensión	ENE/13/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
FEB/27/2025	DIC/20/2024 06:51:26	DIC/20/2024 12:39:06

¡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.

Tu consumo en este período

En los períodos anteriores **tu promedio de consumo fue** 23



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

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

En este período

20.000

Promedio al día

333

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1370
Lectura anterior 1350
Tu consumo este período 20

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A11S142893

Tipo VELO015T2
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
$26.534,38
1

+

Alcantarillado
$25.075,70
2

+

Otros cobros
$12.549-
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 CODENSA en el período actual)

= **Total a pagar** **$39.060**

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): d8d8b9a67d070Raed373188b3d2e01fef675708 43d7e24f866b3754f9b2730b88b617eaa1a2016866d7baafa

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	Valor Unitario	%	Valor	Subsidio/Aporte	Total	Cant.	Valor Unitario	%	Subsidio/Aporte	Total
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79	-70	$12.874	$27.58,74	$8.547,06	2,00	$4.370,98	-70	$6.119-	$1.311,29	$2.622,90
Consumo residencial básico (m³)	20,00	$3.502,74	-70	$49.038	$15.082,62	$21.916,80	20,00	$3.742,05	-70	$52.389-	$11.222,63	$22.442,80
Consumo residencial superior básico (m³)												
Cargo fijo no residencial (mes)												
Consumo no residencial (m³)												
Subtotal				$61.912-		$26.534,33				$58.508-		$25.075,70

* 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)	$0,55	$29,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,60	$87,97
Total por consumo facturado	$121	$822

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$1
Interés mora vivienda	$12.610-
Intereses de mora	$60
Subtotal	12.549-

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

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago

puntored

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

La EAAB-ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y Citi

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar

$39.060

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)420036119120(3900)0000000039060

AISLADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIO PUBLICOS DOMICILIARIOS NO ES UNICO DE REGISTRO 1-1900-20-10 EAB-ESP

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA 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	900255002179972	NO de Microchip	FECHA: 24-FEB-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: MAX				COLOR: PAPOA BLANCO	
ESPECIE: CANINO___FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___MACHO_X_	RAZA MESTIZO	EDAD 7 AÑOS	PESO: 3.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO	
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: DANNA PARRA HOLGUIN	DIRECCION Cr 11 ESTE 6S sur #51c73	TELEFONO 3219706273
CEDULA: 1'000 992.569	CORREO ELECTRÓNICO: dannayulesp@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Sierras	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: 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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 120 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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 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:
Danna Parra	1000992569

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

NÚMERO **1.000.992.569**

PARRA HOLGUIN

APELLIDOS

DANNA YULES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-JUL-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01272368-F-1000992569-20211211 0077308263A 1 8503584942

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



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

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

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

Escanea para pagar tu factura

*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 se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Contra consumos puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (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 vencimiento para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704B23072024

¡Hola!

OSCAR ANTONIO MARROQUIN
KR 11 ESTE 65 SUR 51 C73 - SIERRAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097106-270271

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270310730005000 **Código del Sector:** 480

Cuenta o referencia de pago **62096457**

vanti Listo

Compra
[illegible]

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN COMPUTADOR

vanti Listo

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 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilista/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; consúltalo en: grupovanti.com/vantilista/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.

Enero 2025

Cuenta de cobro/recibo de pago 82098457

NIT: 800.097.813-2
Vanti S.A. ESP

vanti

Fecha de facturación

Fecha de expedición	Fecha de suscripción	Periodo facturado	Fecha de vencimiento
29 Ene. 2025	30 Ene. 2025	Dic. - Ene. 2025	16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Consumo unidad (U)	Cantidad (C)	Vlr U	Subtotal consumo
AJUSTE DECENA	1UN	3.00	0.00	3.00
RECAUDO TERCEROS Cosespark Protc.	0	48.467,00	0,00	48.467,00

Total $48.470,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Cargo fijo	Cuota N°	Capital	Intereses	Subtotal Cuota

Total $0,00

Total a pagar $48.470,00

Pagos por $0,00

Tus últimos consumos

Tu periodicidad de lectura será: Entre 28 y el 32 de (Febrero)

Novedades de tu factura

Cuota $ 2470,00

Fecha límite de pago oportuno

Vencimiento Periodo Facturado
30 Sep. 2026

Tarifas

Cargo fijo mes de Dic $2480

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

Calificaciones aplicadas

Pcs 1289.55 Tv 514.92 Dm 613.93 Cm 0.0
61.53 Com 0.0 Cuno 0.0 Sub 0.0
Cun 0.0 Rpcm 42.475 Dm JR 0.0 Dm INT 0.0

Factor de corrección

Fc 0 Vf 0.76727 Fz 1.00652 Fv 0.77227
t 0 Tm 13.63 Tz 15.56 Fi 1.01009
Pa 0.752 Pm 0.023 Fpc 1.0

Factor de corrección 0.77227

Indicadores de calidad

INST 100.0 DES 0.0 ID 100.0 IP 100.0

Descuento por pago oportuno de la factura: Si el valor total de la factura es pagado antes de la fecha límite de pago oportuno, se aplicará un descuento de $2.470,00 sobre el valor total de la factura.

(415)7709998026025(8020)82098457(3900)000000000=8470

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 94	MIC 900255002179981		FECHA: 24-FEB.25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: TOM			COLOR: AMARILLO - BLANCO	
ESPECIE: CANINO___FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___MACHO_X_	RAZA MESTIZO	EDAD 10M	PESO: 1.4 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_____PERRO DE CUADRA____OTRO NACIÓ EN CASA

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSÉ GARZÓN GOMEZ	DIRECCION Cr 11 ESTE # 65 sur 51c 73	TELEFONO (3 Sin contacto	
CEDULA: 80.253.804	CORREO ELECTRÓNICO: @ SIN CORREO		
BARRIO O VEREDA LAS SIERRAS	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: NO TIENE 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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

4. EXAMEN CLINICO

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: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 37 r/m	TEMPERATURA 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: ROSADAS

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.1 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	____ml.	5-7mg/kg IV
		____ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.1 ml.	0,5mg/Kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.1 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.09 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 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: 80253804

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
80.253.804
NUMERO
GARZON GOMEZ
APELLIDOS
JOSE FRANCISCO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-FEB-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-1500113-45163624-M-0080253804-20070912 0258107204O 02 2387211I0

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



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

Solicita tu factura en línea y págala a través del botón Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla, tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura en línea aquí



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 · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davplata · Red Cade · 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 suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y en defectos 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 (5) cinco Hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura y frente 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 704920072024

¡Hola!

OSCAR ANTONIO MARROQUIN
KR 11 ESTE 65 SUR 51 C73 - SIERRAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097106-270271

Lote: P09GN **Ruta:** 0011270310730005000 **Código del Sector:** 480

Cuenta o referencia de pago **62096457**

vanti Listo

Compra televisor, nevera, lavadora o más hasta en 24 cuotas o hasta 3 de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**



CON REGRESA A CLASE Y SÚPER GANA UN

vanti Listo

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 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a grupovanti.com/vantilistocelebraciones. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecida por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala 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.

Factura de gas Enero 2025

Cuenta o referencia de pago 62096457

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
29 Ene. 2025	30 Ene. 2025	Dic. - Ene. 2024	16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
AJUSTE DECENA	1 UN	3,00	0,00	3,00
RECAUDO TERCEROS Codespark Prota.	0	48.467,00	0,00	48.467,00

1 — Total $48.470,00

Tus financiaciones

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

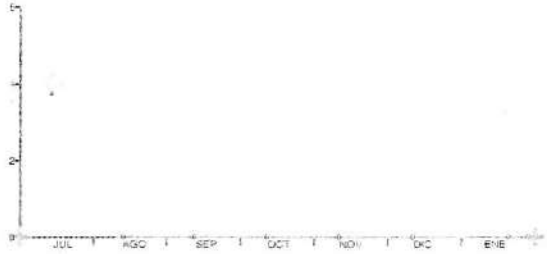
1 — Total $0,00

Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $48.470,00

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat.Dos Días de consumo 34

Fecha	Lectura	Tipo
11 Dic. 2024	2759	REAL
13 Ene. 2025	2759	REAL

m³ corregidos 2759 - 2759 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 13 de Febrero

Novedades de tu factura

Cuvc $ 2475,83

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $66.100

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2026

Lo invitamos a ser responsable frente a la seguridad y a programar la revisión periódica obligatoria de su instalación interna de gas natural. Resoluciones 536 de 2022 y 41395 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2480

Oct. $2250 Nov. $2362 Dic. $2362

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

Componentes tarifarios

Gm 1289.55 Tm 514.92 Dm 613.88 Cm 0.0
P 61.59 Com 0.0 Cvm 0.0 Xvm 0.0
Cvm 0.0 Fccm 42.475 DAJR 0.0 D-AJR 0.0

Mínimo: Tu consumo en m³ de gas equivale a 0
Este es el precio unitario del cargo es: $0.0

Factor de corrección

Vm 0 Xm 0.76727 Rt 1.00652 Pt 0.77227
Vs 0 Tm 13.59 Tv 15.56 Pv 1.01008
Pm 0.752 Fm 0.023 P pr 1.0

Factor de corrección 0.77227

Indicadores de calidad

IPSO 100.0 DES 0.0 ID 100.0 IEU 100.0





UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA 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	900255002180195	NO	FECHA: Feb-24-2025
ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE			

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Peluzo				COLOR: blanco / pardo	
ESPECIE: CANINO___FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 2 años	PESO: 4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___NO	
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: Viviana Vera	DIRECCION C17# #65-68 Sur	TELEFONO 3192810783
CEDULA: 52 937 668	CORREO ELECTRÓNICO: VV28404@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Porvenir	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 octubre 2024	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: octubre 2024
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 128 l/m	F. RESPIRATORIA: 29 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa
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 especificamente 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 ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29938 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 Ovariohisterectomia/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:
Viviana Vera D	52937668 Bta.

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 **52.937.668**
VERA RODRIGUEZ
APELLIDOS
CARMEN VIVIANA
NOMBRES

Carmen Viviana Vera Rodriguez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUL-1984**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

08-SEP-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00923702-F-0052937668-20170721 0056522198A 3 9910060865

41 62b

enel Bogotá

3743211-9

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

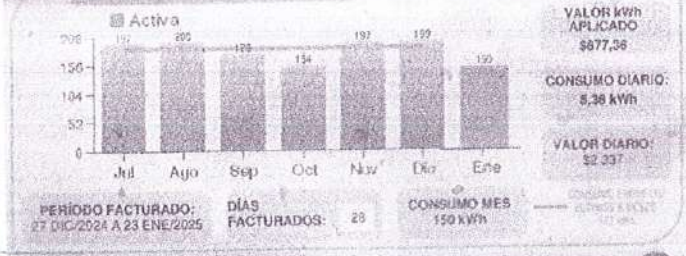
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340381009-1

CLIENTE

LIZANDRO ANSELMO RODRIGUEZ
KR 7 H NO 65 SUR 68 PI 2
FACHADA
BOGOTA, D.C. - PORVENIR

20 019 0478 / 110-12115694

¿Quieres tu factura virtual y pagarla en línea?



VALOR kWh APLICADO: $877,36

CONSUMO DIARIO: 5,36 kWh

VALOR DIARIO: $2.337

PERIODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 150 kWh



¿Sabías que tuvimos acceso a tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual?

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
RUTA LECTURA:	[illegible]
MANZANA DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR NO:	110-12115694
MEDIDOR NO:	110-12115694

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Cantidad)

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.

CONTÁCTANOS

Registrate aquí
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas
601 6130055
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR
Corresponsales Bancarios
Almacenes de Cadena

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 Bosa # 6 B - 20
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-35 40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
G: $356,78 T: $59,19 D: $240,72 CV: $106,36 PR: $69,76 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 28/01/2025 01:39:32
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 13:39:09

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios NAS NIC - Vigilado por la SIC - Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1998.

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.994-2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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 | MICROCH: 900255002179852 | FECHA: 24-02-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tom | COLOR: blanco/gris

ESPECIE: CANINO___FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA criollo | EDAD 1 año | PESO: 3.3 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____MIXTO X OTRO ____

ORIGEN: NS/NR__RESCATADO____COMPRADO____ADOPTADO__REGALADO__X__PERRO DE CUADRA____OTRO ____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jorge Sarmiento Patiño | DIRECCION: cr 3g - 57 - 71 sur | TELEFONO: 3506731256

CEDULA: 80.731.610 | CORREO ELECTRÓNICO: jorgesarmiento1982@ymail.com

BARRIO O VEREDA: Danubio | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller 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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 7/10/23

4. EXAMEN CLINICO

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: 126 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 37.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa

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 especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (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 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 Ovariohisterectomia/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: Jorge Sarmiento	Nro de Identificación: 80781610

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomia (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 **80.731.610**

SARMIENTO PATIÑO
APELLIDOS

JORGE
NOMBRES

Jorge Sarmiento Patiño
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1982**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.88 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

15-MAY-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIFO LOPEZ

A-1500100-42113942-M-0080731610-20030821 **05453** 03233A 01 143004094

29 Gato

enel | Bogotá

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

Para ingresar y consultar su factura en la Oficina Virtual ingrese el número de cliente

1858401-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 3402623326-3

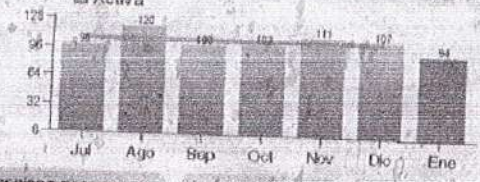
MARGARITA GUAVITA DE URREGO
KR 3 G NO 57 SUR 71 PI 2
LOC DE USME
BOGOTA, D.C. - DANUBIO

20 017 5210 / 018-25018497

¿Prefiere esta factura virtual? Escanee el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,36
CONSUMO DIARIO: 3,36 kWh
VALOR DIARIO: $1.546

PERIODO FACTURADO: 27 DIC/2024 A 23 ENE/2025
DÍAS FACTURADOS: 28
CONSUMO MES: 94 kWh

Este mes tuviste ajustes a la LECTURA DE TU MEDIDOR y al CONSUMO de energía en tu vivienda dentro de la factura

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100002001752 19
RUTA LECTURA:	10200180715
MANZANA DE LECTURA:	MS00251972
MEDIDOR NO:	018-25018497
MEDIDOR NO:	018-25018497

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
601 514 00 00
PQR en línea
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 Nte. 51A 85
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 9 B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54 38 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: DIC/2024
G: $235,79 T: $56,19 D: $280,72 CV: $106,30 PR: $69,75 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 23/01/2025 01:31:13
FECHA EXPEDICIÓN: 28/01/2025 15:05:17

Proyecto Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS EIC - Nómina del BIN: CEUFacturero - NIT 890321151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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: 97	900255002181943	NO microchip:	FECHA: 24-02-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Balu			COLOR: Negro	
ESPECIE: CANINO___ FELINO X	SEXO: HEMBRA___ MACHO X	RAZA Mestizo	EDAD 10 M.	PESO: 3.3 KG	MANEJO ESPECIAL: SI___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI___ NO___		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: Nataly Hazbleidy Reyes Campos	DIRECCION Kr 6 C Bis N° 68A Sur 24	TELEFONO 3202776478
CEDULA: 1070079660	CORREO ELECTRÓNICO: reyescampssteven.david.2727@gmail.com	
BARRIO O VEREDA Barranquillita	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachillerato 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 Enero/25	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/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: Enero/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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
130 l/m	37 r/m	37.5 °c	2 seg	Rosa

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 especificamente 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 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: 1010019660

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:

enel | Bogotá

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

1898186-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 310162098 5

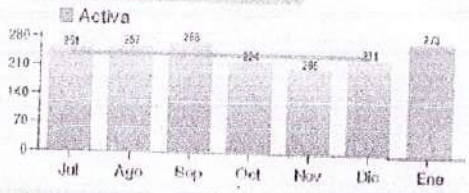
GERMAN MONDRAGON
KR 6 C BIS NO 68 A SUR 24
BOGOTA, D.C. - BARRANQUILLITA

19 008 0321 / 018-25016734

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $877,35

CONSUMO DIARIO: 8,53 kWh

VALOR DIARIO: $5.417

PERÍODO FACTURADO: 22 DIC/2024 A 22 ENE/2025

DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 273 kWh

El día de hoy tuvimos 4 visitas a tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO está dentro de nuestro rango de tu historial

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA KW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100001950000321
RUTA LECTURA:	1915000000010
MANZANA DE LECTURA:	MS000252511
MEDIDOR NO:	018 25016734
MEDIDOR NO:	018 25016734

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 recomendemos configurarlos en modo ahorro de energía.

PAGO DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Celular las 24 horas

601 514 0015 atencionbog@enel.com

Oficinas Virtuales: https://www.enel.com.co/es/personas/ofuturo-r-clientehtml

defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Tableros Bancos, Débitos Automáticos, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Oficina Virtual: daviplata, MOVII, NEQUI, Tpaga

Corresponsales Bancarios: CONCRED, efecty, Su Red, MOVIRED, efecty

Red Datafast: RED CADE

Centros de Servicio: enel, Almacenes de Cadena, apostar

Código QR

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
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P	Calle 129 # 54 30 40 Local 103 104

Línea de servicio al cliente 116

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

G: $356,76 T: $59,19 D: $260,72 CV: $605,30 PR: $59,76 R: $5,64 CF: $0,00 / $877,36 Costo kWh Mes

ESTRATO 1 CIRCUITO: UNIS 13 0010 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa

AGRUPADO ECONÓMICA 3514 Costo Distribución de Energía Distancia Tarifa 11,05 por mil. Subsidios aplicados según Resolución CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, Avda. de Bogotá # 68 B - 31, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Con base en la Resolución CREG 108 de 1997 y demás normas concordantes, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que preste los primeros 15 días calendario, por los valores facturados. Para mayor información consultar www.enel.com.co

Este factura de venta se emite en el régimen común de conformidad con el Artículo 1.3.3.3 del Decreto 1625 de 2016 y la Resolución 000042 de 2020.

En cumplimiento de la circular CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron responsabilidades asociadas a la medición. Para mayor información consultar www.enel.com.co/es/personas/servicios-publicos/medicion-y-lectura.html

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron responsabilidades asociadas a la medición. Para mayor información consultar www.enel.com.co/es/personas/servicios-publicos/medicion-y-lectura.html

Servicio al Cliente

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. pone al servicio de sus usuarios para suministrar la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica, el siguiente canal de atención: Oficinas de Servicio al Cliente: Cra 13 No. 93 - 45 Piso 1 Bogotá D.C. Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Con el fin de facilitar el pago de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que preste los primeros 15 días calendario, por tanto asignará a los cambios de dirección solicitados por el cliente después de este término. El particular es responsable de la comercialización y comercialización de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8. Control vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 27/01/2025 00:15:31
FECHA EXPEDICIÓN: 27/01/2025 12:15:20

CUDE: 4e501cb29cd5f79a201b6c6a5ed18c411bbb6d9d2049ef0d3e5d92789b097b801b5018327f91bd2b61c108...

Provincia Tecnológico, Consejo Tecnológico y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CENFINANCIERA NIT: 830 021 151-6



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.019.660

REYES CAMPOS

APELLIDOS

NATALY HAZBLEIDY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

17-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01299179-F-1010019660-20220523 0079456062G 1 8504775920

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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	900255002181940	NO mero de Microchip	FECHA: 24-02-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Felix				COLOR: Gris/Blanco	
ESPECIE: CANINO___FELINO_X_ SEXO: HEMBRA___MACHO_X_	RAZA Mestizo	EDAD 9. M	PESO: 3.7 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: María Liliana Romero Baquero	DIRECCION Dg 66 Sur Nº 3B-56.	TELEFONO 3132702076.
CEDULA: 53044781	CORREO ELECTRÓNICO: lrb133588@gmail.com.	
BARRIO O VEREDA Danubio Azul.	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: NS/NR: primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA___APTO_X_RURAL	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NOV/24	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/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMEN CLINICO

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: 37 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosa

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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/con/ el premedicado.

NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Juan Pablo Rocha T. P. 37203 Médico Veterinario	FIRMA
NOMBRE 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:
Liliana Romero	53044781 Bta

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomia / Orquiectomia (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 53.044.781
ROMERO BAQUERO
APELLIDOS
MARIA LILIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1983
UNE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-MAY-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO
P-1500100-01079403-F-0053044781-20190703 0065888735A 1 9908457276

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE **BOGOTÁ**

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

Datos del usuario

ANA LEONOR MAHECHA MARTIN
DG 60 SUR 3B 56 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:	1	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	5	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** C4 **RUTA:** C44087

Datos del medidor
MARCA: ITRON DE ACTARIS NÚMERO: A108394281 TIPO: VEL0015T2 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 000011005704

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 39351676018

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) $ 209.061

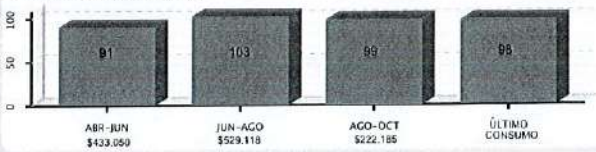
Fecha de pago oportuno ENE/21/2025

Fecha de suspensión ENE/24/2025

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	5967	CONSUMO (m³)	98
LECTURA ANTERIOR:	5869	PROMEDIO (m³)	98
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
OCT/18/2024 - DIC/16/2024

FECHA DE EXPEDICIÓN ENE/09/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAR/12/2025
Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,00	$9.195,79	$18.391,58	$12.874-	$2.758,74	$5.517,58
Consumo residencial básico	98,00	$3.510,88	$344.066,24	$240.846-	$1.053,27	$103.220,24
Consumo residencial superior a básico	-					
Cargo fijo no residencial	-					
Consumo no residencial (m3)	-					
Subtotal Acueducto ❶			$362.457,82	$253.720-		$108.737,82
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2,00	$4.370,95	$8.741,90	$6.119-	$1.311,29	$2.622,90
Consumo residencial básico	98,00	$3.751,70	$367.666,60	$257.367-	$1.125,51	$110.299,60
Consumo residencial superior a básico	-					
Cargo fijo no residencial	-					
Consumo no residencial (m3)	-					
Subtotal Alcantarillado ❷			$376.408,50	$263.486-		$112.922,50

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
D-Ben. Min. Vital Total				$12.639-	
Intereses de mora				$40	
Subtotal Otros Cobros ❸				$12.599-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual $12.639-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ❶+❷+❸+❹ $209.061

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $110.830 **CONSUMO DÍA** AGUA Y ALCANTARILLADO $3.694

15/01/2025

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



Denuncia en la Línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

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 99 — 900255002181933 — IO — FECHA: 24-02-25

ORIGEN : CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: stuar — COLOR: Amarillo

ESPECIE: CANINO___FELINO X — SEXO: HEMBRA___MACHO X — RAZA criollo — EDAD 9 meses — PESO: 3.7 KG — MANEJO ESPECIAL: SI___NO

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: Deisy Daniela Tolles Romero — DIRECCION diagonal 60 #3B-56 — TELEFONO 3042860259

CEDULA: 1000687901 — CORREO ELECTRÓNICO: danielatolles@gmail.com

BARRIO O VEREDA banubio — 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 octubre 2024 — 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/aaaa RABIA: octubre 2024

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

4. EXAMEN CLINICO

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: 137 l/m — F. RESPIRATORIA: 40 r/m — TEMPERATURA: 37.5 °c — TLLC 2 seg — MUCOSAS: ROSA

OBSERVACIONES:

7. MEDICACIÓN

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	FIRMA	
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Médico Veterinario 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:
Deisy Daniela Torres Romero	1000687901

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 **1.000.687.901**

TORRES ROMERO

APELLIDOS

DEISY DANIELA

NOMBRES

Deisy Daniela Torres

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-DIC-2020 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01190595-F-1000687901-20201217 0072870392A 1 8501183397

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

ANA LEONOR MAHECHA MARTIN
DG 60 SUR 3B 56 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:	1	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	5	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 **CICLO:** C4 **RUTA:** C44087

Datos del medidor

MARCA: ITRON DE ACTARIS NÚMERO: A10S394281 TIPO: VEL001512 DIÁMETRO: ½

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	5967	CONSUMO (m³)	98
LECTURA ANTERIOR:	5869	PROMEDIO (m³)	98
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
OCT/18/2024 - DIC/16/2024

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 000011005704

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 39351676018

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): $ 209.061

Fecha de pago oportuno: ENE/21/2025

Fecha de suspensión: ENE/24/2025

FECHA DE EXPEDICIÓN ENE/09/2025 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAR/12/2025

Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	2,00	$9.195,79	$18.391,58	$12.874-	$2.758,74	$5.517,58
Consumo residencial básico	98,00	$3.510,88	$344.066,24	$240.846-	$1.053,27	$103.220,24
Consumo residencial superior a básico	.					
Cargo fijo no residencial	.					
Consumo no residencial (m3)	.					
Subtotal Acueducto ①			$362.457,82	$253.720-		$108.737,82
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	2,00	$4.370,95	$8.741,90	$6.119-	$1.311,29	$2.622,90
Consumo residencial básico	98,00	$3.751,70	$367.666,60	$257.367-	$1.125,51	$110.299,60
Consumo residencial superior a básico	.					
Cargo fijo no residencial	.					
Consumo no residencial (m3)	.					
Subtotal Alcantarillado ②			$376.408,50	$263.486-		$112.922,50

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
D-Ben. Mín. Vital Total				$12.639-	
Intereses de mora				$40	
Subtotal Otros Cobros ③				$12.599-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³, Período actual $12.639-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $209.061

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $110.830 **CONSUMO DÍA** AGUA Y ALCANTARILLADO $3.694

15/01/2025

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



Denuncia en la **Línea 116**

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.