JORNADA DE ESTERILIZACIÓN No

ALCALDÍA LOCAL Usme

LUGAR: salon comunal Nuevo porvenir FECHA: 30-Abril-2025

Tipo	Caninos Hembra (CH)	Caninos Macho (CM)	Felino Hembra (FH)	Felino Macho (FH)
Comunidad	38	20	45	34
Protección	Ø	Ø	Ø	Ø
Calle	Ø	Ø	Ø	Ø
Asentamiento	2	Ø	1	Ø
Ces	Ø	Ø	Ø	Ø
Rural	2	Ø	Ø	Ø
Total	42	~~20~~ 19	46	~~34~~ 35

Razas de manejo especial		
Raza	**CH**	**CM**
Pitbull	1	
Rottweiler	1	
American Bully	1	
Sub Total		
Total	3	

Microchip	
Existentes	Ø
Implantados	142

TOTAL JORNADA
142



H. Storia 92 cedula 3ra
Trini

723 Fotmes

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 01 | 900255002404689 | NO chip | FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Turquesa			COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestizo	EDAD 8 meses	PESO: 3.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmenza Yolanda Baquero	DIRECCION: Kr 10A este #106 sur 51	TELEFONO: 3112976997
CEDULA: 39.710.222	CORREO ELECTRÓNICO: fabiovelasco@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: el refugio 1	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: 2do primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R.	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa marzo 2025	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 CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	96	l/m	F. RESPIRATORIA: 36	r/m	TEMPERATURA: 38.1	ºc	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.4 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: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
Clemencia Melendía	39210299

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:

2- Perra

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 39.710.222
VELANDIA BAQUERO

APELLIDOS
CARMENZA

NOMBRES
carmenza velandia

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1962
CC NUEVO MUNDO
ICONONZO (TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ABR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01220739-F-0039710222-20210304 0073569839A 1 8501481578



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 2

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4427538-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344252835-4

CLIENTE

FAVIO ENRIQUE VELASCO CARO
KR 10 A ESTE NO 106 SUR 51
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO I

03 01 NE 3504 I 07S07Z20Z5

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU **PRÉSTAMO** DE HASTA
$12.000.000

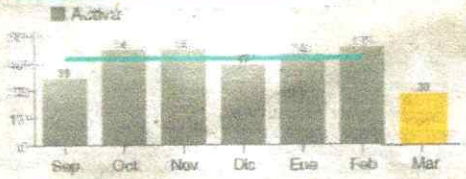
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuentranos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Marca registrada propiedad de The Bank of Nova Scotia y utilizada bajo licencia por Codensa S.A. E.S.P. Establecimiento Financiero de Crédito regulado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Crédito Fácil Codensa es comercializado por Codensa S.A. E.S.P.

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO: $853,97
CONSUMO DIARIO: 1,03 kWh
VALOR DIARIO: $383

PERIODO FACTURADO: 30 ENE 2025 A 27 FEB 2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 30 kWh

CONSUMO PROMEDIO: 47 kWh
ACTUAL: 30 kWh
ANTERIOR: 64 kWh

Este mes tu factura aumentó porque la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO presentan una variación. Encuentra en la factura cómo se calculó y más detalles en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]
SUSCRIPTOR:	[illegible]
MARCACIÓN DE LECTURA:	[illegible]
MEDIDOR ACT:	[illegible]
MEDIDOR ANT:	[illegible]

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN MENSUAL (Horas) — FRECUENCIA MENSUAL (Eventos)



DU (SAIDI)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FU (SAIFI)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

*Para mayor detalle consultar los resoluciones CREG 015 de 2018 y 654 de 2019

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Codensa · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
Nequi · Daviplata · MOVii · Tpaga

Corresponsales Bancarios
Baloto · Efecty · Gana · Su Red · Su Red Efectivo · Su Red Transacciones · Su Red Pagos · MOVIRED · Su Red Recaudos · Su Red Servicios

Red Distrital
SuperCADE · CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Olímpica · Alkosto

Código QR

*Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El valor del corresponsal no aparece soportado válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENERO 2025

G: $280,48 T: $96,83 D: $260,81 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $10,94 CP: $0,00 ? $553,00 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: URB-BOSTON - NIVEL DE TENSION: PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 9514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11.04 por Res. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002 y No. 0019 de Febrero Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCION 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 dichos antes de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No.2061 de 10 de diciembre de 2025.

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

Esta factura da cobro previo de la cuota de contribución con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

Cumplimiento de la resolución CREG 015/2018 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecen obligaciones, derechos y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. podrá retirar los equipos de medida cuando exista un riesgo de fraude o cuando se presente alguna anomalía por el cliente para el uso de la factura como soporte de venta. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. 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 dicha Empresa.

El prestador del servicio de alumbrado público y la facturación 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.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

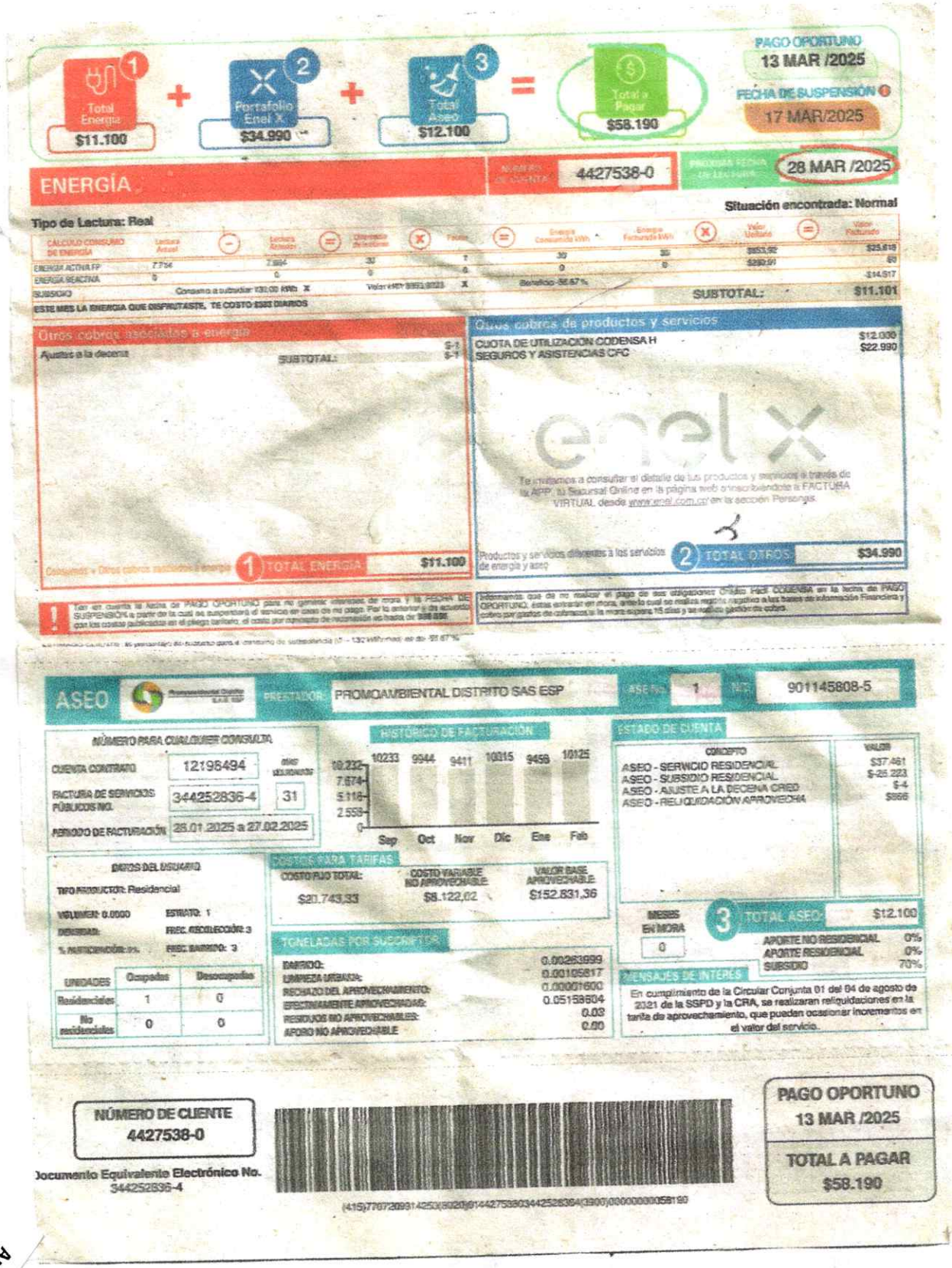
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. — Av. 4 No. 59A-05
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 6 B - 20
ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54-36,40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

FECHA GENERACIÓN: 04/03/2025 01:06:12
FECHA EXPEDICIÓN: 04/03/2025 15:49:14

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación BAS NIT 830.059.653-0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BAS BIC - Fabricado por SAP (CENTRALIZADO) NIT 890.321.151-0



1 Total Energía $11.100 + 2 Portafolio Enel X $34.990 + 3 Total Aseo $12.100 = Total a Pagar $58.190

PAGO OPORTUNO 13 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 17 MAR/2025

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 4427538-0

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 28 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	7.756		7.694		62		1		62	62		$853,92		$25.618
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$280,91		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 930,00 kWh X				Valor kWh $853,9223	X			Beneficio -56,67 %					-$14.517

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $333 DIARIOS

SUBTOTAL: $11.101

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-1
SUBTOTAL:	$-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $11.100

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE UTILIZACIÓN CODENSA H	$12.000
SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC	$22.990

enel x

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 $34.990

Tenga 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 reinstalar de reconexión es hasta de $98.695.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones CRÉDITO FNEL CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, evento cual no 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.

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

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		días facturados
CUENTA CONTRATO	12198494	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	344252836-4	31
PERIODO DE FACTURACIÓN	28.01.2025 a 27.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$37.461
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-25.223
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREG	$-4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$866

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1

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:
$20.743,33	$8.122,02	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105617
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05158604
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
APORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $12.100

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	70%

MENSAJES DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE 4427538-0

Documento Equivalente Electrónico No. 344252836-4

(415)7707209314253(8020)014427538034425283643900)000000000058190

PAGO OPORTUNO 13 MAR /2025

TOTAL A PAGAR $58.190

Animal ID: ISO11784 FDX-B

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 02	Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404677	SI / NO Número de Microchip:	FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Vela				COLOR: Beige	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestiza	EDAD: 6M	PESO: 10.7 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: Maria Helena Daza		DIRECCION: cr 6B Este # 90-31s	TELEFONO: 3202535471
CEDULA: 39-758-517		CORREO ELECTRÓNICO: luispinerosp48@gmail.com	
BARRIO O VEREDA: La Reforma	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buenestado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N.R	27-02-25	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 CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 38.3 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguno				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.0 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.0 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Diego Castellanos 09582	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA	

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:
María Elena Daza	3143578274

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1653818-6**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347679122-4

CLIENTE

LUIS ALBERTO PIEROS
KR 6 B ESTE NO 90 SUR 31
BOGOTA, D.C. - LA REFORMA

03 011 4095 / 018-25466498

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

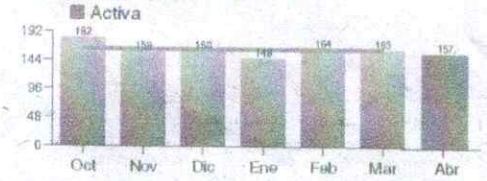
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes seguir comunicándote a través de Elena **WhatsApp 3168906003**, línea de servicio **6015 115 115** o la Línea gratuita nacional **018000 812 115**.

Para más detalles, consulta nuestra política de tratamiento de datos disponible en **www.enel.com.co**

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 5,41 kWh

VALOR DIARIO: $2.460

PERÍODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 157 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 163 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:	3,52
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030114095
RUTA LECTURA:	10030110108
MANZANA DE LECTURA:	MS00261287
MEDIDOR NO:	018-25466498
SUBCLASE:	Básica

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en **www.enel.com.co/es/personas/registro**

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 14408761 GRUPO: 11 NC: 0,00 I VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/03 DI: 230,04 CI: 154,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 006 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones

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 5140065 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

Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efecty · Reval · MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo

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.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,06 CV: $76,36 PR: $60,09 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM26-1440BTP1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. N/A 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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

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

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:16:26
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:41:18

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.822-

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

CUDE: a8e1394f69e8558726e4f3853403b9832cfeb4c1429f1ae5593 1b6b6164f6e2c0ab8603c1433937901992269cdf79e855e

Total Energía	+	Total Aseo	=	Total	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$71.340		$42.050		$113.390	14 ABR /2025	16 ABR/2025

ENERGÍA

CUENTA CONTRATO: 1653818-6 | FECHA: 29 ABR /2025

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

ENERGIA ACTIVA FP	42.270	42.113	157	1	157	157	$843,71	$132.482
ENERGÍA REACTIVA	0	0	0	0	0	0	$272,98	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $843,7057	X	Beneficio 55,73 %			$61.126

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.480 DIARIOS

SUBTOTAL: $71.336

Otros cobros facturados a energía

Ajustes a la decena	$4
SUBTOTAL:	$4

Otros cobros de productos y servicios

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

TOTAL ENERGÍA $71.340

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 $103.863

Infórmenos cuál 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 -55,73 %

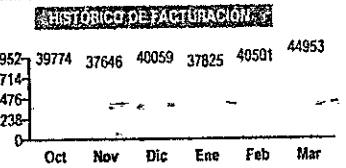
ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | SERV: 1 | NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11356495	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347679122-4	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	26.02.2025 a 27.03.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$126.005
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-88.203
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$4
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$4.244

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0,0000 | ESTRATO: 1

DENSIDAD: | FREC. RECOLECCION: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% | FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	4	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$69.345,23	$27.061,74	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

TOTAL ASEO: $42.050

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	70%

MENSAJES DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CUENTE
1653818-6

Documento Equivalente Electrónico No.
347679122-4

(415)7707209914253(8020)011653818634767912 24(3900)000000000113390

PAGO OPORTUNO
14 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$113.390


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.758.517
DAZA SANCHEZ
APELLIDOS
MARIA ELENA
NOMBRES
FIRMA

3- Perra


FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1969
GUAYATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
11-DIC-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00093461-F-0039758517-20081011
0004243781A 1
1660015271


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.758.517
DAZA SANCHEZ
APELLIDOS
MARIA ELENA
NOMBRES
FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 03

900255002405719 chip

NO:

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: canela

COLOR: barcino

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

RAZA: bulldog EDAD: 4 años

PESO: 8 KG

MANEJO ESPÉCIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: liana paola rodriguez muñoz

DIRECCION: DG 99 sur No. 6 este 34

TELEFONO: 3212118883

CEDULA: 1023.012.458

CORREO ELECTRÓNICO: paolaelizethrodriguez@gmail.com

BARRIO O VEREDA: nuevo portal

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: bachiller

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: enero 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: marzo 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 06/2025.

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.8 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.32 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego castellanos 09582

FIRMA: 21-1-0

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 38954

FIRMA:

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:
[illegible]	1093012458

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 1.023.012.458

RODRIGUEZ MUÑOZ
APELLIDOS

DIANA PAOLA
NOMBRES



FIRMA

4-Perra.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00705514-F-1023012458-20150514 0044140546A 1 44030298

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2778738-2

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 135312074-6

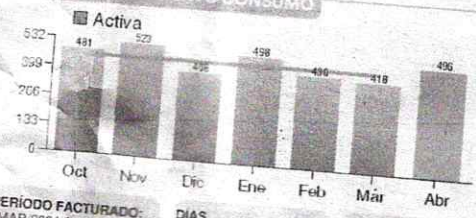
CLIENTE

FLOR ALBA MUOZ NIO
DG 99 SUR NO 6 ESTE 37 CA 1
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 1388 / 074-2864951

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $882,30

CONSUMO DIARIO: 15,03 kWh

VALOR DIARIO: $11.199

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 400 kWh

PERIODO FACTURADO: 01 MAR/2024 A 02 ABR/2024

DIAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 496 kWh

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

Información Enel

Cuidemos a nuestros técnicos.

En los últimos dos años se han presentado 25 casos de ataques contra personal de Enel en el ejercicio de sus funciones. Con tu ayuda podremos protegernos: mantén a tu mascota con correa y acompáñala cuando trabajemos cerca de tu casa.

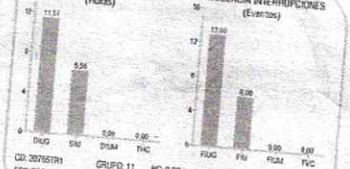
¡Disminuyamos juntos esta cifra!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	0,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030171388
RUTA LECTURA:	10030170450
MANZANA DE LECTURA:	MS00261649
MEDIDOR NO:	074-2864951
MEDIDOR NO:	074-2864951

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 287651R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2024/02 DI: 320,05 CF: 430,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %f: 0,16
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Elige estufas de inducción, estas requieren menos energía. No dejes que el calor sobresalga de los laterales de la olla así, no desperdicias recursos

CONTÁCTANOS

clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
336 890 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
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual
Rappi pay · DaviPlata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · Efecty · Reval · MOVIRED · Su Red Amiga · Punto Red · Su Red Amiga

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Éxito · Metro

Código QR

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 56 # 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. 80 -27/45 Local 4
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

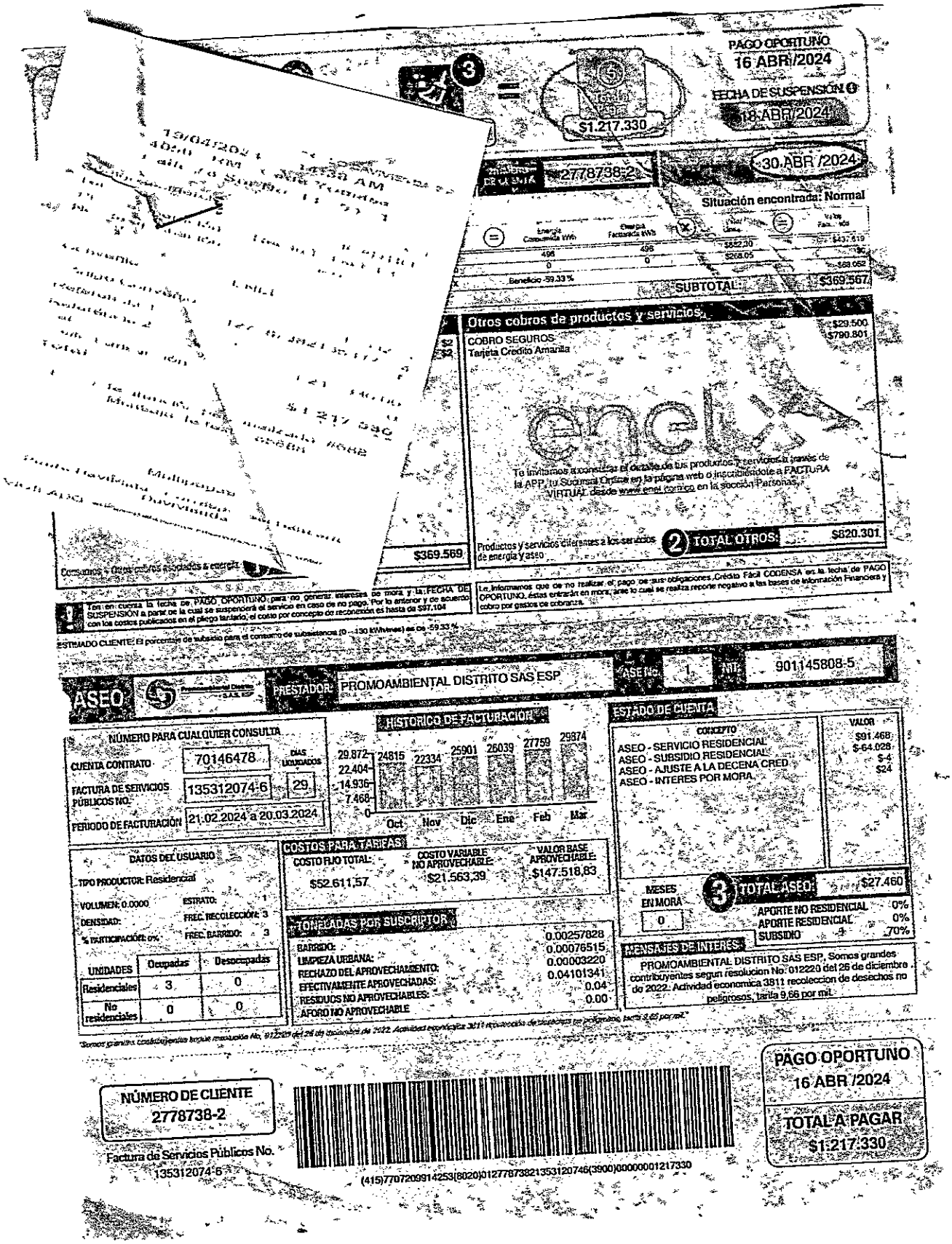
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G: $375,51 T: $57,43 D: $268,05 CV: $102,18 PR: $72,02 R: $7,10 CF: $0,00 / $882,30 **Costo kWh Mes** **Vigencia: MAR/2024**

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 al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información 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 prestará 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 presten 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.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 ABR/2024

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

GRUPO I1 CIRCUITO UMN-203STRA - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: 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.



PAGO OPORTUNO
16 ABR /2024
FECHA DE SUSPENSIÓN
18 ABR/2024
$1.217.330
2778738-2
30 ABR /2024
Situación encontrada: Normal
Energía Consumida kWh
Energía Facturada kWh
Valor Unitario
Valor Fact. $
498
498
$852,20
$424.519
0
0
$268,05
-$68.052
Beneficio -59,33 %
SUBTOTAL
$369.567
Otros cobros de productos y servicios
COBRO SEGUROS
$29.500
Tarjeta Credito Amarilla
$790.801
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:
$820.301
$369.569
Consumos + Otros cobros asociados a energía
Tenga 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 la entrega y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $87.104
Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones ¡Crédito Fácil CODENSA es 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.
ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 KWh/mes) es de -59,33 %

ASEO
PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
ASEO No: 1
NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO: 70146478
DÍAS LIQUIDADOS: 29
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.: 135312074-6
PERIODO DE FACTURACIÓN: 21.02.2024 a 20.03.2024

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN
29.872
22.404
14.936
7.468
0
24815
22334
25901
26039
27759
29874
Oct
Nov
Dic
Ene
Feb
Mar

ESTADO DE CUENTA
CONCEPTO
VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL
$91.468
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL
$-64.028
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED
$-4
ASEO - INTERES POR MORA
$24
3 TOTAL ASEO:
$27.460
MESES EN MORA: 0
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 70%

DATOS DEL USUARIO
TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0.0000
ESTRATO: 1
DENSIDAD:
FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0%
FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	3	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS
COSTO FIJO TOTAL: $52.611,57
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: $21.563,39
VALOR BASE APROVECHABLE: $147.518,83

TONELADAS POR SUSCRIPTOR
BARRIDO: 0.00257828
LIMPIEZA URBANA: 0.00076515
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO: 0.00003220
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS: 0.04101341
RESIDUOS NO APROVECHABLES: 0.04
AFORO NO APROVECHABLE 0.00

MENSAJES DE INTERÉS
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP, Somos grandes contribuyentes segun resolucion No 012220 del 26 de diciembre de 2022. Actividad economica 3811 recoleccion de desechos no peligrosos, tarifa 9,66 por mil.

Somos grandes contribuyentes bajo resolución No. 012220 del 26 de diciembre de 2022. Actividad económica 3811 recolección de desechos no peligrosos, tarifa 9,66 por mil.

NÚMERO DE CLIENTE
2778738-2
Factura de Servicios Públicos No.
135312074-6

(415)7707209914253(8020)012778738213531207 46(3900)0000001217330

PAGO OPORTUNO
16 ABR /2024
TOTAL A PAGAR
$1.217.330

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL DE USME | BOGOTÁ

FORMATO ANEXO HISTORIA/AUTORIZACIÓN PARA RAZAS BRAQUICÉFALAS
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

La mortalidad anestésica en perros braquiocefálicos es mayor fundamentalmente a las particularidades respiratorias y digestivas que presentan este tipo de pacientes
Las razas braquiocefálicas se caracterizan por presentar un cráneo corto en la dirección rostro-caudal, que resulta en una corta nariz. Esta particular conformación genera un relativo exceso de tejidos blandos en el tracto respiratorio alto, responsable de la sintomatología clínica del síndrome respiratorio del braquicéfalo (SORB). La mortalidad anestésica en perros de raza Bulldog Inglés (BDI), Francés (BDF) y Pug , gatos persa/persa extremos, es mayor que en razas no braquicefálicas durante el proceso de inducción y recuperación anestésica es donde se presenta mas riesgo de tener complicaciones Adicionalmente a las particularidades respiratorias (estenosis nasal, paladar blando elongado, eversión de sáculos laríngeos, entre otros), problemas neurológicos (convulsiones, tumores a nivel de cerebro , hernias discales/compresión medular, hemivertebras) estos animales usualmente presentan:

- Regurgitación, vómitos, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración en el vaciado gástrico y gastritis/ neumonía por aspiración
- Particularidades oculares vinculadas a la exposición del globo ocular que entre otros trastornos ocasiona un parpadeo incompleto generando una humectación ocular deficiente
- Alteraciones hematológicas (aumento del hematocrito y hemoglobina) por estímulo medular ante los grados variables de hipoxemia
- Alto índice de tono vaso-vagal (mayor componente parasimpático en la variabilidad de la frecuencia cardíaca), arritmia sinusal, paro sinusal, y marcapaso migratorio.
- Poca tolerancia al estrés calórico/ termorregulación ineficiente /golpe de calor
- Hipertensión
- Convulsiones

Unión Temporal Bienestar

Por tanto lo ideal es que estos pacientes tengan un manejo más estricto :

- Reducción de estrés en todo momento (el estrés incrementa la dificultad respiratoria, ansiedad, colapso , muerte)
- Baja exposición al calor (ya que su termorregulación es ineficiente)
- Exámenes pre anestésicos(para saber si presenta anemia, infección, baja de plaquetas, si el hígado puede metabolizar la anestesia y el riñón está en buenas condiciones para eliminarla, entre otros)
- Rx de cuello y tórax(para valorar si presenta colapso traqueal/estenosis traqueal y diámetro de tráquea para elección de tubo endotraqueal necesario para anestesia)
- Valoración cardiaca con electrocardiograma, ecocardiograma, presiones (para detectar arritmias, bloqueos, en general alteraciones cardiacas típicas de estos pacientes)
- Examen físico completo, minucioso y detallado
- Manejo de Anestesia inhalada (para una rápida recuperación/rápido despertar)
- Durante todo el periodos anestésico: Monitoreo de Saturación de oxígeno, medición de dióxido de carbono(-capnografía) , presiones, frecuencia cardiaca, respiratoria, electrocardiograma.

Conociendo los anteriores riesgos, principalmente dados por su conformación anatómica , y que en jornada masiva /gratuita de esterilización no se van a tener como lo son :

- Los pacientes ingresan sin exámenes pre anestésicos, lo cual genera que pueda tener alteraciones y no sean detectadas y el paciente fallezca o presente complicaciones post quirúrgicas
- Los pacientes ingresan sin valoración cardiáca completa lo cual genera que pueda tener alteración cardiaca y por esto fallecer
- Los pacientes ingresan sin rx cuello y tórax, lo cual genera que no sepamos si presenta alteración en su tamaño traqueal y no sepamos con exactitud qué tamaño de tubo usar y pueda existir lesión traqueal
- La anestesia no es inhalada , lo cual implica más tiempo de recuperación/despertar por ende mayor posibilidad de fallecimiento o complicaciones

Yo PAOLA RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1023012438, de BOGOTA autorizó el procedimiento de anestesia y esterilización de mi paciente canino felino de Nombre CANELA Raza BULLDOG Edad 4 AÑOS.

Estoy plenamente consciente de los altos riesgos de complicaciones graves y de mortalidad asociados con la anestesia y la cirugía en perros braquicefalos, dada su especial conformación anatómica. A pesar de estos riesgos, acepto la responsabilidad y libero de cualquier responsabilidad al equipo médico de la móvil quirúrgica , al personal encargado, y a la Alcaldía Local de USME

He sido informado de manera completa sobre los riesgos y el procedimiento quirúrgico, tanto a través de información por texto, imágenes, y explicaciones verbales proporcionadas por el equipo médico.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE: PAOLA RODRIGUEZ

CEDULA: 1023012438

FIRMA: PAOLA RODRIGUEZ

FECHA: 30 ABRIL JORNADA NUEVO PORVENIR

Unidad Temporal Usme

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 04 | NO Microchip: 900255002405725 | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kyara | COLOR: blanco amarillo café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: criolla | EDAD: 9 meses | PESO: 5.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maex natalia villanueva cortes | DIRECCION: DG. 98B Sur 6F este 26 | TELEFONO: 3004669053

CEDULA: 1000 694 360 | CORREO ELECTRÓNICO: maex.cortes2003@gmail.com

BARRIO O VEREDA: alfonso lopez | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL ___ NS/NR: ___

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Marzo 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: 20/2025

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.53 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.53 ml.	5-7mg/kg IV
	___	___ ml.	___
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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/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: Diego Castellanos 09582 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954 | FIRMA

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:
[signature]	1000694436

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

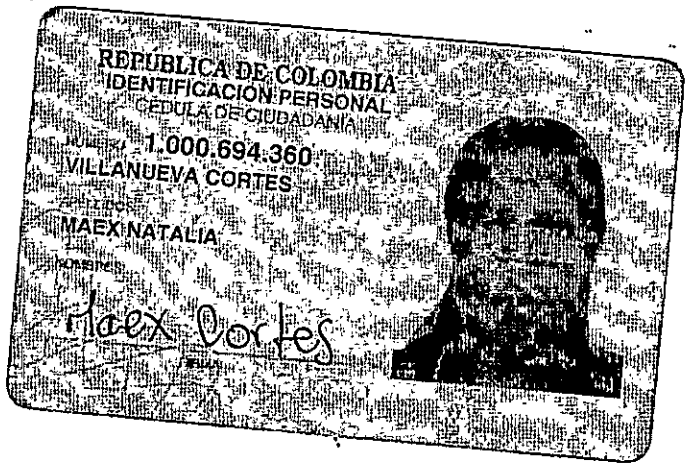
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

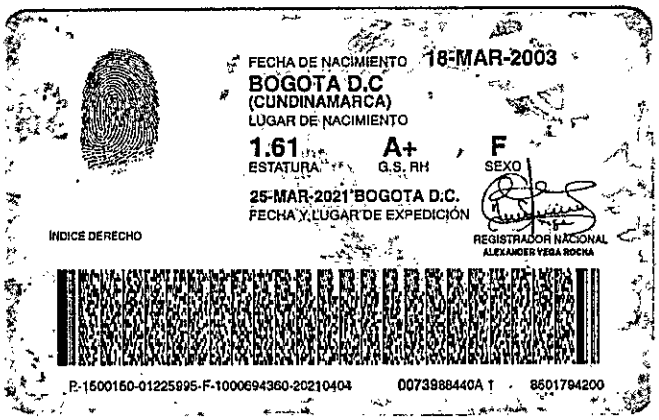
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

6-Perta


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.000.694.360
VILLANUEVA CORTES
MAEX NATALIA
Maex Cortes


FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1500150-01225995-F-1000694360-20210404 0073988440A 1 8501794200

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com/pagadespues

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.co/

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 electrónicas en otras entidades

Redeban · Baloto · Bancamía · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

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

Eficiencia energética

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

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

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

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

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

¡Hola!

Pago Aquí

vanti
Más formas de avanzar

NEILA MARIA FARFAN
DG 98B SUR 6F ESTE 26 04 ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007119-3535149

Lote: P08GN **Ruta:** 0011640331766005000 **Código del Sector:** 111

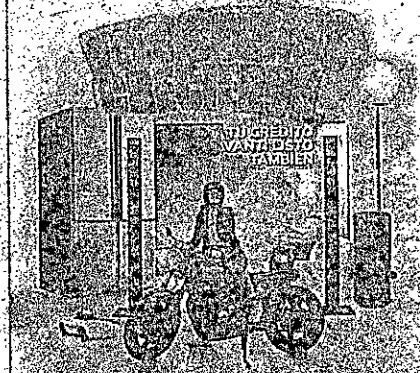
Cuenta o referencia de pago 62852840

vanti Listo

Compra televisor, calentador, moto y muchas más en tiendas aliadas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:

vanti Listo



Ahora tu **cupo de crédito** va desde los **$4.000.000** hasta **$9.000.000**

Y un **extracupo de hasta** **$12.000.000***

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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. 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.

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

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago 62852840

BOGOTA

NIT 900091267 VENTI S.A. E.S.P.
www.grupoventi.com

Vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 28 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 29 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 14 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	19M3	3.282,01	0,00	62.358,19
MENOS SUBSIDIO. (54%)	1UN	33.554,94	0,00	33.554,94
AJUSTE DECENA	1UN	0,36	0,00	0,36
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	7.781,00	0,00	7.781,00
RECAUDO TERCEROS Seguro Vida Deudo	0	7.956,00	0,00	7.956,00
INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRA	1UN	57.570,07	0,00	57.570,07

① Total $102.110,68

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1.9100 % Comple Hogar Vanti	30/60	39.965,21	35.354,62	39.965,21
1.91 % V-Electro Hogar Vanti	6/10	35.380,66	4.343,45	35.380,66
1.9100 % Éxito Celulares	6/16	59.313,45	17.872,00	59.313,45

Pago 21/04/2025 $ 138.000

② Total $134.659,32

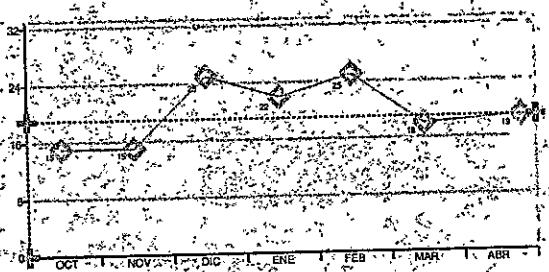
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar ① + ② + ③: $236.770,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	1562	REAL
09 Abr. 2025	1587	REAL

m³ corregido = 1587 - 1562 Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.88

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria: **31 Jul. 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 41805 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2943.

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
Pr: 55.71 Cvm: 0.0 Cuvm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm: Tu consumo en m³ de gas equivale a 224 kWh y el precio unitario del kWh es $128.586

Factor de corrección

Vm: 25 Kp: 0.76727 Kt: 1.00487 Pt: 0.77101
Vc: 19 Tm: 14.16 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Fpcv: 1.0

Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 ID: 100.0 IPII: 100.0





(415)7709998026025(8020)62852840(3900)00000000236770

Somos grandes contribuyentes. Resolución 002200 Diciembre 27/2024. Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 40000 del 17 Jul 1998. Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 19764091267057 del 5/10/2023. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NURE 2-1100100-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.067.813-5 - Revisor fiscal: Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994.

Comité Técnico y Servicios S.A.S. BIC NIT 800.231.151-0.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clinica: 05 | 900255002405724 | NO: | FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Boira | COLOR: Negro / Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Bootwailler | EDAD: 3 años | PESO: 37.4 KG | MANEJO ESPECIAL: SI X 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 X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brayan Steeph Hernandez A | DIRECCION: P698 Sur 7B este 10 | TELEFONO: 3170414177

CEDULA: 1032474503 | CORREO ELECTRÓNICO: bp.261321@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Alfonso Lopez | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Marzo 2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Febrero 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: Octubre 2025

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	40 r/m	38.2 °C	2 seg	Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.8 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	4.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	4.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
[illegible]	1.032.477.563

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 1.032.474.503
HERNANDEZ AGUIRRE

APELLIDOS
BRAYAN STEEPTH

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

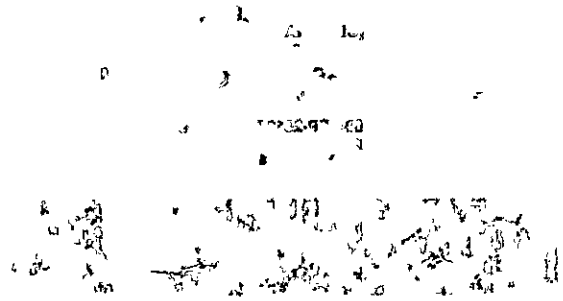
1.66 ESTATURA | O+ G.S RH | M SEXO

09-SEP-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

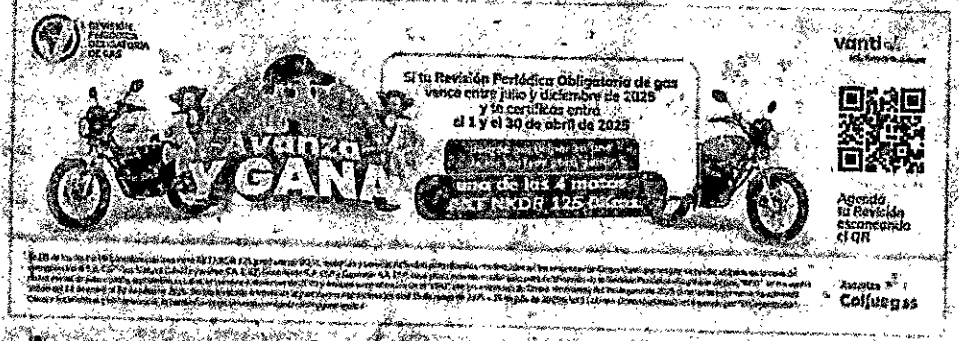
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01468857-M-1032474503-20241004 0142086969A 1 8512797317



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 a varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco de Bogotá · Banco de Occidente · Bancolombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Banco AV Villas · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automática.

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.

CARTILLA SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 900.095.212-5 CT-0183-2017-2024

Si tu suministro cuenta con financiación y cancelas en cheque que en impuesto el recibo o a la instalación interna y de artefacto de consumo, Vanti consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de tu presente factura tienes derecho a reclamar en los términos de la ley 142 de 1994 y podrás hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Pago 22 de Marzo

¡Hola!

NUBIA MAYERLI AGUIRRE GOMEZ
DG 98 SUR 7B ESTE 10 03 00001 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3139637

Lote: P08GN **Ruta:** 0011640334360005100 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago **62859545**

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



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

11 – Perm a

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 62859545

BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 26 Mar. 2025
2. **Fecha de suspensión** 27 Mar. 2025
3. **Periodo facturado** Feb. - Mar. 2025
4. **Emisión de tu factura** 13 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	15M3	3.167,28	0,00	47.508,20
MENOS SUBSIDIO (53%)	1UN	-25.027,85	0,00	-25.027,85
AJUSTE DECENA	1UN	2,65	0,00	2,65
RECAUDO TERCEROS Cocsepark Proteco	0	22.186,00	0,00	22.186,00
Vanti Max Gas 2	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 Total $58.110,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 Total $0,00

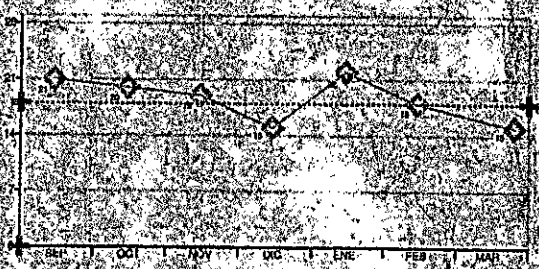
3 **Valor facturas vencidas** $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $58.110,00

Pagá por PSE

Escaneá el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Uno Días de consumo 28

Fecha	Lectura	Tipo
11 Feb. 2025	3241	REAL
10 Mar. 2025	3261	REAL

m³ corregido = 3261 - 3241 * Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será Entre 06 y el 11 de Abril

Novedades de tu factura

CUVa $ 2825.91

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Sep. 2026

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 41585 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2826,6

Dic: $2362 Ene: $2480 Feb: $3371

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

Componentes tarifarios

Gmc 1804,87 Tm: 528,97 Dmc 621,22 Cm: 0,0
Pr: 72,75 Cym: 0,0 Cuim: 0,0 Ciam: 0,0
Com: 0,0 Fpcm: 42,475 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

Mira: Tu consumo en m³ de gas equivale a 177 kWh y el precio unitario del kWh es: $127,013

Factor de corrección

Vm: 20 Kpc: 0,76828 Kz: 1,00536 Ft: 0,77039
Vc: 15 Vm: 14,02 Tm: 15,66 Pc: 1,01008
Pa: 0,751 Pm: 0,823 P pv: 1,0
Factor de corrección: 0,77039

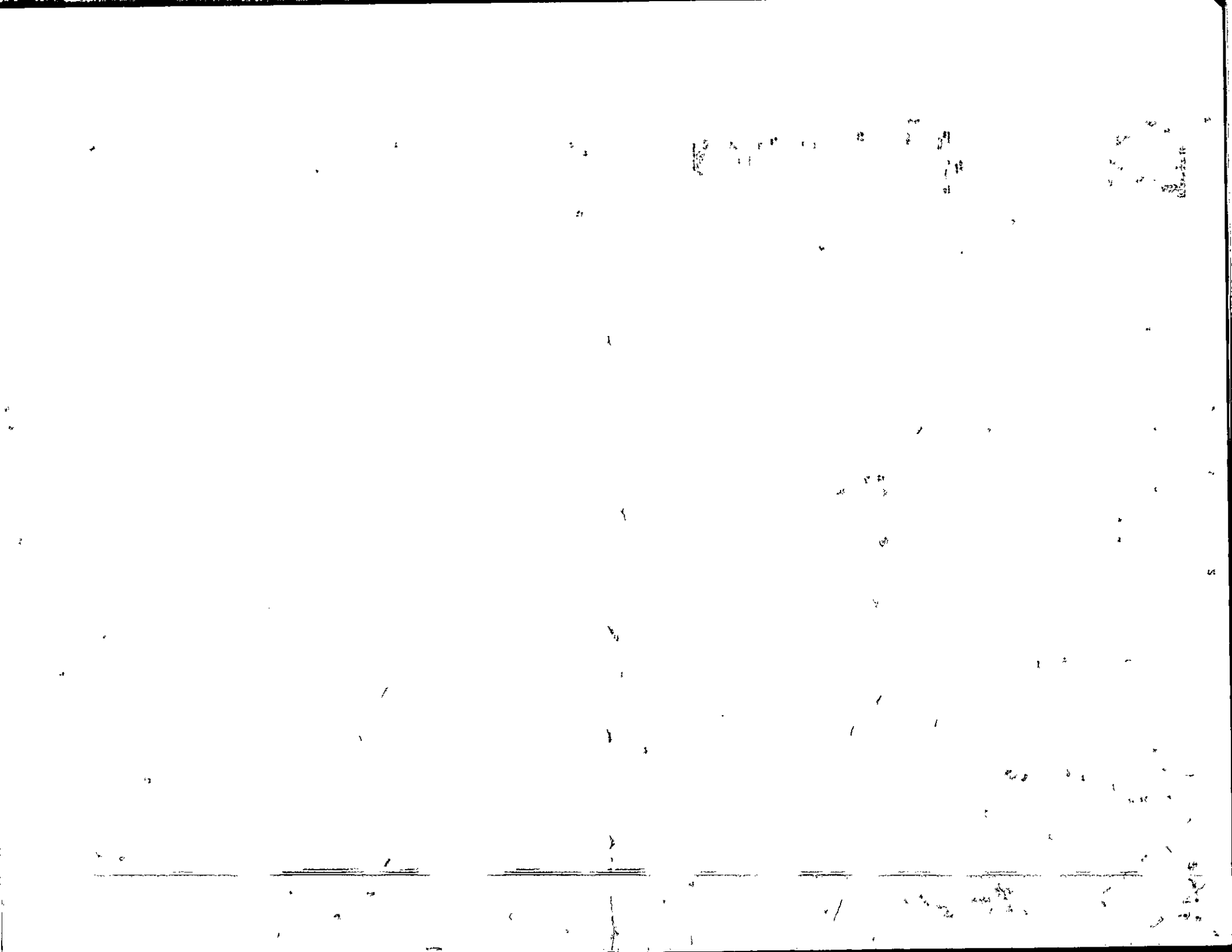
Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 IPR: 100,0



(415)7709998026025(8020)62859545(3900)0000000000581.10

Resolución No. 4958 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Prefijo: 1 Rango: 50000001 hasta 55000000 con vigencia de 18 meses
Factura No. FI 5B29507982
Vanti S.A. E.S.P. Nit 800.007.813-5 Carrera 7 No. 71-52 Torre B Piso 11 Bogotá D.C. Atención al cliente: 601 3077777 Línea gratuita nacional: 018000 115 446 Línea gratuita Bogotá: 601 3077777 Línea gratuita Medellín: 604 4444 115 Línea gratuita Cali: 602 4851 115 Línea gratuita Barranquilla: 605 3885 115 Línea gratuita Bucaramanga: 607 6917 115 Línea gratuita Manizales: 606 8917 115 Línea gratuita Pereira: 606 3400 115 Línea gratuita Ibagué: 608 2617 115 Línea gratuita Cúcuta: 607 5917 115 Línea gratuita Villavicencio: 608 6617 115 Línea gratuita Neiva: 608 8617 115 Línea gratuita Pasto: 602 7317 115 Línea gratuita Armenia: 606 7400 115 Línea gratuita Popayán: 602 8317 115 Línea gratuita Tunja: 608 7417 115 Línea gratuita Sincelejo: 605 2885 115 Línea gratuita Valledupar: 605 5885 115 Línea gratuita Montería: 604 7885 115 Línea gratuita Riohacha: 605 7885 115 Línea gratuita Santa Marta: 605 4885 115 Línea gratuita Quibdó: 604 6885 115 Línea gratuita Florencia: 608 5617 115 Línea gratuita Yopal: 608 9617 115 Línea gratuita Arauca: 607 8917 115 Línea gratuita Mocoa: 602 8317 115 Línea gratuita Leticia: 608 9617 115 Línea gratuita San Andrés: 608 5140 115 Línea gratuita Inírida: 608 6617 115 Línea gratuita Mitú: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Carreño: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Inírida: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Nariño: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Gaitán: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto López: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Rondón: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Salgar: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Triunfo: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Wilches: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Boyacá: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Berrío: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Nare: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Triunfo: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Wilches: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Boyacá: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Berrío: 608 6617 115 Línea gratuita Puerto Nare: 608 6617 115



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 06

900255002406248

SI NO Número de Microchip

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Canela

COLOR: Café - blanco

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

RAZA: Mestiza

EDAD: 2 años

PESO: 19.7 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACIÓN 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: Magda Malavei Daza

DIRECCION: Dg 97B Sur # 51-77 Este

TELEFONO: 3203416404

CEDULA: 1.024.528.907

CORREO ELECTRÓNICO: 3203416404@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Alfonso Lopez

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Bienestado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 1-03-25

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. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m

F. RESPIRATORIA: 40 r/m

TEMPERATURA: 38.2 °c

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.0 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	0,2mg/kg SC

HÁLLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582

FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954

FIRMA:

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:
[illegible]	1024528907

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 1.024.528.907
MALAVER DAZA
APELLIDOS
MAGDA
NOMBRES
MAGDA MALAVER DAZA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-MAY-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00242762-F-1024528907-20100629
0022500318A 1
34667839

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



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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en **grupovanti.com** y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.col.

Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Red Multicolor · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Plata · Tpaga · 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 704823072024

¡Hola!

JORGE ENRIQUE MORA
DG 97B SUR 5I ESTE 77 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

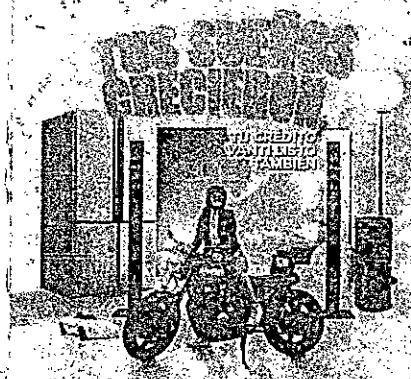
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-199734

Lote: P08GN **Ruta:** 0011640332430005000 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago 61257230

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.000.000**



vanti Listo

Ahora tu **cupo de crédito** va desde los **$4.000.000** hasta **$9.000.000**

Y un ***extracupo de hasta***

$12.000.000

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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. 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.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

0011640332430005000 72049 P08GN C1

Factura de gas | Abril 2025

Cuenta o referencia de pago 61257230

BOGOTÁ

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

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
28 Abr. 2025	29 Abr. 2025	Mar. - Abr. 2025	14 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	19M3	3.282,01	0,00	62.358,19
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-33.554,94	0,00	-33.554,94
AJUSTE DECENA	1UN	-3,25	0,00	-3,25

① Total $28.800,00

Tus financiaciones

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

② Total $0,00

③ Valor facturas vencidas

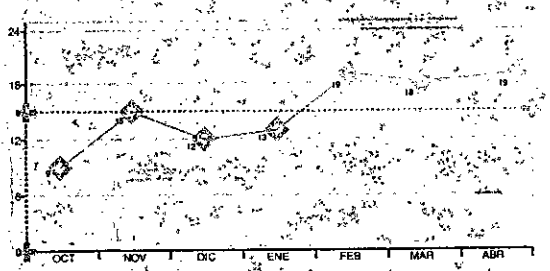
$0,00

Total a pagar ① + ② + ③ $28.800,0

Paga por

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	5268	REAL
09 Abr. 2025	5292	REAL

m³ corregido= 5292 - 5268 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.88

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

(415)7709998026025(8020)61257230(3900)00000000028800

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

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 $2943

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0

Pr: 55.71 Cvm: 0.0 Cuem: 0.0 Cuvm: 0.0

Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 224.1 kWh y el precio unitario del kWh es: $128.586

Factor de corrección

Vm: 24 Kp: 0.76727 Kt: 1.00487 Ft: 0.77101

Vc: 19 Im: 14.16 Ic: 15.56 Fp: 1.01008

Pa: 0.752 Pm: 0.023 Fpv: 1.0

Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

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





72049 C1

CUFE:5658818a280b0790ff6a81ad445ec56e306a0a0015914135f5f6370fb26a12dc6814954a9d4ca4256651987a11e1c6f, Factura No. F15B51036035

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 07 | 900255002406235 | NO Número de Microchip: | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO TRANSITO DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Laica				COLOR: Negra - Café	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestizo	EDAD 15m	PESO: 13.0 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: Maria Barrero Rojas.	DIRECCION: cll 136 #3A 48. Sur	TELEFONO: 3118243475.	
CEDULA: 51.704.214.	CORREO ELECTRÓNICO: mariabarrerorojas63@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Centro Usme.	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO X RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: V.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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado	
OBSERVACIONES: Ninguno					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.5 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
Yoria Alcoe Bareo	5970464

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

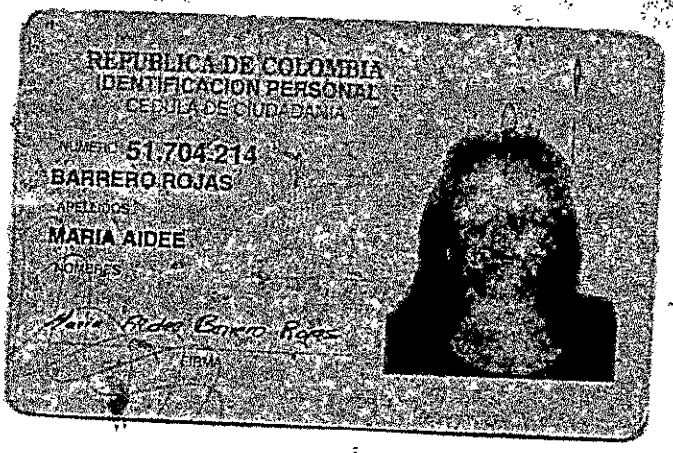
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

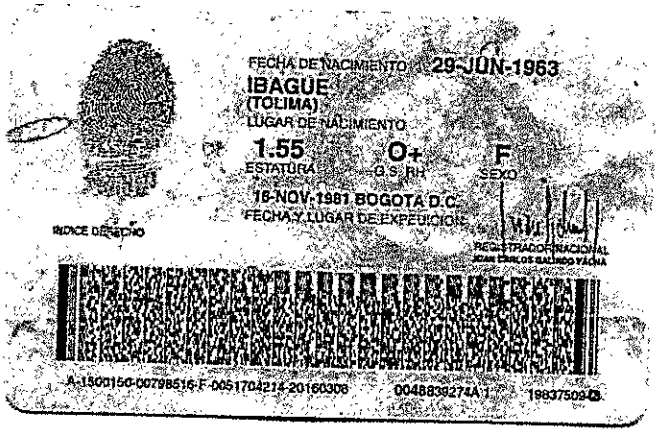
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

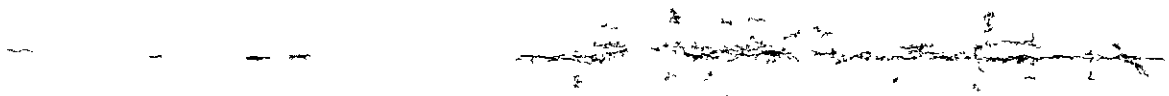
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

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 51.704.214
BARRERO ROJAS
APELLIDOS
MARIA AIDEE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1963
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-NOV-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-00798516-F-0051704214-20160308
0048839274A 1
19837509



enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagar y consultar tu número de cliente es: **3294029-0**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 347501338-0

CLIENTE

ENERTOTAL .
CL 136 B SUR NO 03 A 48 BQ 4 CA 17
I2J18001
BOGOTA, D.C. - CENTRO USME

02 0194186 / 103-71212570

Consulta tu factura virtual. Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros Canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes escribirnos a nuestro buzón físico en Enel WhatsApp 3168905003, línea de servicio 8015 115 115 o la Línea gratuita nacional 018000 512 115

Para más detalles consulta nuestra política de tratamiento de datos disponible en www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $643,71

CONSUMO DIARIO: 2,69 kWh

VALOR DIARIO: $1.256

CONSUMO PROMEDIO DIARIO 6 MESES: 85 kWh

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO MES: 78 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:	10000020194186
RUTA LECTURA:	10020140914
MANZANA DE LECTURA:	MS20260122
MEDIDOR NO:	103-71212570
MEDIDOR NO:	103-71212570

CALIDAD DEL SERVICIO



Para ver detalle de las interrupciones (2012 en adelante) ingresa a www.enel.com.co

CONTÁCTANOS

Registro gratis

Zona privada de la página Web

Chat en línea en www.enel.com.co

315 890 5003 Envía un mensaje de texto

App Enel Clientes Colombia

ENEL RESPONDE SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	01 8000 95 115

PUNTO DE CONTACTO CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

ZONA VIRTUAL DE LA FACTURA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en: www.enel.com.co/es/personas/registro

¿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 Aplicación

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

CONRED | Red Efectivo | Gana | MOVIRED | SUPERTIENDAS ARA | DUMIS

Red Digital | Centros de Recaudo | Código QR

RED CADE | enel | Almacenes de Cadena

Si paga en un corresponsal bancario, exija el desprendible del destinario. El sello del corresponsal pone las veces de validó en caso de reclamo.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. — UVA No. 5 A 25

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

ATESA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. — Calle 129 # 54-30/40 Local 123-164

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: — Vigencia: ENERO/2025

G: $361,70 / $40,85 ; D: $277,86 ; CV: $76,38 ; PR: $69,89 ; R: $12,80 ; CFy: $0,00 ; $643,71 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO URB-7407[TR1] - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD Usuario

ACTIVIDAD ECONÓMICA 351 | Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sujetos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 23 de enero 2002 | IVA Régimen Común | CONTRIBUYENTE RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1994

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos del artículo pertinente de la Ley 142 de 1994 | Portal Bancolombia de pagos seguros de la fecha semestral hasta el pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Bancos grandes contribuyentes según resolución No. 0001 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 prevista la suspensión con efecto.

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.creg.gov.co

IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, los consideramos consumidores residenciales Autoliquidadores de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarla en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP prestó el servicio de recaudo para terceros a través de la venta de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa dada por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no se responsabiliza 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: 02/04/2025 02:39:00

FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:16:10

CUDE: 9f5f68eb71d2602edd59ed0e5c28f8a3740554e5eba3d0390b4e88dcabd01d42a8c1a4e4679a1459fb97856024d09

Factura de Venta Cambiaria de Bienes y Servicios NIT 860321151-0

No. Cuenta 3294029-0 11307

1 Total Energía	+ 2 Portafolio Enel X	+ 3 Total Aseo	= Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$36.420	$0	$21.410	$57.830	11 ABR /2025	15 ABR/2025

ENERGÍA

NIC 3294029-0 | 28 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real | Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	×	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	14.445		14.382		76		1		76	76		$843,71		$65.809
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$272,98		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $343,7057				Beneficio -44,65 %					$20.392
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.256 DIARIOS												SUBTOTAL		$36.417

Otros costos asociados a energía

Ajustes a la decena $3

SUBTOTAL $3

Consumos + Otros costos asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $36.420

Otros costos de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, su Sucursal Online en la página web o solicítalo vía 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 suspendería 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 $103.883.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, esto 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 servicio de aseo para diciembre de [illegible] presentará un [illegible] de $

ASEO

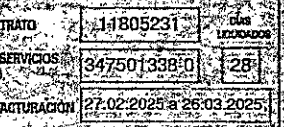
Prestador del Distrito E.S.P. E.S.P.

PRESTADOR PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P. | ASE No. 1 | NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	1-1805231	días LIQUIDADOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347501338-0	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	27-02-2025 a 26-03-2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$32.148
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-12.859
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-1
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.122

MESES EN MORA: 0 | (3) TOTAL ASEO $21.410

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
$17.397,34	$7.333,37	$152.831,36

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

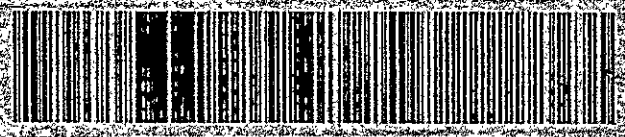
BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,04
AFORO NO APROVECHABLE	0,00

MENSAJES DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE
3294029-0

Documento Equivalente Electrónico No.
347501338-0



(415)7702099142538(8020)013294029034750133803900)0000000057830

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$57.830

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 08	Expiry Date: 2030/02/07 900255002406233	SI / NO Número de Microchip	FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ramona			COLOR: Negro-amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Pincher	EDAD 2 años	PESO: 2-0 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 X ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Gladis Martinez	DIRECCION Dg 98 sur #6-39 este		TELEFONO 3143419559
CEDULA: 51-710.959	CORREO ELECTRÓNICO: tatilotamar10@gmail.com		
BARRIO O VEREDA Alfons Lopez-Paiena	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-R
Pic-25/25	Marzo -20-25	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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLC 2 seg	MUCOSAS: rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,22 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,22 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.1 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.06 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL 36954	FIRMA

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:
María Elena Montaño	51716958

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:

22-Perra

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.710.959**

MARTINEZ

APELLIDOS

MARIA GLADYS

NOMBRES

María Gladys Martínez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1963**

BITUIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00647587-F-0051710959-20141126 0041364850A 1 1463124933

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS



Agenda ahora ¡PAGA DESPUÉS

Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.co/

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

Redeban · Red Multicolor · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Red Multicolor pay · dale!

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

Eficiencia energética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-8 7048230172024

¡Hola!

MIGUEL SARMIENTO
DG 98 SUR 6 ESTE 39 00082 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-49111

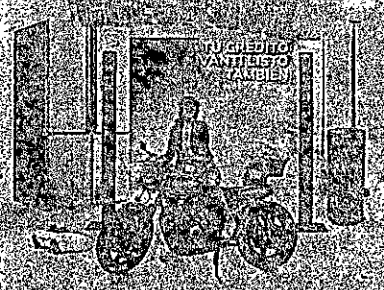
Lote: P08GN **Ruta:** 0011640332820005000 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago **61455001**

vanti Listo

¡Compra televisores, colchones, motos y muchas más y paga a cuotas a través de tu factura de gas!

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.000.000**



vanti Listo

Ahora tu **cupo de crédito** va desde los **4.000.000** hasta **9.000.000**

Y un **extracupo de hasta** **$12.000.000**

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

AKT · auteco · Hero · HONDA · BAJAJ

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. 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.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

111 0011640332820005000 72079 P08GN C1

* Cuento con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Factura de gas — Abril 2025

Cuenta o referencia de pago 61455001 BOGOTA

Vigilado Superservicios

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

vanti — Más formas de avanz

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 28 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 29 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 14 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	12M3	3.282,01	0,00	39.384,12
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-21.192,59	0,00	-21.192,59
AJUSTE DECENA	1UN	-1,53	0,00	-1,53

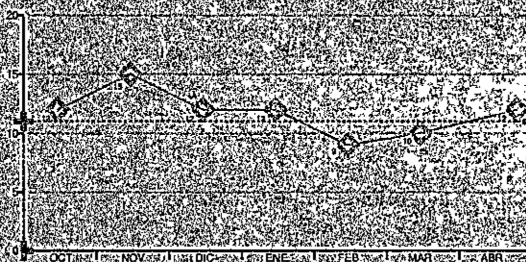
1 — Total $18.190,00

Tus financiaciones

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

2 — Total $0.00

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	5869	REAL
09 Abr. 2025	5885	REAL

m³ corregido = 5885 - 5869 * Factor de correccion = 12

Tu próxima lectura será

Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2942.88

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión Periódica Obligatori

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Jul. 2026

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 $2943.

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
P: 55.71 Cvm: 0.0 Cuvm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0
Mvm: Tu consumo en m³ de gas equivale: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $128.109

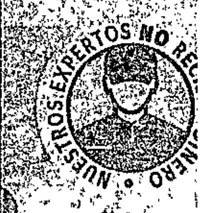
Factor de corrección

Vm: 16 Kp: 0.76727 Kt: 1.00487 Ft: 0.77101
Vc: 12 Tm: 14.16 Te: 15.56 Pa: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 F.pv: 1.0
Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPLI: 100.0





Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 5000000 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses
...dencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-8 VANTI S.A. ...or fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 09	900255002404313	NO chip	FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Negra				COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Criolla	EDAD 6 Meses	PESO: 15 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Camila Tatiana Bogota S.	cll 91 B Sur 9-40	3206883981
CEDULA: 1023 903 069	CORREO ELECTRÓNICO: camilatatiana bogota@outlook.com	
BARRIO O VEREDA: Virrey	ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/A.	15/03/2025	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 30 2025
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.5 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL: 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL: 36954	FIRMA

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:
	1023403084

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

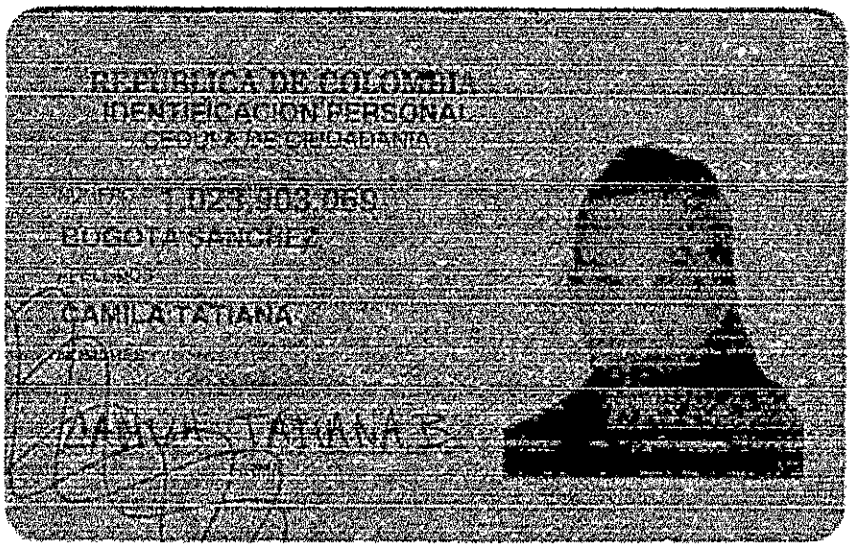
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 1.023.903.069

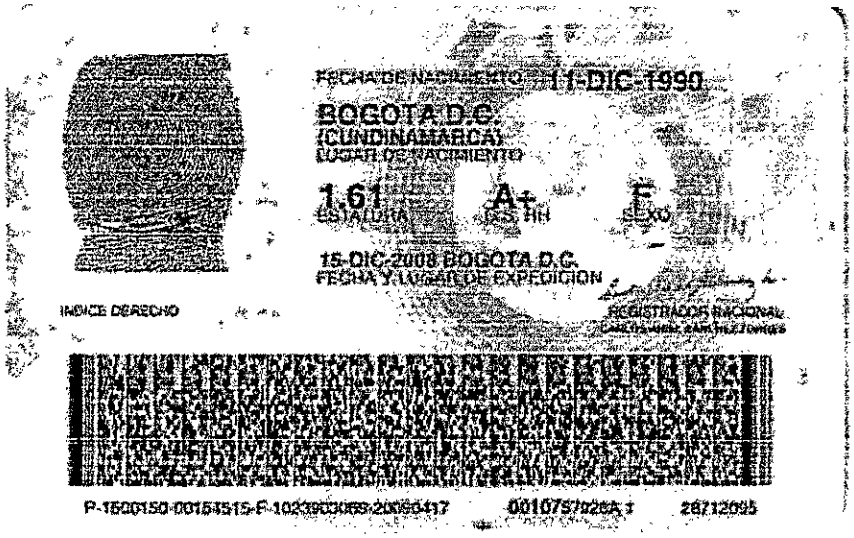
BOGOTA SANCHEZ

APELLIDOS

CAMILA TATIANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00154515-F-1023903069-20090417 0010757026A 1 28712095

,2735/553

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:J44772A BIMESTRAL

10940918
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

44063728313
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ALEXANDRA ROGRIGUEZ CASTAÑEDA

Dirección del predio
CL 91B SUR 9 40

Barrio: **EL VIRREY** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025

Pago oportuno **MAY/07/2025** Suspensión **MAY/12/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:55:53	ABR/22/2025 16:12:27

¡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.

9220

149005 73810 1/2

¡Hola!

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 10 | 900255002404678 | SI / NO Número de Microchip | FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Negro- blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 1año | PESO: 9-7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO | 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: Cindy Mosquera Moreno | DIRECCION: cll 98 sur # 5i-92 Este | TELEFONO: 3219373746

CEDULA: 1-022-922-602 | CORREO ELECTRÓNICO: cindymarcelamosquera5@gmail.com

BARRIO O VEREDA: La Orquidea | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: 10-04-25 | 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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.0 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.4 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Diego castellanos 09582	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA	

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: Cindy Vasquez	Nro de Identificación: 1072488607

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 1.022.922.602

MOSQUERA MORENO
APELLIDOS

CINDY MARCELA
NOMBRES

Cindy Marcela
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

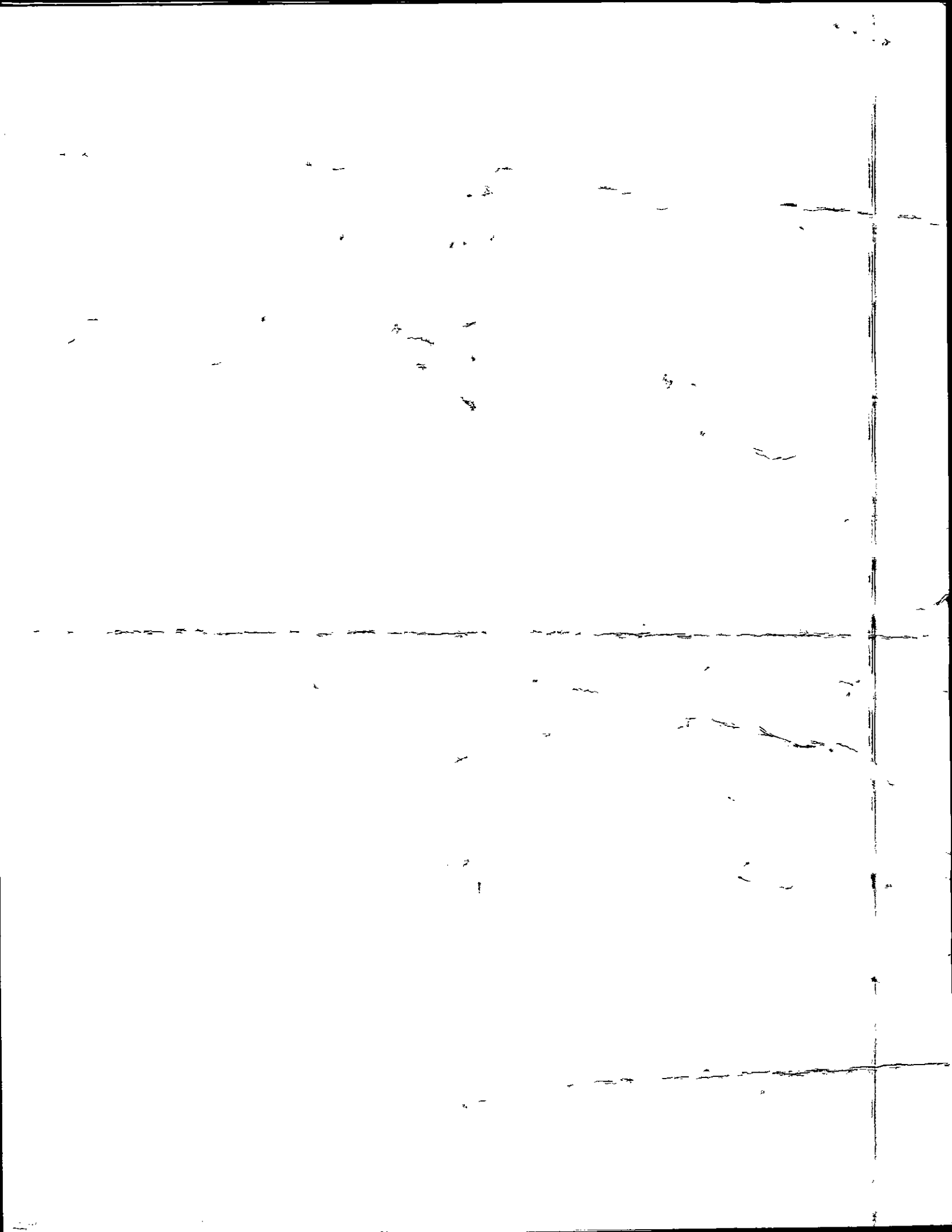
FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

14-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01388017-F-1022922602-20231017 01365074B5A 1 9925476556



enel Bogotá

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

ECOLÓGICO

1722448-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 344226712-6

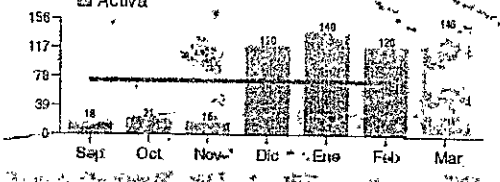
CLIENTE

ANGEL BARRERA VALBUENA
CL 98 SUR NO 5 1 ESTE 92
BOGOTA, D.C. - LA ORQUA.DEA DE USME

03 020 5493 / 018-25464563

EL PRESTAMO ECHADO
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
Crédito de consumo CODENSA

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



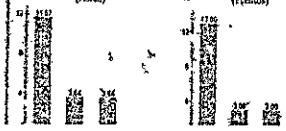
VALOR kWh APLICADO: $853,923
CONSUMO DIARIO: 5,03 kWh
VALOR DIARIO: $2.130

PERÍODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 146 kWh
CONSUMO PROMEDIO (ÚLTIMOS 6 MESES): 73 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030205493
RUTA LECTURA:	10030200492
MANZANA DE LECTURA:	MS00261402
MEDIDOR NO:	018-25464563
MEDIDOR NO:	018-25464563

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes en enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicios en enel.com.co/es/personas/chat-de-servicios
315 (650 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Vigilado Consejo Tecnología y Servicios SAS ESP. Nombre del SW: CEN Financiera NIT 830.061.151-9

1 $61.770 + 2 $0 + 3 $12.110 = $73.880

PAGO OPORTUNO
13 MAR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
17 MAR/2025

FACTURA No. 1722448-9 — 28 MAR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

	Lectura Actual		Lectura Anterior		Diferencia de Consumo		Factor		Consumo kWh		Valor kWh			
ENERGÍA CONSUMIDA DE ENERGÍA														
ENERGÍA ACTIVA FP	62.641	-	62.495	=	146	X	1	=	146		$853,92			$124.673
ENERGÍA REACTIVA	0	-	0	=	0	X	0	=	0		$280,91			$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh X				Valor kWh $853,9223	X	Beneficio -56,67 %							-$62.906

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $2.130 DIARIOS

SUBTOTAL: $61.767

Otros Cobros y Conceptos Facturados / Servicios

Ajustes a la decena $3
SUBTOTAL: $3

Te invitamos a ver el detalle de tus productos y servicios [illegible] en la APP de Business Central o en la página web [illegible] VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección [illegible]

Valor total de esta factura a la fecha de pago oportuno: 1 TOTAL A PAGAR $61.770

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo: 2 TOTAL A PAGAR $0

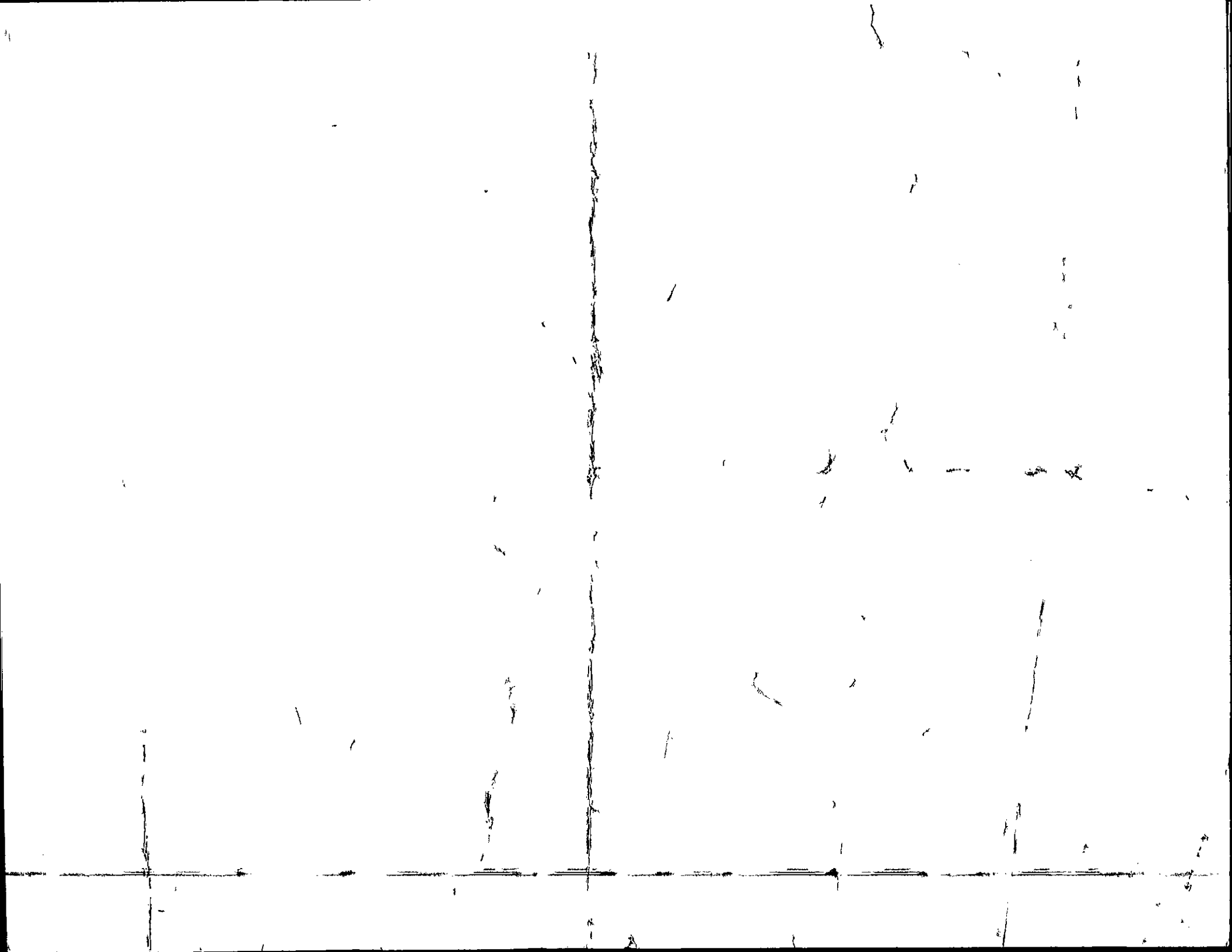
Si en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.656

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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 45 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kW/mes) es de 56,67 %

ASEO — Prestador: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP. — Aseo: 1 — NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA | HISTÓRICO DE FACTURACIÓN | ESTADO DE CUENTA



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

Expiry – Date: 2030/02/07
900255002405749

HC Número de Historia clínica: 11 | SI NO Número de Microchip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pinina | COLOR: Chocolate-Blanco

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO__ | RAZA: Mestiza | EDAD: 3 años | PESO: 24.3 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 X COMPRADO____ADOPTADO__REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO____

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelson Osorio Cafuentes. | DIRECCION: Cr 7B Este # 97 p 17 Sur | TELEFONO: 3142101448

CEDULA: 79.543.902 | CORREO ELECTRÓNICO: 3142101448 @ sinorreo

BARRIO O VEREDA: Nuevo Patal | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL | NS/NR:

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic-20-24 | 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 CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.5 ml.	5-7mg/kg IV
	____	____ ml.	____
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos | FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL: 09582

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL: 36954

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:
	1.295.429.916

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 79.543.902

OSORIO CIFUENTES

APELLIDOS

NELSON

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1965

NIMAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

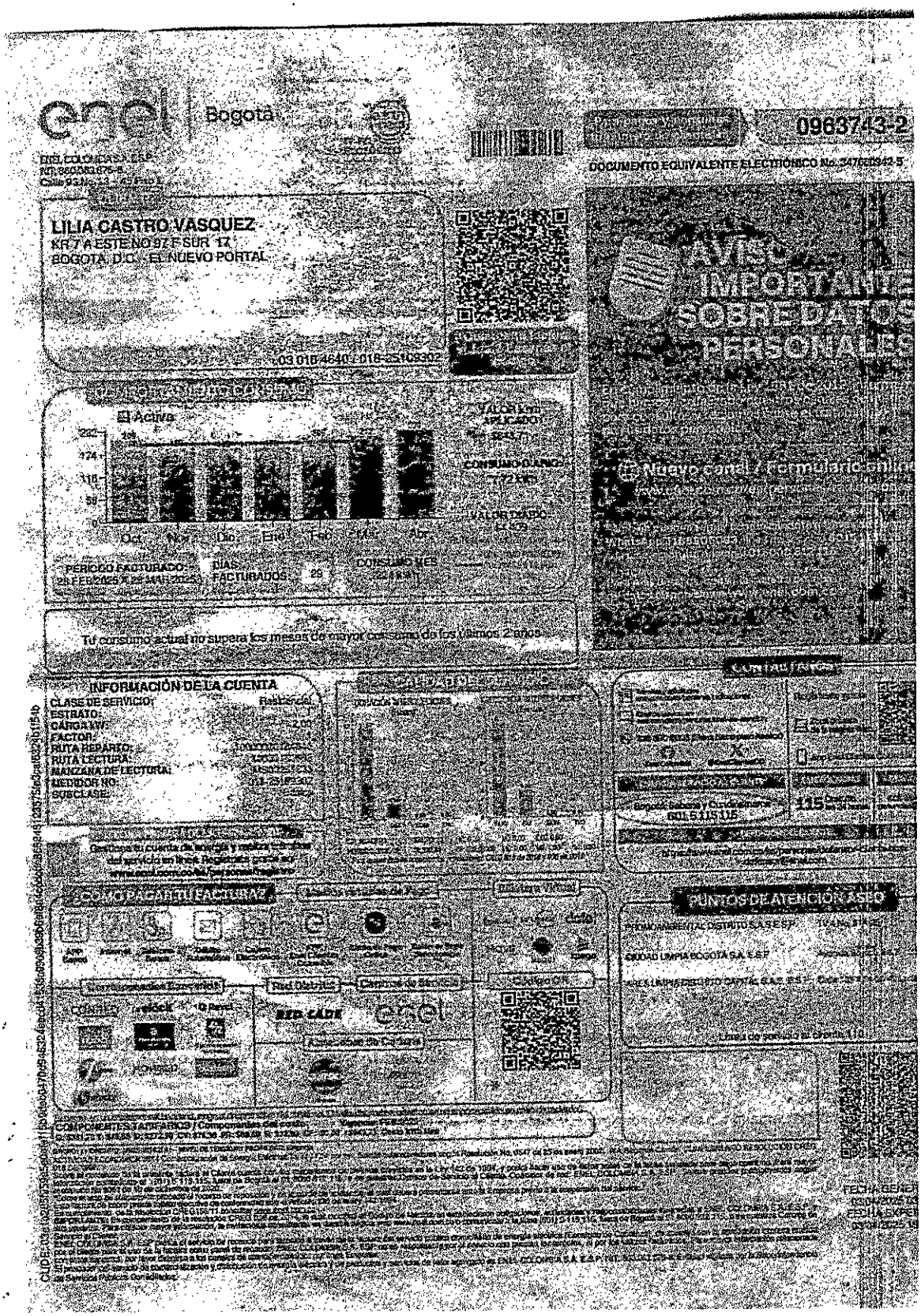
M
SEXO

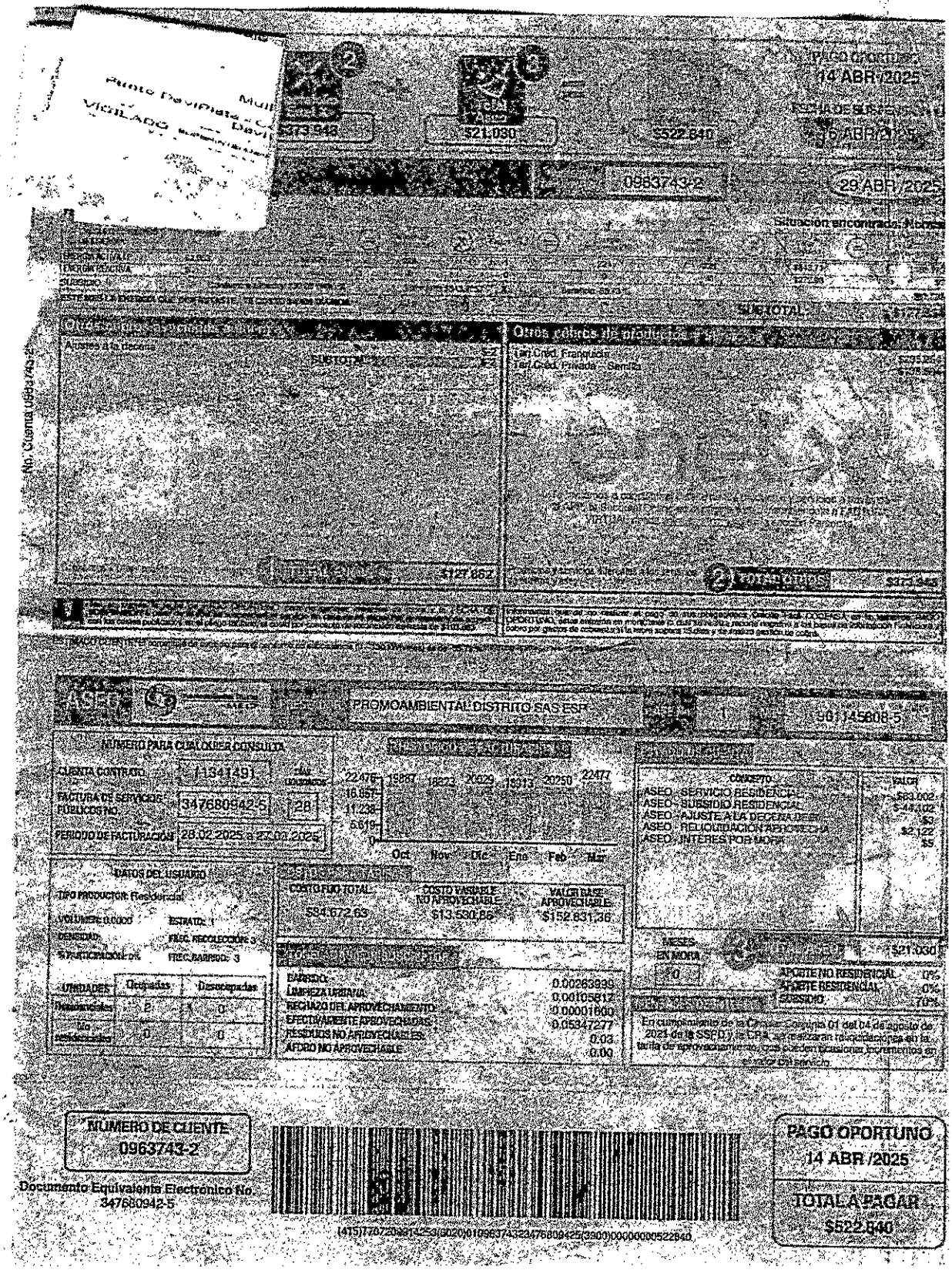
01-SEP-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MIGUEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00714117-M-0079543902-20150611 0044467856A 1 7643434262





PAGO OPORTUNO
14 ABR /2025
$373.843
$21.030
$522.840
0963743-2
$127.662
PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP
3476809425
NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO 1134149
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 3476809425
PERIODO DE FACTURACION 28.02.2025 a 27.03.2025
DATOS DEL USUARIO
TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0.0000
ESTRATO: 1
DENSIDAD:
FREC. RECOLECCION: 3
% PARTICIPACION: 0%
FREC. BARRIDO: 3
UNIDADES | Generadas | Dispuestas
Residenciales | 2 | 2
No residenciales | 0 | 0
COSTO FIJO TOTAL $94.672,63
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE $13.530,86
VALOR BASE APROVECHABLE $152.631,36
BARRIDO 0,00263939
LIMPIEZA URBANA 0,00105612
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO 0,00001600
EFECTIVO/RESTE APROVECHADAS 0,05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES 0,03
AFORO NO APROVECHABLE 0,00
CONCEPTO | VALOR
ASEO SERVICIO RESIDENCIAL $83.002
ASEO SUBSIDIO RESIDENCIAL $44.102
ASEO AJUSTE A LA DECENA $3
ASEO RELIQUIDACION APROVECHA $2.122
ASEO INTERES POR MORA $5
MESES EN MORA 0
APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 70%
En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2023 de la SSPD y la CRA, se realizaron recalculos en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio
NUMERO DE CLIENTE
0963743-2
Documento Equivalente Electronico No.
3476809425
PAGO OPORTUNO
14 ABR /2025
TOTAL A PAGAR
$522.840
(415)7707209814253(8020)0109637432347680942 5(3900)0000000522840

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 12	900255002405716	NO microchip-	FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Donita Sereno				COLOR: negro/amarillo blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO	RAZA beagle	EDAD 1 año	PESO: 11 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIRECCION	TELEFONO
Angie Carolina Sereno Segura	Kr 7 este #104 sur 74	3133785159
CEDULA: 1024510501	CORREO ELECTRÓNICO: angiesereno2640@outlook.com	
BARRIO O VEREDA Nuevo Portal	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: tecnico	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NH:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
febrero 2025	15/12/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: 09/09/2024
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado
OBSERVACIONES: Ninguno				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.2 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.5 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez T.P. 36954	FIRMA

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: 1022410501

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

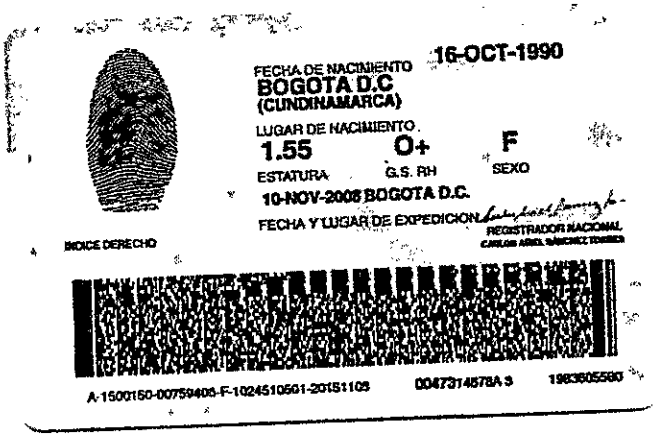
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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 1.024.510.501
SERENO SEGURA
APELLIDOS
ANGIE CAROLINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00759406-F-1024510501-20151105 0047314578A 3 1983605580



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860063875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

4141062-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347702503-0

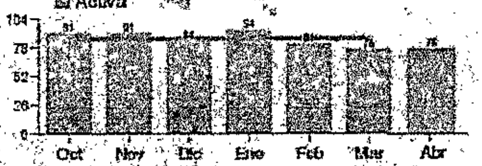
DORA LILIA RODRIGUEZ JIMENEZ
KR 7 ESTE NO 104 SUR 74
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3062 / 075-24195

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online

www.enel.com.co



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 2,62 kWh

VALOR DIARIO: $2.210

PERÍODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 76 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	4,94
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030173062
RUTA LECTURA:	10030170109
MANZANA DE LECTURA:	MS0021659
MEDIDOR NO:	075-24195
SUBCLASE:	Básica

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en: www.enel.com.co/es/personas/registro

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca: 601 5 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

RED CADE

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

Línea de servicio al cliente 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:23:03
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 17:52:13

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 13 | 900255002404316 | NO chip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	Ramona			COLOR:	canela
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___		RAZA: Criolla	EDAD: 18 Meses	PESO: 32.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X RO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brandon Rafael Rodriguez A.	DIRECCION: Cra 100 sur 67 este 16-85		TELEFONO: 3226991223
CEDULA: 1033796600	CORREO ELECTRÓNICO: kysone905@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Puerta al llano	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Tecnico NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NOV. 2024	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 Febrero 2025
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa	RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:
100 l/m	40 r/m	38.2 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	3.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	3.2 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	3.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	3.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.4 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL: 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL: 36954	FIRMA

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:
[signature]	1033796600

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

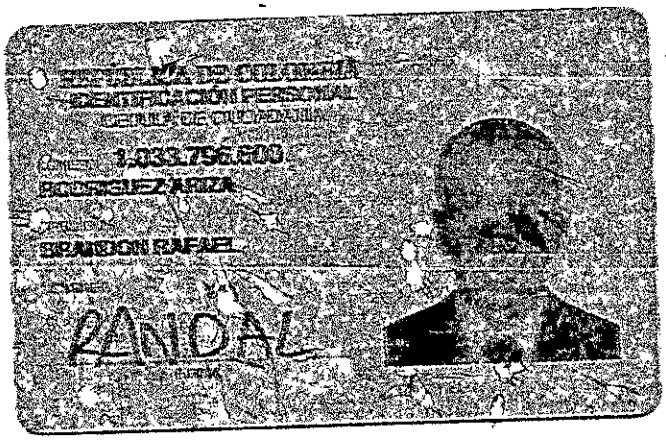
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

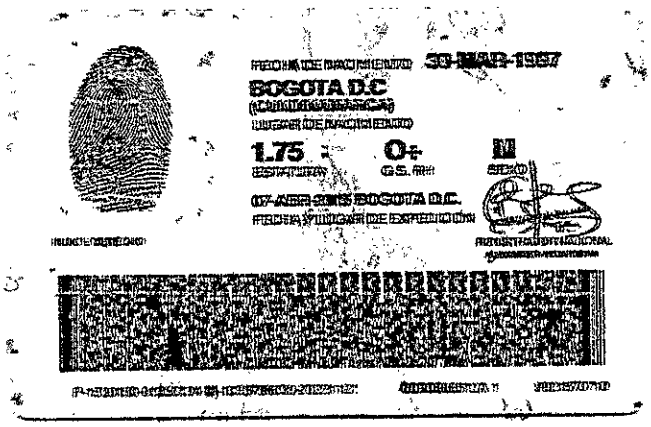
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

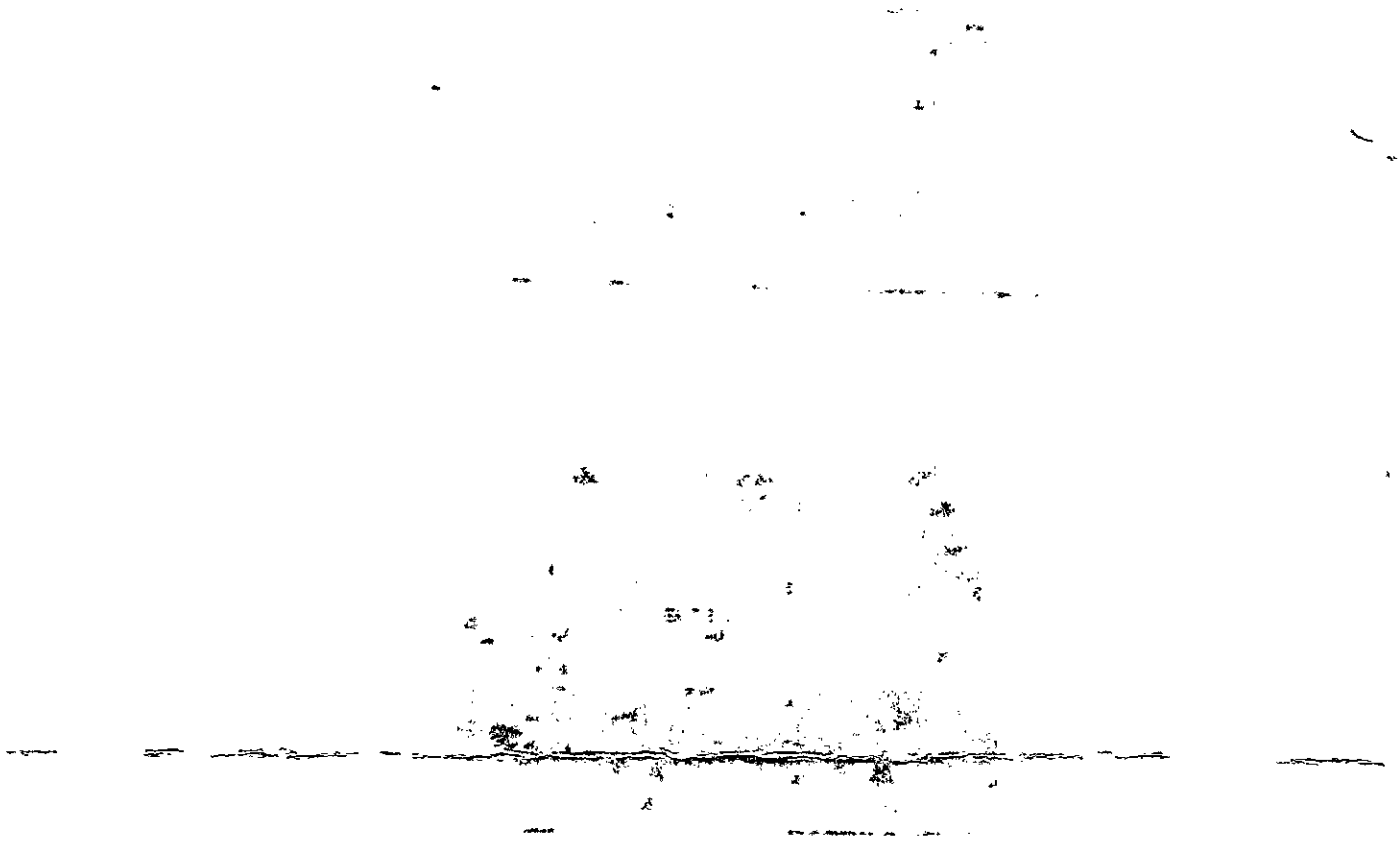
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


1.033.756.603
RODRIGUEZ ARIZA
RAMON RAFAEL
RAMON


30-MAR-1987
BOGOTA D.C
1.75
O+
M
07-ABR-2005 BOGOTA D.C.



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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

Agenda ahora **PAGA DESPUÉS**

Si tu **Revisión Periódica Obligatoria de gas** se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 1° de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante el ONAC. Consúltalo en onac.org.co

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 Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivalores · dale!

Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntas 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. NIT. 830.064.812-3 70452307 2024

¡Hola!

SANDRA RIANO
DG 100 SUR 6E ESTE 16 03 - PUERTA DEL LLANO
BOGOTA

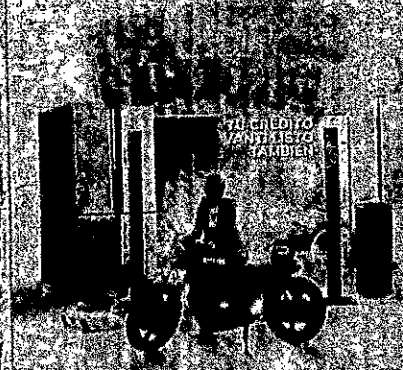
vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007116-3239287

Lote: P02GN Ruta: 0011640454621005000 Código del Sector: 112

Cuenta o referencia de pago 63057545

vanti Listo

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.000.000



vanti Listo

Ahora tu **cupo de crédito** va desde los $4.000.000 hasta $9.000.000

Y un **extracupo de hasta** $12.000.000

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

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. 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/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.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.

112
0011640454621005000
B7216
Page 1
C1

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta o referencia de pago: 63057545

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 900 007 813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 22 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 23 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 07 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	19M3	3.282,01	0,00	62.358,19
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	33.554,94	0,00	-33.554,94
AJUSTE DECENA	1UN	3,25	0,00	3,25

(1) Total: $28.800,00

Tus financiaciones

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

(2) Total: $0,00

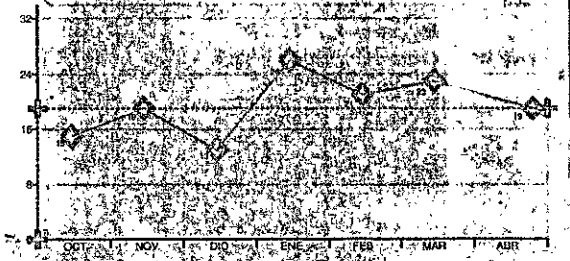
(3) Valor facturas vencidas: $0,47

Total a pagar (1)+(2)+(3): $28.799,53

Pago por: pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Mar. 2025	2879	REAL
02 Abr. 2025	2898	REAL

m³ corregido= 2898 - 2879 * Factor de corrección = 19

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2842,19

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000.

RC Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

27 Feb. 2027

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: $2943

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692,83 Gm: 573,01 Dm: 621,53 Cm: 0,0
Pr: 55,71 Cym: 0,0 Cuim: 0,0 Cuvm: 0,0
Cim: 0,0 Pcm: 42,475 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

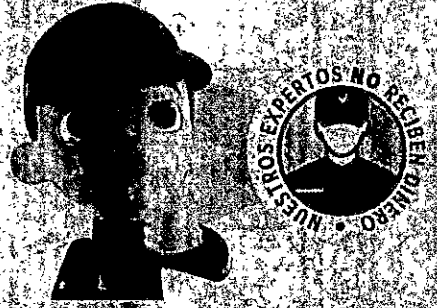
kWh? Tu consumo en m³ de gas equivale a 224 kWh y el precio unitario del kWh es: $128,586

Factor de corrección

Vm: 8,25 Am: 0,76727 UKo: 1,00505 Fc: 0,77114
Vc: 19 Tm: 14 Tc: 15,16 Pcs: 1,01000
Pa: 0,752 Pm: 0,023 Fpm: 1,0
Factor de corrección: 0,77114

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 ID: 100,0 IP: 100,0



(415)7709998026025(8020)63057545(3900)00000000028800

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retención del IVA. Autorretenedores. Resolución No. 4858 del 17 de 1998 Autoridad de Alumbrado de Facturación No. Formulario 1870405 1807057 del 31/10/2024. Facturación electrónica desde N° 0000000001 hasta 10000000000 con Vigencia de 24 meses.
Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NOM 2.1.101000-6, VANTI S.A. ESP, NIT 900.007.813-5, Balance fiscal Deloitte y Touche S.A.S. Este texto impreso mide aproximadamente 21,59 cm de ancho por 27,94 cm de largo.
Ley 142 de 1994.
CA Vida Transporte y Servicios S.A.S. BIC

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 14	MICROCHIP: 900255002404320	FECHA: 30 - 04 - 2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmenza Maloma Tigue	DIRECCION Kr 6B este #90D sur 53 CA 2		TELEFONO 322 733 2220
CEDULA: 52 855 641	CORREO ELECTRÓNICO: 322 733 2220 @sincorreo.com		
BARRIO O VEREDA El progreso usme	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL		

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Marzo 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Febrero 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 04-2024
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa / LEUCEMIA: dd/mm/aaaa / RABIA: dd/mm/aaaa /

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL: 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL: 36954	FIRMA

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:
Carmen Zea M	52853641

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

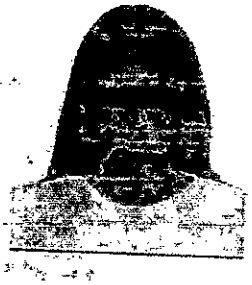
NUMERO 52.855.641
MATOMA TIQUE

APELLIDOS
CARMENZA

NOMBRES

Carmenza Matoma

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1981
COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

26-FEB-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



INDICE DERECHO

A-1500150-00132457-F-0052855641-20081130 0007240382A 2 1310030804

enel Bogotá

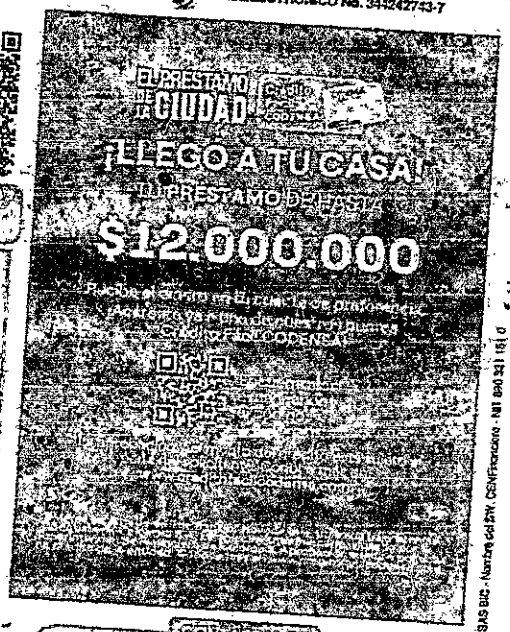
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

3451923-7

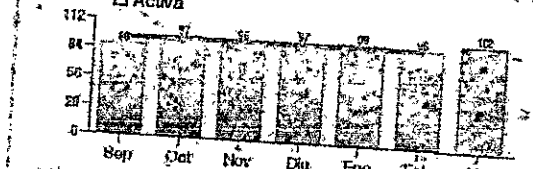
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 3442427437

AGUSTIN REYES LOPEZ
KR 6 B ESTE NO 90 D SUR 53 CA 2
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO USME

03 001 5529 7 072-221381



Activa



VALOR kWh APLICADO: $853,92
CONSUMO DIARIO: 3,62 kWh
VALOR DIARIO: $1.301

PERÍODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025
DÍAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 102 kWh

Tenga más control sobre su LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

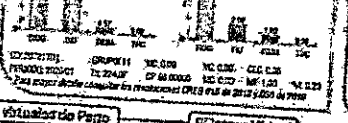
CLASE DE SERVICIO:	
ESTRATO:	Residencial
CARGA kW:	1
FACTOR:	3,00
RUTA REPARTO:	1
RUTA LECTURA:	10000030015529
MANZANA DE LECTURA:	10030010543
MEDIDOR NO:	MS00261345
MEDIDOR NO:	072-221381
	072-221381

NO DESCUIDE SU 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 (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



COMO PAGAR SU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Oficina Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

CANALES DE ATENCIÓN

Registrate gratis

Zona privada de tu pagina Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5140055

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

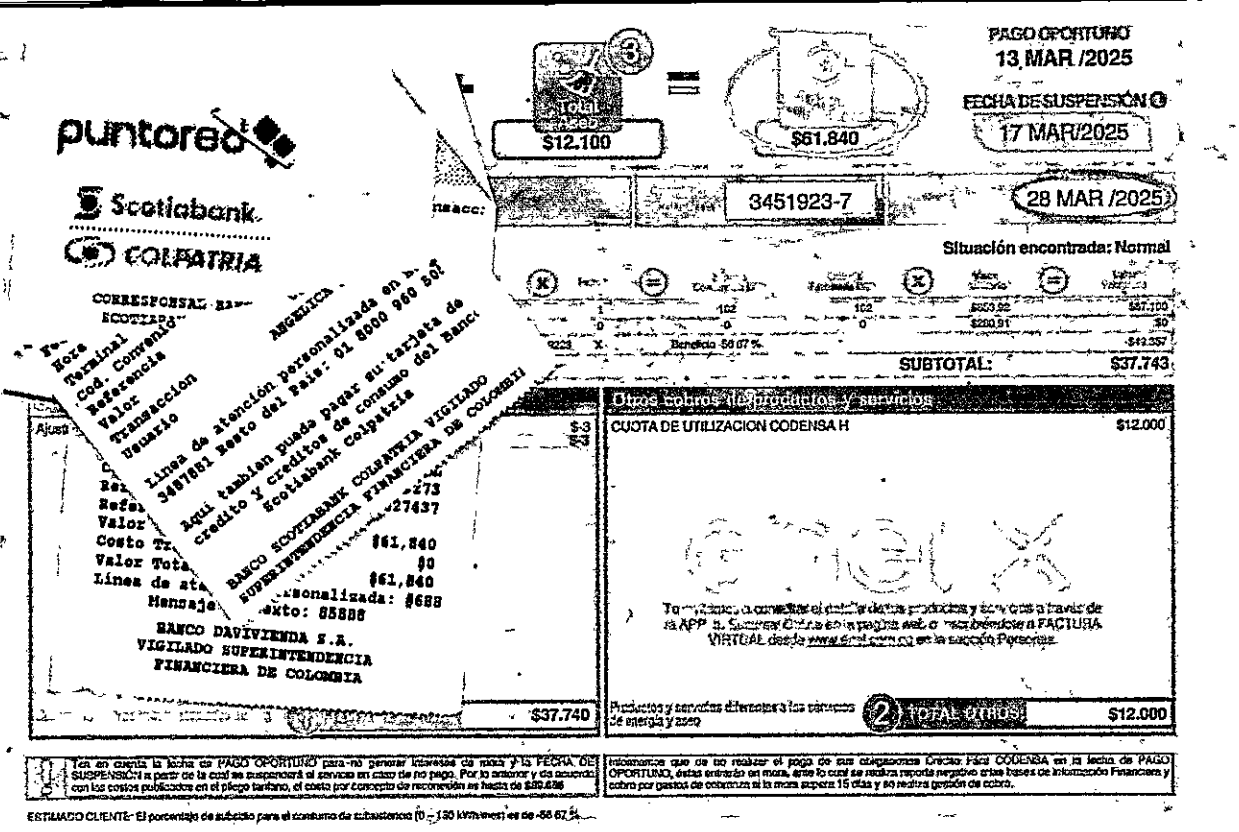
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P — TV 4 No. 51A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P — Avenida Boyacá # 81 - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54-36/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 116

Proveedor Tecnológico: Ekinsol Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del PW: OSINFORMIX - NIT 900 321 181 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 $32.656

Infórmamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Credito Fácil CODENSA 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 -56.07 %

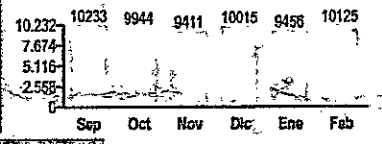
ASEO — Promotora Ambiental Distrito S.A.S. E.S.P.

PRESTA: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP — NIT: 1 — 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11938193	DÍAS FACTURADOS: 31
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	344242743-7	
PERIODO DE FACTURACIÓN	28.01.2025 a 27.02.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$37.461
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-26.223
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-4
ASEO - RELIQUIDACION APROVECHA	$866

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1
DENSIDAD: — FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS UNITARIOS

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$20.743,33	$8.122,02	$152.831,36

PRODUCTOS APROVECHABLES

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05158604
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

MESES EN MORA: 0

3 TOTAL ASEO: $12.100

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	70%

NOTAS DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el servicio.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 15	900255002404329	NO chip	FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shanniss				COLOR: blanca/negro	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: P: tbull	EDAD: 4 años	PESO: 14.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI X 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 OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angeli Sadica Fisco cuadrado	DIRECCION: cll 97D sur #7.este 15	TELEFONO: 3208020358
CEDULA: 1001 348.192	CORREO ELECTRÓNICO: angeli.fisco15@gma'l.com	
BARRIO O VEREDA: el huevo portal	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: 8vo bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: D: C 2024	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 10/2024
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLC	MUCOSAS
96 l/m	36 r/m	38.1 °c	2 seg	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.0 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.0 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL: 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL: 36954	FIRMA

5. 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:
AAYELA FISCO	1001348192

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 1.001.348.192

FISCO CUADRADO
APELLIDOS

ANYELI SADIRA
NOMBRES

Anyeli Fisco
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

28-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01194237-F-1001348192-20201228 0072956675A 1 8501225960

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2009414-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347648635-6

CLIENTE

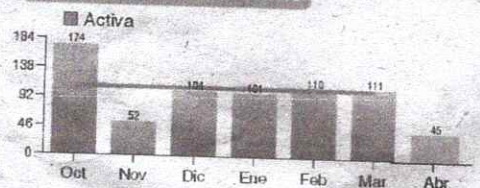
MARIA EMILIA UBAQUE GARZON
CL 97 D SUR NO 7 ESTE 15 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL II

Pago

03 018 4481 / 018-19422431

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 1,55 kWh

VALOR DIARIO: $580

PERÍODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 45 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 109 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones...

También puedes seguir comunicándote a través de Elena WhatsApp 3168906003, línea de servicio 6015 115 115 o la Línea gratuita nacional 018000 812 115

Para más detalles, consulta nuestra política de tratamiento de datos disponible en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,57
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030184481
RUTA LECTURA:	10030180498
MANZANA DE LECTURA:	MS00262028
MEDIDOR NO:	018-19422431
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 20507TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CED: 0,00
PERIODO: 2025-02 DI: 230,04 CI: 116,00002 MC: 0,00 MP: 1,00 %I: 0,39

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

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
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 6140055 denuncias@enel.com

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro

¿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
daviplata · dale · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · efecty · Red Reval · Red Multipagos · Servientrega · MOVIRED · Gana · Supergiros

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo · Metro

Código QR

Si cancela en un corresponsal bancario, exija el comprobante del destino. El sello del corresponsal no es un soporte válido ni para el cliente ni para el vendedor.

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: FEB/2025
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,96 CV: $76,36 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 13636-20507TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 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 comuníquese al (601) 5 115.115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 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 015/11 consultar www.enel.com.co

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de 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 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: 03/04/2025 03:18:09
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 19:26:22

CUDE: 7746cb499334d3a09b140f208e8353f1e678d5c5fac45736b3db50c8413853a563d864fbd450f219cf190bfbc2e32caac

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.198.812 | Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 16 | MICROCHIP: 900255002405720 | FECHA: 30-04-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Layla | COLOR: Negro-cafe

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Pinscher | EDAD: 2 años | PESO: 2.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ____ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ____ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ____ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ____ CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO X

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaime Olaya | DIRECCION: Kr 9A este # 89 sur 09 | TELEFONO: 3212848929

CEDULA: 5 696 267 | CORREO ELECTRÓNICO: 3212848929@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: la Reforma | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: primaria | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Enero 2025 | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NO Reporta | 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 NOV-2024

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 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: Ninguno

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: Diego castellanos
TARJETA PROFESIONAL: 09582
FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez
TARJETA PROFESIONAL: 36954
FIRMA:

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:
Jaime Oliva	5.696.264

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

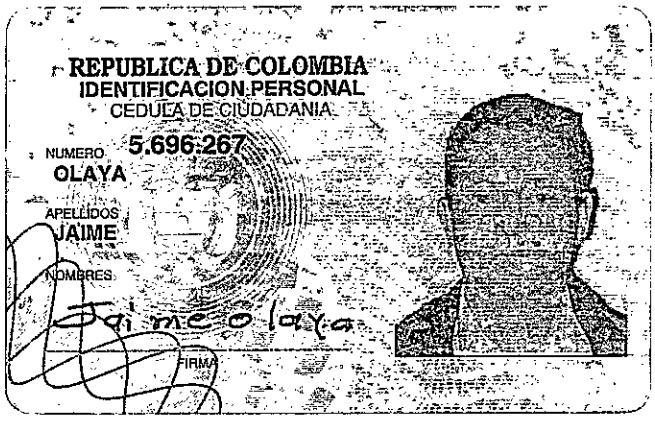
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 5.696.267

APELLIDOS
OLAYA

NOMBRES
JAIME

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1960
OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

27-NOV-1981 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00013281-M-0005696267-20080615 0000473345A 1- 1310003352

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1787384-2**

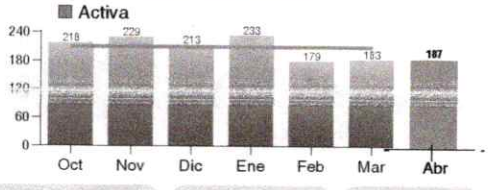
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 347689309-9

CLIENTE

JAIME OLAYA
KR 7 A ESTE NO 89 SUR 09
USME
BOGOTA, D.C. - LA REFORMA

03 001 6082 / 103-71053217

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $843,71

CONSUMO DIARIO: 6,45 kWh

VALOR DIARIO: $3.333

PERIODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 187 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 209 kWh

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

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes seguir comunicándote a través de Elena **WhatsApp 3168906003**, línea de servicio **6015 115 115** o la Línea gratuita nacional **018000 812 115**

Para más detalles, consulta nuestra política de tratamiento de datos disponible en **www.enel.com.co**

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	1,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030016082
RUTA LECTURA:	10030020618
MANZANA DE LECTURA:	MS00261201
MEDIDOR NO:	103-71053217
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: 1440S181 GRUPO: T1 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/02 DI: 230,84 CF: 179,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,29
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o peso 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

CONSULTA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en **www.enel.com.co/es/personas/registro**

¿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, Baloto, Bancolombia, Su Red Amiga, MOVIRED, puntored, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Si paga 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.	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: FEB/2025**
G: $361,70 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,38 PR: $69,89 R: $12,90 CF: $0,00 / $843,71 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: UM26-1440STR1-- 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 para de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co .
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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 prestación y suministro de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:16:49
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 20:19:21

CUDE: 95d0a130544b120f5c19be6f625e3e8067125afb569c7ff2dd4b8a05eb5ca6febb6656ac79ice32104e53c13cc3abcf6

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 8(0.098.812-
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

29620

78-Penta

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 17	900255002405846	NO crochip:	FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Adara			COLOR: Negra / Amarillo
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Pincher	EDAD: 4 años	PESO: 4.7 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: Cleotilde Salgado Barreto	DIRECCION: Cr 7 este #104 sur 74	TELEFONO: 320 9298408
CEDULA: 20824 017	CORREO ELECTRÓNICO: 3209248408@sincorreo	
BARRIO O VEREDA: Nuevo Portal	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Dic 2024	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: noviembre 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: noviembre 2024	
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa	

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
100 l/m	40 r/m	38.2 °c	2 seg.	Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Hdo Cardenas 11628	FIRMA: HdoC.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO / TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 86954	FIRMA:

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:
Leoni de Salgado	20.874.017

Yo,_____ identificado con CC No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la Intervención quirúrgica Ovariohisterectomía y/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 **20.824.017**

SALGADO BARRETO

APELLIDOS

CLEOTILDE

NOMBRES



Cleotilde Salgado

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

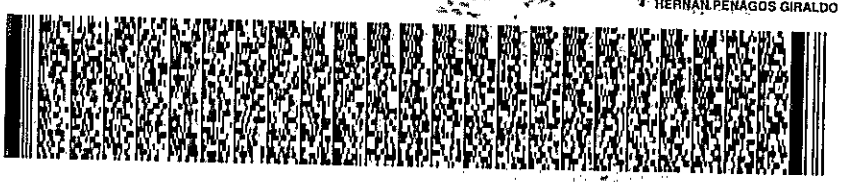
FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1970**

MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-JUL-1988 PASCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-1500150-01492302-F-0020824017-20250206 0143808656A 1 8514361415

TRÓCIL

enel Bogotá

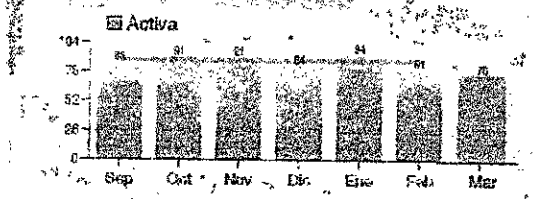
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

4141082-2

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 34428000001-5

DORA LILIA RODRIGUEZ JIMENEZ
KR 7 ESTE NO 104 SUR 74
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3062 / 075-24195



VALOR kWh APLICADO: $853,92

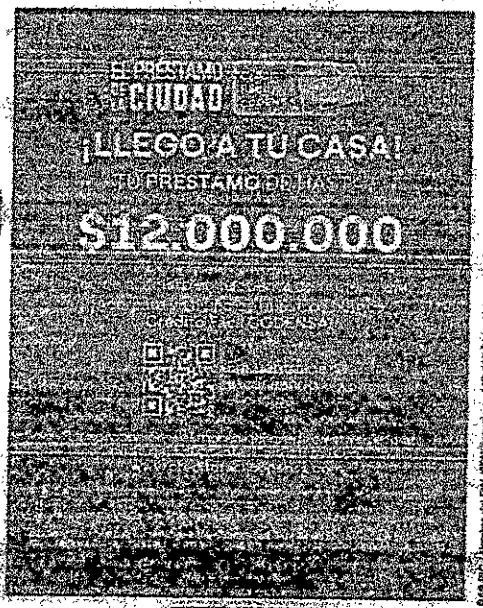
CONSUMO DIARIO: 2,62 kWh

VALOR DIARIO: $870

PERÍODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

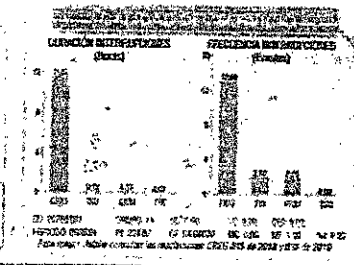
CONSUMO MES: 76 kWh



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	4,64
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	1000003173062
RUTA LECTURA:	10030170109
MANZANA DE LECTURA:	MS00261689
MEDIDOR RO:	075-24195
MEDIDOR NO:	075-24195

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.



PUNTOS DE ATENCIÓN

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Chatbot

https://ayudenos.enel.com.co/es_panorama/Soluciones-Clientes.html
clientes@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

FACILIDAD AMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 41 No. 61A 25

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 169 # 54 - 20 Local 102-103

Línea de servicio al cliente 110

PUNTOS PARA PAGAR LA FACTURA

Medios virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Oficina Electrónica, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Código de Pago Electrónico

Sistema Virtual: Aplicativo, Daviplata, MOVii, Nequi, Efecty

Corresponsales Bancarios: Citibank, Colpatria, Bancolombia, Davivienda, Occidente, Popular, Bogotá, Agrario

Red Distrital: RED CADE

Canales de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: Éxito, Carulla, Surtimax, Super Inter

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago. En caso del corresponsal no es suficiente con este documento.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Tipo de: ENEL2023

CU: $853,92 T: $68,03 Di: $240,91 CV: $75,22 PR: $12,54 CF: $0,00 / $853,92 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ml Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1998.

Factura el consumo de la presente factura al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (606) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 812 115, o de nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0021 de 10 de diciembre de 2020.

Conforme al acta de suspensión suscrita el factura del hogar/vivienda y en atención a la operación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura da cobro previo mismo servicio de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994 y el contenido de la resolución CREG 0192 11 Artículo 1 numerales 1 y 2 inciso.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual prestamos el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades adicionales a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (606) 5 115 115, línea de Bogotá (01) 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP informa al cliente de ampara para tramitar a través de la tercera del servicio prestado por distribución de energía eléctrica (Empresa de Comercio), de cuanto con la aplicación de tarifas acordes a los estos aspectos, por favor diríjanos a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y comercialización de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860 063 875-8, sujeto a inspección y vigilancia por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 04/03/2025 09:58:50
FECHA EXPEDICIÓN: 04/03/2025 16:11:14

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios BPS SAS (Nombre del SW: DSNPlanetario - NIT 900.821.161-2)
Factura Asociada a Contrato de Condiciones Uniformes (CCU) NIT 860.063.875-8

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 18 | NO: 900255002405839 ro de Microchip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kristan | COLOR: Negra

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Criolla | EDAD: 3 Meses | PESO: 2.2 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 ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO Nacio en casa

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Alexis Bejarano S. | DIRECCION: Kr 7A este #100B Sur 52 | TELEFONO: 3178423617

CEDULA: 1073 630 277 | CORREO ELECTRÓNICO: 3178423617@ Sin correo

BARRIO O VEREDA: Nuevo portal | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR: con discapacidad

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NO

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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.22 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.22 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.06 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Fida Cardenas 11628	FIRMA: FidaC.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 38954	FIRMA:

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: 1073 630 277

NO FIRMA

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

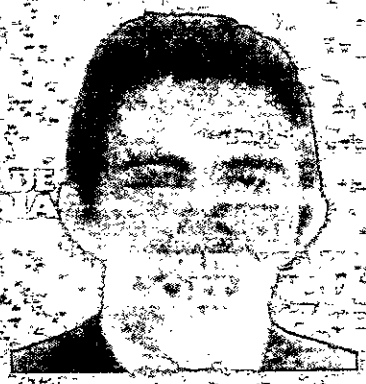
NUMERO **1.073.630.277**

BEJARANO SALGADO

APELLIDOS

DIEGO ALEXIS

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1997**

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **A+** **M**

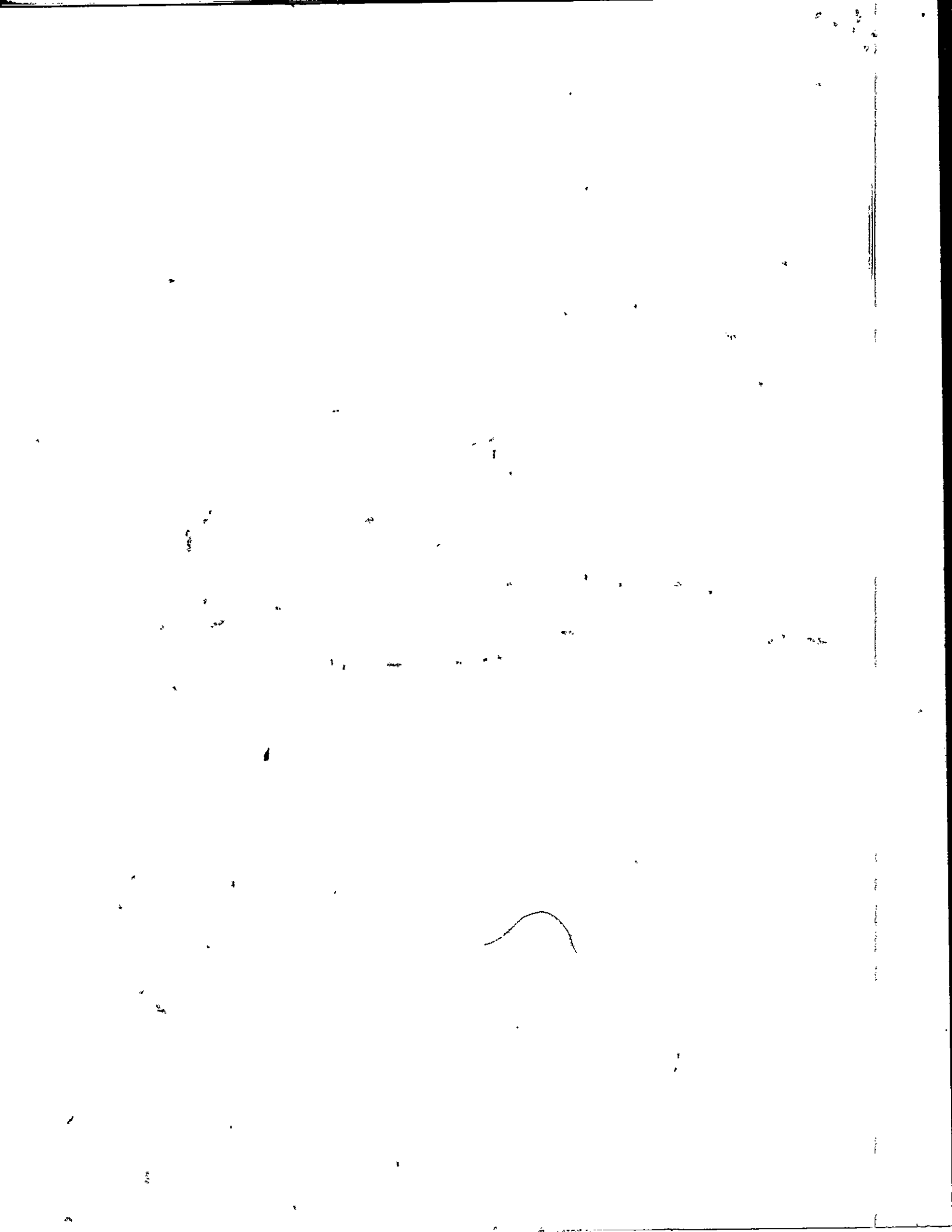
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-AGO-2015 APULO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1521700-00760621-M-1073630277-20151111 0047388274A 1 44102880



enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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

Para pagos y consultas su número de cliente es: **2022960-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347673509-8

PRESENTE

ORLANDO CARO MACIAS
KR 7 A ESTE NO 100 B SUR 52
B NUEVO PORVENIR
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3550 / 018-19490550

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la ley 1581 de 2012 informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de los datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes escribirnos a través de Línea WhatsApp 3158906003 o llamarnos al 601 5 115 115 o a la línea gratuita nacional 018000 812 115.

Para más detalles, consulta nuestra política de tratamiento de datos disponible en www.enel.com.co.

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $813,71

CONSUMO DIARIO: 3,97 kWh

VALOR DIARIO: $1.481

PERIODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025
DIAS FACTURADOS: 29
CONSUMO MES: 115 kWh
CONSUMO PROMEDIO DE ENERGÍA MES: 99 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:	2,00
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	10000030173550
RUTA LECTURA:	10030170593
MANZANA DE LECTURA:	MS00261657
MEDIDOR NO.:	018-19490550
SUBCLASE:	Básica

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

PERIODO: 202502 | TI: 236,06 | CI: 1800000 | NC: 1.529 | NU: 2.120

CONTÁCTANOS

Zona preferencial de la página Web

Pagos de tu factura

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6 115 115

Agencias

Puntos de atención

Línea gratuita nacional 018000 812 115

Chat Enel

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

APP Bancos | Internet | Botones Bancos | Cajeros Automáticos | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia | daviplata | MOVII | nequi | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | Su Red | Su Red | Su Red | Su Red

Red Distrital

RED CADE | enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Olímpica | Su Red

Código QR

Si no paga en la oportunidad indicada, podrá ser suspendido. El valor del reconexión será el vigente al momento de la misma.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025

G: $381,79 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,26 PR: $50,00 R: $12,90 OR: $0,07 $343,71 Cargo kWh $$

GRUPO 1 | CIRCUITO USUARIO SIN TOPOLOGÍA | NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD Empresa

Resolución No. 0547 del 26 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica, Tarifa 11,04 por mil, Sujeto autoretenedores según Resolución No. 0547 del 26 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos establecidos previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos dentro de los términos señalados para cada caso. 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 o Canales 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 se tomó 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, le cael recibo el Código de Medida, los escalonamientos correspondientes a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115

ENEL COLOMBIA S.A. ESP. pone a disposición de nuestros clientes el canal de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Encargos de Cobranza), de acuerdo con la normatividad vigente 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 reciban los terceros con 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 los proyectos financiados de este programa es el ENEL COLOMBIA S.A. ESP. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — TV 8 No. 51A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. — Avenida Boyacá # 1B - 20

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL ESP S.A. E.S.P. — Calle 123 # 54-30/40 Local 123, 124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:18:39
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:45:16

CUDE: 2741de7b5d7f0cd19767de57d4715b34915b8577455b51f66cd5b3d8217e4ea87e0096b2a3695b5323945667a404c2b

Consulta la factura de Conexión ENEL en Medios de Pago

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 19	NO 900255002405711 rochip	FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kiara		COLOR: Negra	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA criollo EDAD 3 meses	PESO: 2.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Rocio Cely Matamoros	DIRECCION Kr 7A este #100b sur 52	TELEFONO 3226752891
CEDULA: 24.019.701	CORREO ELECTRÓNICO: 3226752891@Sin correo	
BARRIO O VEREDA Nuevo porvenir	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
N/R.	Febrero 2025	CANINOS PARVO: 13/04/25 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: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas
OBSERVACIONES: Ninguno				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.25 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL 36954	FIRMA

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:
Diana Rocio Celis Palomeros	24079791

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 24.019.791

CELY MATAMOROS
APELLIDOS

DIANA ROCIO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

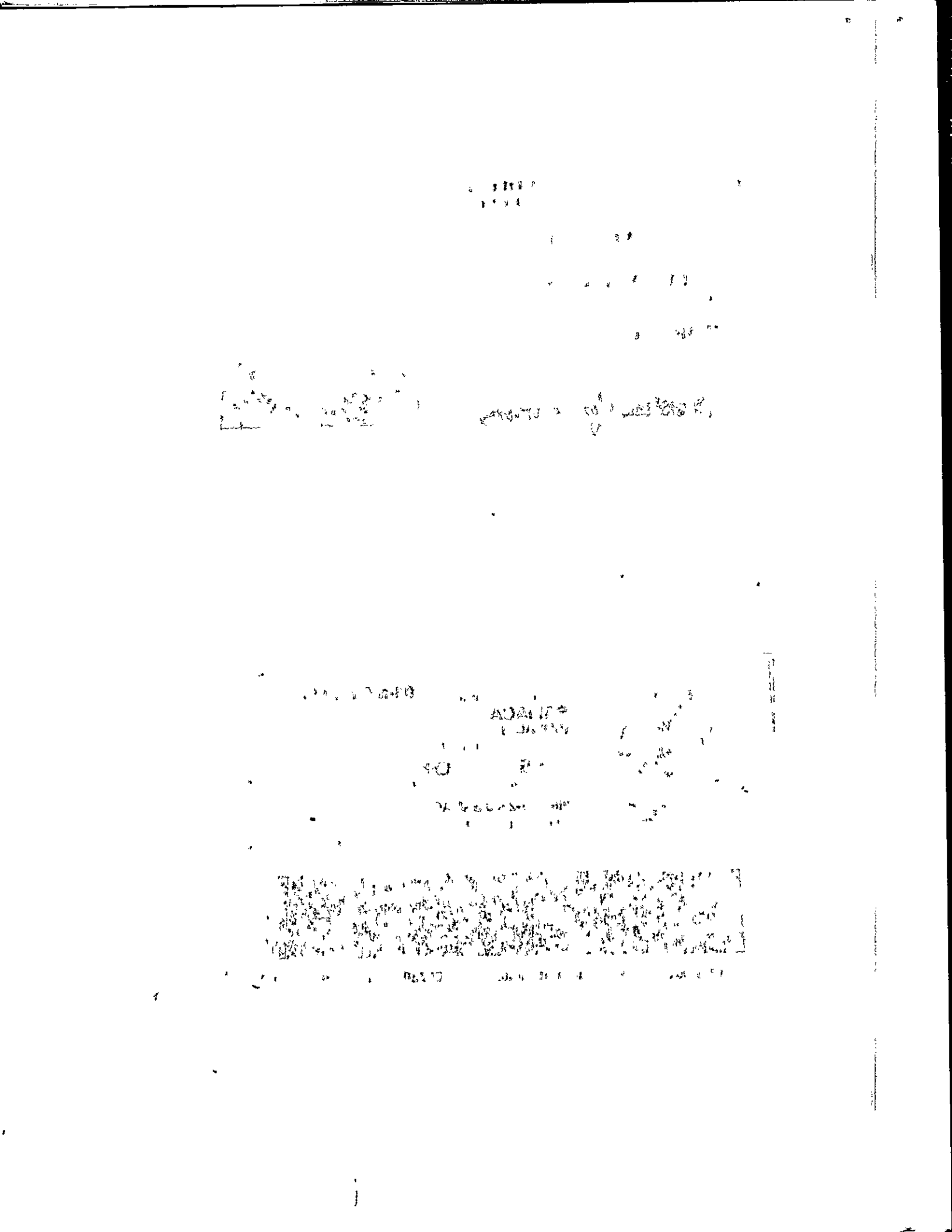
FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1985
SAMACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

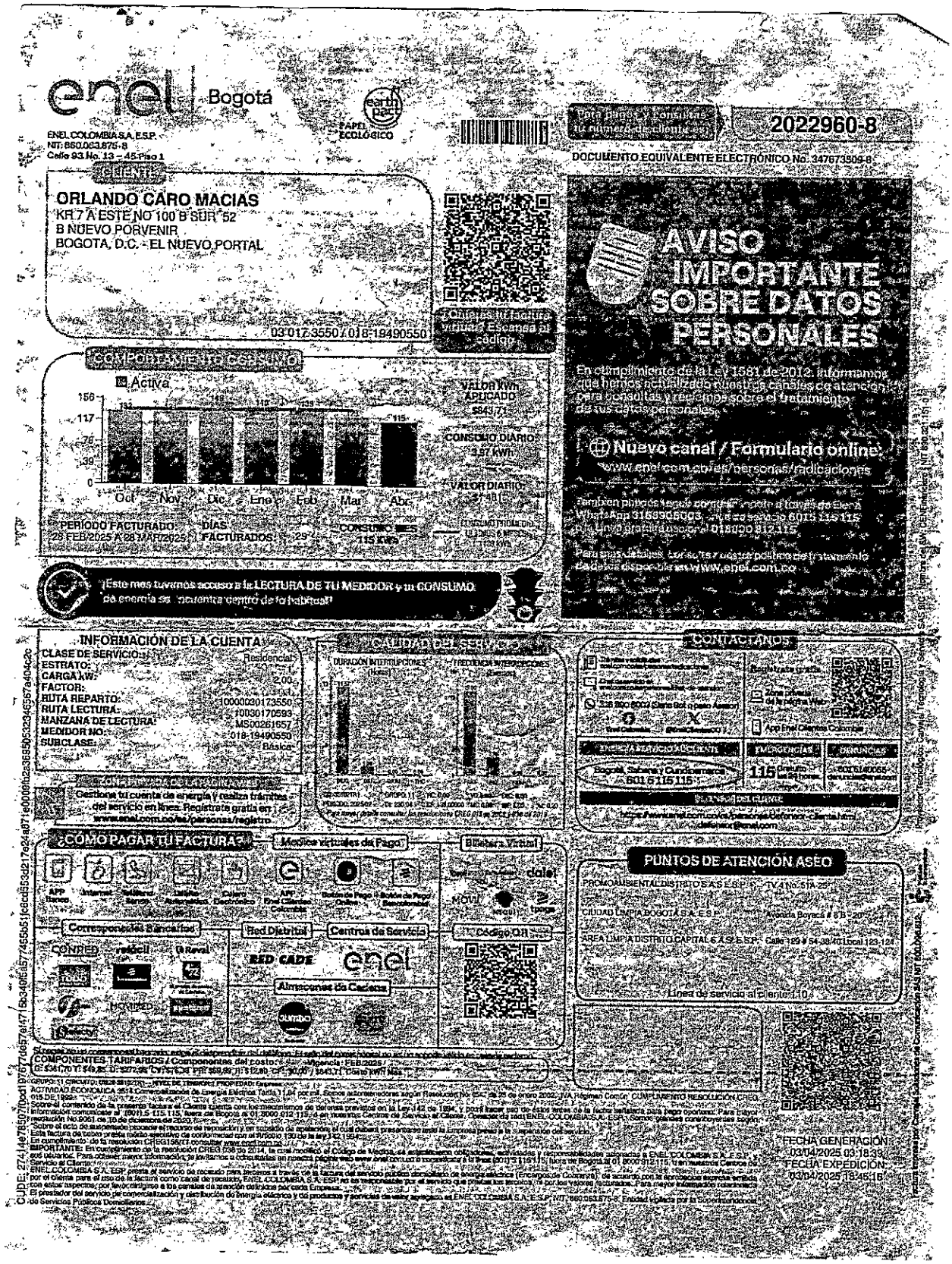
1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

20-NOV-2003 SAMACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0723500-33123001-F-0024019791-20040309 05730 04069O 03 156911731





enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

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:

2022960-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 3476733909-8

CLIENTE

ORLANDO CARO MACIAS
KR 7 A ESTE NO 100 B SUR 52
B NUEVO PORVENIR
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3550 7 018 19490550

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

Nuevo canal / Formulario online
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes seguir contactándonos a través de Línea WhatsApp 3160308093 o en la línea 6013 115 115 y Línea gratuita nacional 018000 812 115.

Para más detalles, consulta y acepta nuestra política de tratamiento de datos disponible en www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

150 / 117 / 78 / 39 / 0

132 | 110 | 139 | 115

Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr

VALOR kWh APLICADO: $843,71

CONSUMO DIARIO: 3,57 kWh

VALOR DIARIO: $ 3.748

PERIODO FACTURADO: 28 FEB 2025 A 28 MAR 2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO: 115 kWh

CONSUMO PROMEDIO: 123 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía es facturado dentro de tu habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000301735S0
RUTA LECTURA:	10030170593
MANZANA DE LECTURA:	MS00261657
MEDIDOR NO.:	018-19490550
SUBCLASE:	Básico

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en: www.enel.com.co/es/personas/registro

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Número)

GRUPO 1 | PC: 0,00 | Dic: 0,01

Para saber más consulta: la resolución CREG 015 de 2018 y la 097 de 2019

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 6 115 115*

Línea gratuita: 115

Línea de servicio al cliente: 116

Escríbenos a: defensoria@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, Red Cl, Baloto, Efecty, Supergiros

Red Dilotrial

Centros de Servicio: RED CADE, enel, Almacenes de Cadena, Cultivo

Código QR

daviplata, MOVII, nequi, tpaga

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S. E.S.P.: TV 41 No. 51A 25

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.: Calle 69 # 54-38/40 Local 123-124

Línea de servicio al Cliente: 110

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo – Vigencia: FEB 2025

$ 561,70 | $ 49,82 | $ 127,98 | $ 75,04 | $ 68,89 | $ 12,80 | $ 90,00 | $ 143,71 | Costo kWh Mes

GRUPO: 1 | CIRCUITO: DR08 38 [8278] | NIVEL DE TENSIÓN: 2 | PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONÓMICA: 0010 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 | Art por mil, Sobres subcontratadores según Resolución No. SSC de 28 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 ellos dentro de la fecha límite para pago oportuno de la factura. Para mayor información consulte la Línea de servicio al Cliente 110 en Bogotá o al 01 8000 912 115 en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Comisión de vida | ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. | Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0051 de 10 de diciembre de 2020 | Somos...

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

Esta factura de cobro previa recibo 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/es/1-2-3.html

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

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con las aprobadas 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 recaudados. Para mayor información comunicarse con estos terceros, por favor diríjanse a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:18:39
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:45:16

CUDE: 27414e7650f70bd1870f27d657a1718b3406fa57455b51fc8ed553d217e24a871e0009d2a3685b532345657a404c2e

Factura generada por ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Nit 860.063.875-8 Modalidad de Facturación 3 Nit 890.321.116-1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 20 | 900255002405888 | SI NO Número de Microchip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Chiripa			COLOR: Beige.
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestiza	EDAD 4 años	PESO: 1.9 KG / MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	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: Camilo Alejandro Cespedes	DIRECCION: Cr 9B Este #108.52 Sur	TELEFONO: 3123543225
CEDULA: 1-022-942-924.	CORREO ELECTRÓNICO: 3123543225@sinaure.o.	
BARRIO O VEREDA: El Divino	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N-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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas.	
OBSERVACIONES: Ninguno					

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.2 ml.	5-7mg/kg IV
	___	___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.25 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.06 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582.	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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: Camilo	Nro de Identificación: 1022942924

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 **1.022.942.924**

Apellidos
CESPEDES URREA

Nombres
CAMILO ALEJANDRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.76	M

Fecha de nacimiento
10 MAYO 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 MAYO 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Camilo

Fecha de expiración
21 MAYO 2034

.CO

046801636

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046801636215001<<<<<<<<<<<
0605106M3405215COL1022942924<8
CESPEDES<URREA<<CAMILO<ALEJAND

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

Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Banco AV Villas* · Banco GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Davivienda* · Daviplata · Rappi pay

*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. Como consumidor 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 señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7044/20122023

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

vanti
Más formas de avanzar

BELARMINA CARDENAS MARTINEZ ESLAVA
KR 9A ESTE 108 SUR 52
000000

Medidor Gas N° 5097106-208911

Cuenta o referencia de pago 62213255

vanti LISTO

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0



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

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Lote P02G Ruta 00116404600250O Código del sector 112

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **62213255**

Vigilado Superservicios

NIT:8000078135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 17 Mar. 2025
2. **Fecha de suspensión** 18 Mar. 2025
3. **Periodo facturado** Feb. - Mar. 2025
4. **Emisión de tu factura** 05 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	2M3	2.825,91	0,00	5.651,82
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.167,28	0,00	63.345,60
MENOS SUBSIDIO (53%)	1UN	-33.370,46	0,00	-33.370,46
AJUSTE DECENA	1UN	3,04	0,00	3,04

1 — **Total** 35.630,00

Tus financiaciones

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

2 — **Total** 0,00

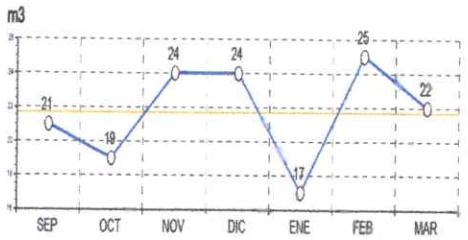
3 — **Valor facturas vencidas** 0,34

Total a pagar (1 + 2 + 3) 35.630,34

Paga por PSE

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia **Estrato/Cat.** Uno **Días de consumo** 29

Fecha	Lectura	Tipo
03 Feb. 2025	2.704	REAL
03 Mar. 2025	2.733	REAL

m³ corregido = 2733 - 2704 * Factor de corrección = 22

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Abril

Novedades de tu factura

CuVa $ 2825.91

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

30 Jun. 2027

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012).

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm:	1.604,97	Tm:	526,97	Dm:	621,22	Cm:	0,00
.P:	72,75	Cvm:	0,00	Cufm:	0,00	Cuvm:	0,00
Ccm:	0,00	Fpcm:	42,48	DAUR:	0,00	DAUNR:	0,00

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 260
kWh y el precio unitario del kWh es: 137,03

Factor de corrección

Vm:	29	Kp:	0,76628	Kt:	1,00550	Ft:	0,77049
Vc:	22	Tm:	13,98	Te:	15,56	Pe:	1,01008
Pa:	0,75100	Pm:	0,02300	F pv:	1,00		

Factor de correción: 0,77049

Indicadores de calidad

IRST: 100,00 DES: 0,00 IO: 100,00 IPII: 100,00



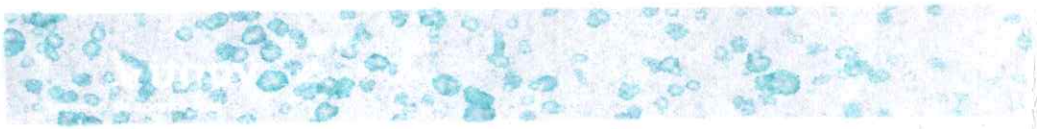
(415)7709998026025(8020)62213255(3900)00000000035630

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde N° 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5 - Régimen fiscal

Código Único de Facturación Electrónica 93029d3c9998b87eb0601b0a842cddcca7b04837db0f41ca1a5fc2c1e44335072ce78a21fdad294aabbb3d75d3815211cb3 Fecha de generación 06 Mar. 2025 a 13:22:19 Forma de pago Crédito 12 días Factura electrónica de venta F15B2859090004

Factura Transfiriendo S.A. Nit 900.032.158-4





UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 21 | MICROCHIP: 900255002405871 | FECHA: 30-04-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Barcino

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ | SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Mestizo | EDAD: 10 meses | PESO: 22.2 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 ____ MIXTO OTRO X

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nathaly Sanchez Olarte | DIRECCION: Kr 5A este #97B sur 46 | TELEFONO: 320 935 3587

CEDULA: 53 134 270 | CORREO ELECTRÓNICO: 3209353587@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: El progreso usme | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

NS/NR: ____

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NO Reporta | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NO Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.2 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.2 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.2 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA

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: Natnaly Sanchez O	Nro de Identificación: 53134220

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

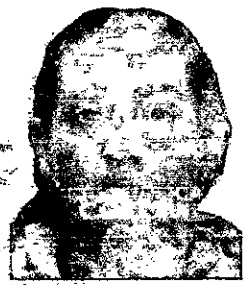
Nombre del Responsable/Tenedor:	Nro. Identificación:	FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.134.270**
SANCHEZ OLARTE
APELLIDOS
NATHALY
NOMBRES

Nathaly Sanchez O

FIRMA





INDICE DERECHO

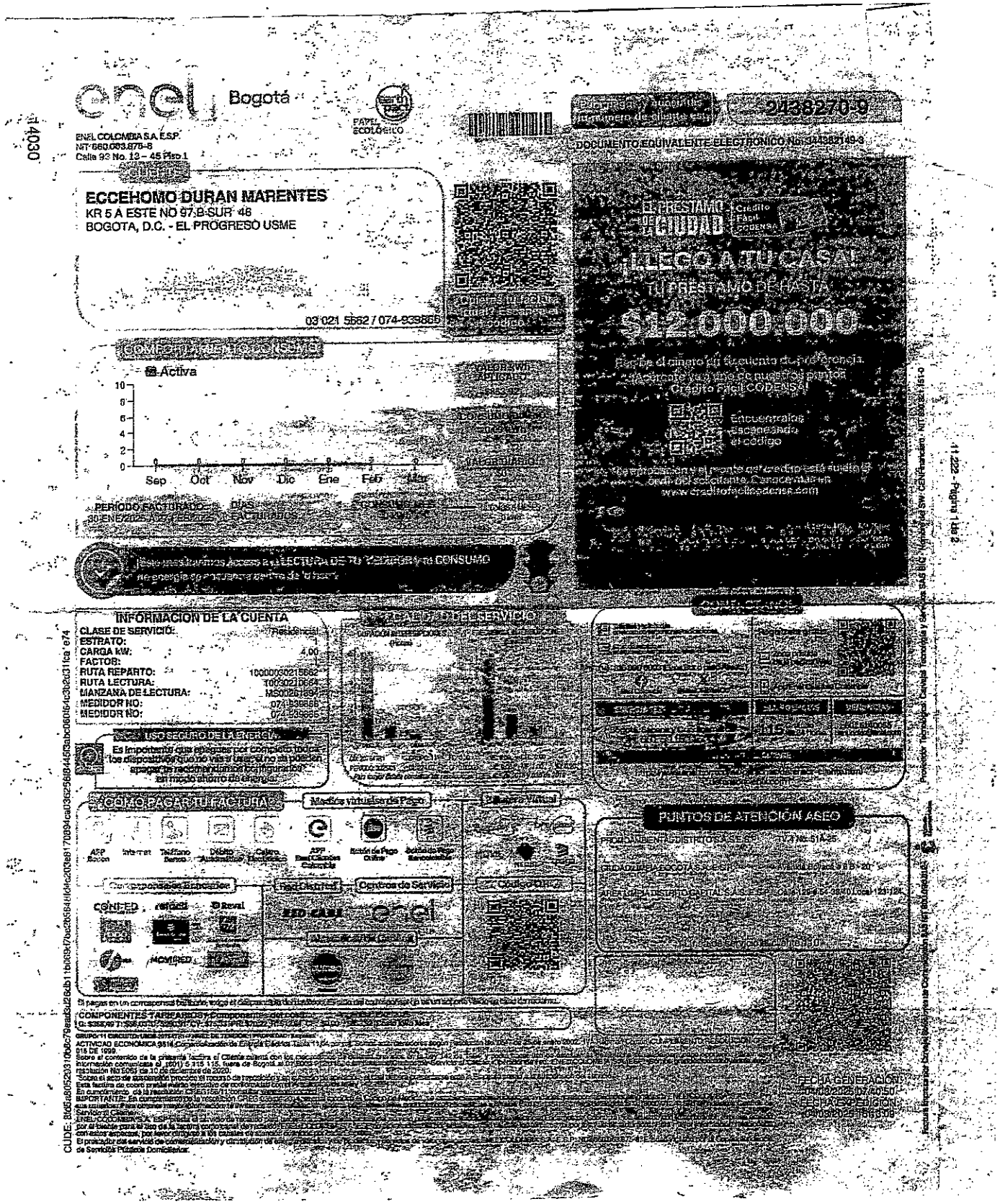
FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1985**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-JUL-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01331690-F-0053134270-20221128 0091588130A.1 8506349157



enel Bogotá

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

ECCEHOMO DURAN MARENTES
KR 5 A ESTE NO 97 B SUR 48
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO USME

03 021 5662 / 074-939865

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 344382149-8

2438270-9

EL PRESTAMO DE LA CIUDAD

HECHO A TU CASA

TU PRÉSTAMO DE HASTA

$ 12.000.000

Escribe el cinco (5) siguiente de tu preferencia.
Encuentra el resto de nuestros puntos
Chequea Aquí CODENSA

Encuentralos escaneando el código

COMPORTAMIENTO DE CONSUMO (kWh)

Activa

Sep Oct Nov Dic Ene Feb Mar

PERIODO FACTURADO
30 ENE 2025

DIAS FACTURADOS

Conoce nuestras Ofertas para LECTURA DE TU CONSUMO de energía en tiempo real

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	
CARGA kW:	4.00
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	1000030215682
RUTA LECTURA:	1003021 0684
MANZANA DE LECTURA:	MS0026189A
MEDIDOR NO:	071 939865
MEDIDOR NO:	074 939865

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, ya no solo pueden apagarse recientemente o configurados en modo ahorro de energía.

COMPORTAMIENTO DEL SERVICIO

COMPARATIVO

PAGO Y PAGA TU FACTURA

Medios virtuales de Pago

Canales Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Comercial

Centros de Servicio

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

COMPONENTES TARIFARIOS Y Componentes del consumo

ACTIVIDAD ECONÓMICA 9514 Clase de actividad de Empresa Eléctrica Tarifa 1 (A)

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los canales de atención comercial de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. en Bogotá al [illegible] Sobre el procedimiento de reclamación No 5057 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio el de apelación dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de esta factura de acuerdo con el artículo [illegible]

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018 [illegible]

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG [illegible]

Servicio Cliente: [illegible]

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. actúa en calidad de recaudador por el servicio para el uso de la factura corporativa de [illegible] de Servicios Públicos Domiciliarios.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de [illegible] de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 8d5aa805230170b0c79eaa5a26db11bb69b7ba2b5b64bf4c209b81700894ca036256884453abcb6b6b4c3b2d311fca1e74

FECHA GENERACIÓN
20/08/2025 07:40:50
FECHA EXPEDICIÓN
20/08/2025 16:57:10

Factura Servicios Públicos Domiciliarios Conexión Virtual Energía Electrónica y Servicios Asociados

Página 1 de 2

111222

4030

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 22 | MICROCHIP: 900255002405879 | FECHA: 30 -04-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pandora | COLOR: Negro -Blanco-Amarillo

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA Mestizo | EDAD 5 meses | PESO: 6.7 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 OTRO X

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Vargas Avendaño | DIRECCION Kr 7A este 85A SUR 3 | TELEFONO 3132145770

CEDULA: 55 163 332 | CORREO ELECTRÓNICO: 3132145770@sincorreo.com

BARRIO O VEREDA Alfonso Lopez | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

NS/NR: ____

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NO Reporta | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NO Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.7 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.28 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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/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: Diego Castellanos 09582 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954 | FIRMA

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:
Olga Vargas	55163332

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

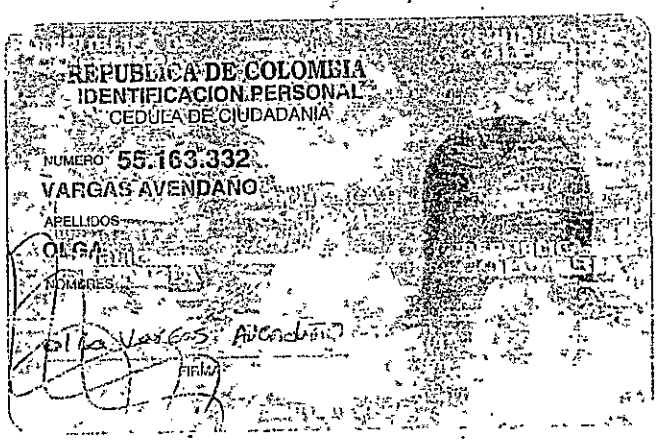
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 55.163.332

VARGAS AVENDAÑO

APELLIDOS

OLGA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1970

BARAYA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-SEP-1990 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

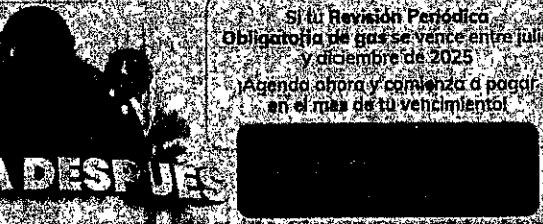
A-1500150-00144463-F-0055163332-20061030 0003152244A 2 1660016875

91- Perra

92- Perra

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

[redacted]

vanti

Agenda digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · Bancamía · BBVA · Banco de Occidente · Banco AV Villas · Banco Agrario · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Davivienda · Daviplata · Efecty · Baloto · Gane

Permite adicionalmente inscripción a débito automático

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

Puntos autorizados

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

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

Eficiencia energética

Ahorra en tu consumo de gas y contribuye a disminuir tus emisiones de CO2, gas de efecto invernadero principal causa del cambio climático.

Línea telefónica sólo para emergencias

Atención todos los días las 24 horas

Fijo: 01 8000 919 052 Movil: 164

Atención presencial

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

¡Hola!

OLGA VARGAS
KR 7A ESTE 85A SUR 3 ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5117103-300011650

Lote: R08GN Ruta: 00116402683260005000 Código del Sector: 111

Cuenta preferencia de pago 61673518

vanti Listo

Compra [redacted] y paga a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.000.000



vanti Listo

Ahora tu cupo de crédito ya desde los $4.000.000 hasta $9.000.000

Y un extracupo de hasta $[redacted]

*exclusivo para financiar moto

a [redacted] de [redacted]

HONDA BAJAJ

Cupo Vanti Listo también disponible en Gases del Oriente S.A. ESP y Gases Naturales de Occidente S.A. ESP. Vanti S.A. ESP no realiza actividades financieras ni bancarias, estas son ofrecidas por el Grupo Vanti. Aplican condiciones vigentes de financiación, consúltala en grupovanti.com/vantilisto.

¿Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
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.

CONTENIDO PUBLICITARIO

PAGINA 1 DE 2 00116402683260005000 67767

Abril 2025

BOGOTA

NIT 8[illegible]
Vanti S A ESP
www.grupovanti.com

vanti
Mas formas de avanzar

COLPATRIA
punto pago
RECIBO DE PAGO
venta: 28/04/25 Hora: 04:48:17 p.m.
No. Terminal: 17
Id Aut: 4834
cio: 25556
0376170
o: PLATIK COMUNICACIONES ALFA
EXPRESS
ón: CR 2 C ESTE 89 C 20 SUR
RECAUDO PSP
TRANSACCION EXITOSA
alquier reclamo es indispensable presentar
o comuníquese a las Tel. en Bogotá 756
gratis en el resto del país 018000-52

Tus últimos consumos

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Ene. 2028
La revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse en [illegible] Resoluciones 059 de 2013 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Período facturado Mar. - Abr. 2025

Emisión de tu factura 14 Abr. 2025

Tarifas

El valor del m³ que usted este mes es de: $2943
Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826
Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Datos de la medición

Uso	Estrato	Clase de consumo	Factor
Residencial	3	Gas Natural	1.0

Fecha	Lectura	Tipo
10 Mar. 2025	[illegible]	REAL
09 Abr. 2025	8809	REAL

m³ consumidos: [illegible] Días de consumo: 30

Componentes tarifarios
Dm: 1662.63 Tm: 673.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
Cv: 55.11 Cvm: 0.0 DaUm: 0.0 DaUm: 0.0
Cm: 0.0 Fecu: 42.475 DaUm: 0.0 DaUm: 0.0
1 kWh consumido en m³ de gas equivale a 10.4 kWh
1 kWh a precio unitario del kWh es $152.659

Factor de corrección
Vm: 83 Kp: 0.76727 Kt: 1.0047 Pz: 0.77101
Vc: 25 Tm: 14.16 Pz: 1.01000
Y Pz: 0.764 Pm: 0.023 Pz: 0.77101
Factor de corrección: 0.77101

Indicadores de calidad
IRST: 100.0 DES: 0.0 IC: 0.0 IPV: 100.0

Tu próxima factura estará entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2942.88

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

Valor factura en letras

$0.00

$45.030,0

(415)7000[illegible](8020)61673518(3900)000000045030

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

C1 67767 [illegible]

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 23 | MICROCHIP: 900255002404330 | FECHA: 30-04-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Tenea			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años	PESO: 5.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO X	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jairo Saavedra Castro	DIRECCION: KR 7A ESTE 85A SUR 3	TELEFONO: 3132745770
CEDULA: 74 241 078	CORREO ELECTRÓNICO: 3132745770@sincorreo.com	
BARRIO O VEREDA: Alfonso Lopez	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: celo actual	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NO Reporta	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X
		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:	96 l/m	F. RESPIRATORIA:	36 r/m	TEMPERATURA:	38.1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.35 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
[illegible]	[illegible]

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

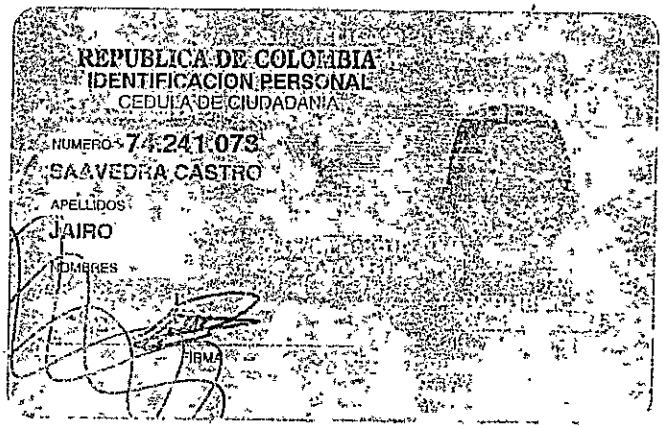
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

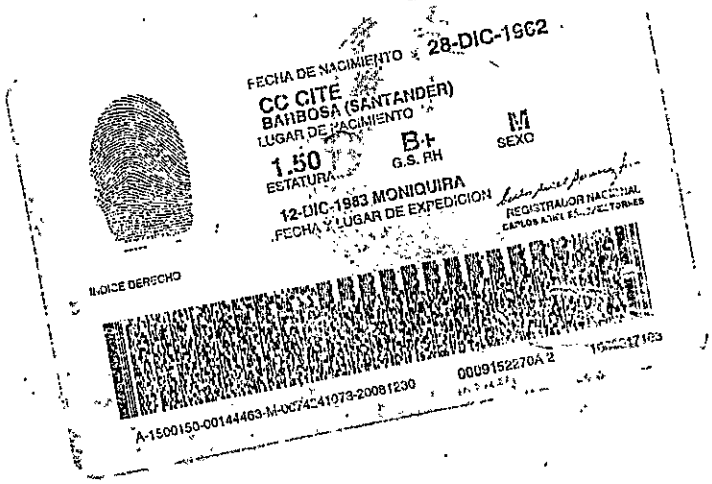
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

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 74.241.073
SAAVEDRA CASTRO
APELLIDOS
JAIRO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1962
CC CITE
BARBOSA (SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
12-DIC-1983 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00144463-M-0074241073-20081230
0009152270A 2

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

[redacted]

Aplica desde el 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios de Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar el revisión

Gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de Grupo Vanti. Pregúntale a tu proveedor de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalo en

vanti

vanti Listo

Pago digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban Bancolombia BBVA

Banco Popular Banco de Occidente Banco Falabella Banco Pichincha Banco Caja Social Davivienda Davivienda Plata

Bolsa PSE Botón Bancolombia

Escanea para Pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos presenciales

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

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

Eficiencia energética

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 sigue los pasos para agendar tu cita.

CANALES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.094.672-9 T0422202224

¡Hola!

OLGA VARGAS
KR 7A ESTE 85A SUR 3 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5117103-300011650

Lote: P08GN Ruta: 0011640263260005000 Código del Sector: 111

Cuenta o referencia de pago 61673518

vanti Listo

Compra [redacted] y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.000.000



vanti Listo

Ahora tu cupo de crédito va desde los $4.000.000 hasta $9.000.000

Y un extracupo de hasta $[redacted]

*exclusivo para financiar moto

[redacted] a través de tu factura de gas

Vanti S.A. E.S.P. es una Comercializadora de Gas Natural del Oriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P. Línea de financiación no bancaria otorgada por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en [redacted] consultalo en: grupovanti.com/vantilista.

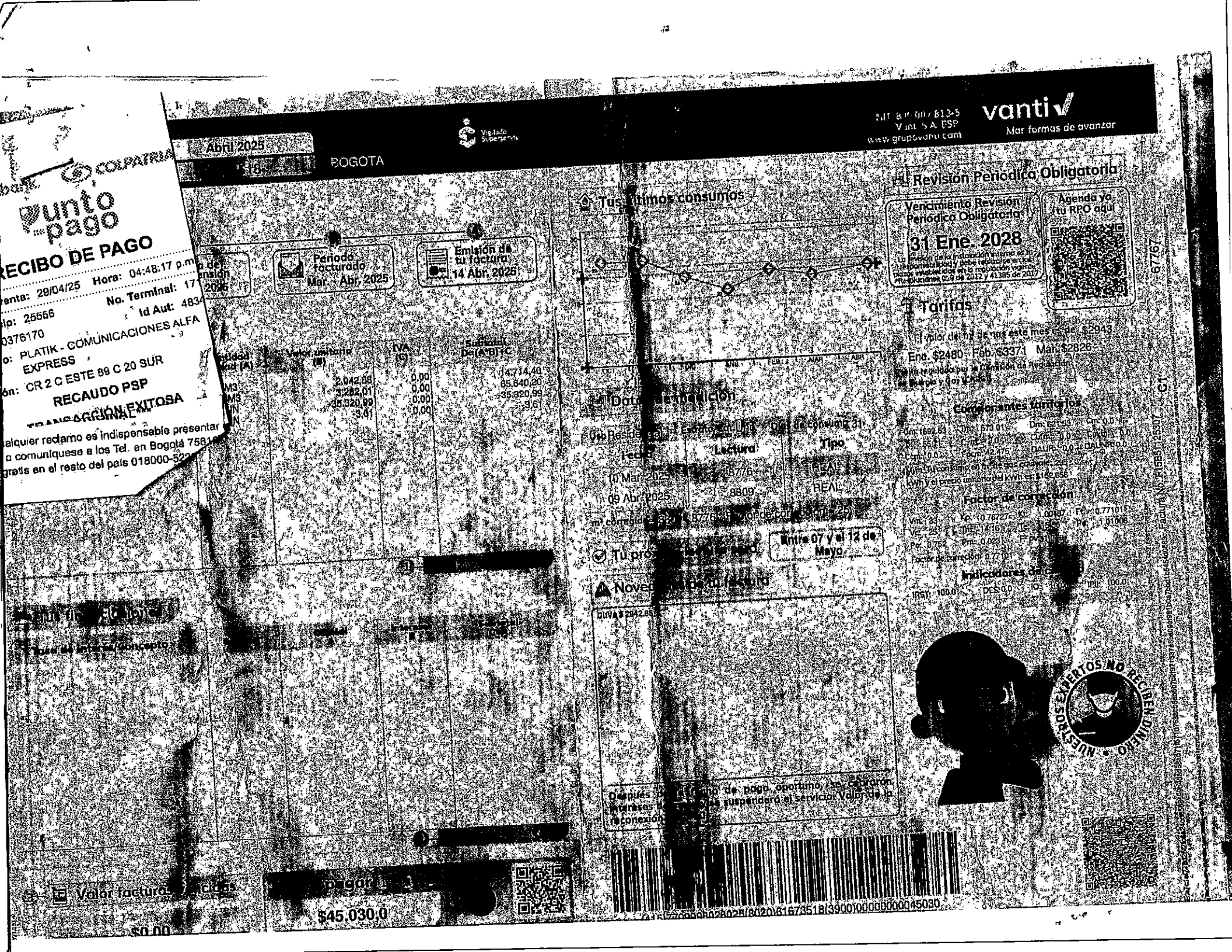
¿Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes.

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.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.

Página 1 de 3 0011640263260005000 67679



baloto COLPATRIA

punto pago

RECIBO DE PAGO

Venta: 29/04/25 Hora: 04:48:17 p.m.

Tipo: 25566 No. Terminal: 17

0376170 Id Aut: 4834

To: PLATIK - COMUNICACIONES ALFA EXPRESS

ón: CR 2 C ESTE 89 C 20 SUR

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

alquier reclamo es indispensable presentar o comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561 gratis en el resto del país 018000-52

Abril 2025

18

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 830.077.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Mar formas de avanzar

Período facturado
Mar - Abr. 2025

Emisión de tu factura
14 Abr. 2025

Tus últimos consumos

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Ene. 2028

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de: $2943

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

Regulado por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

Componentes tarifarios

Factor de corrección

Indicadores de calidad

Fecha de lectura

Tipo

REAL

REAL

Entre 07 y el 12 de Mayo

Valor facturado

$45.030,0

$0.00

Pagará

$45.030,0

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

(415)7709990028025(8020)6167351 8(3900)0000000045030

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 24

900255002405727 Número de microchip: NO

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Gris / blanco

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

RAZA: French poodle

EDAD: 3 años

PESO: 5.7 KG

MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Mauricio Vigoya H

DIRECCION: Kr 7A este #100b5 Sur

TELEFONO: 3226752891

CEDULA: 3066.833

CORREO ELECTRÓNICO: diegomauriciovigoya1axeon@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Nuevo porvenir

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: bachiller

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: Febrero 2025

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: 8/mm/aaaa 70 2025

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

4. EXAMEN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m

F. RESPIRATORIA: 32 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLLC: 2 seg

MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.6 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.6 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.6 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.6 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.24 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Fido Cardenas 11628.	FIRMA: fidoc
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA:

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: 3066833

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

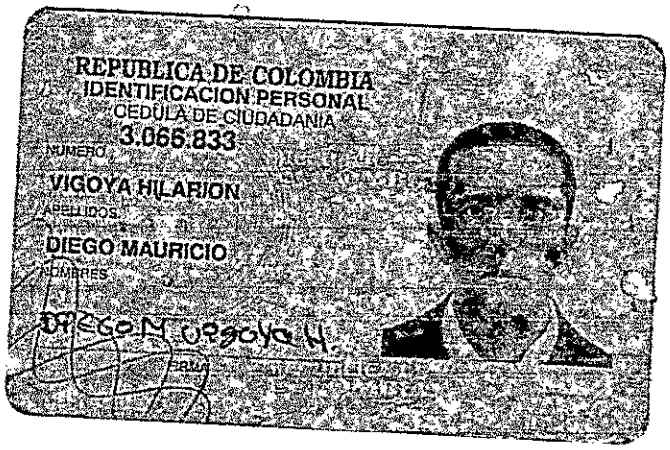
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

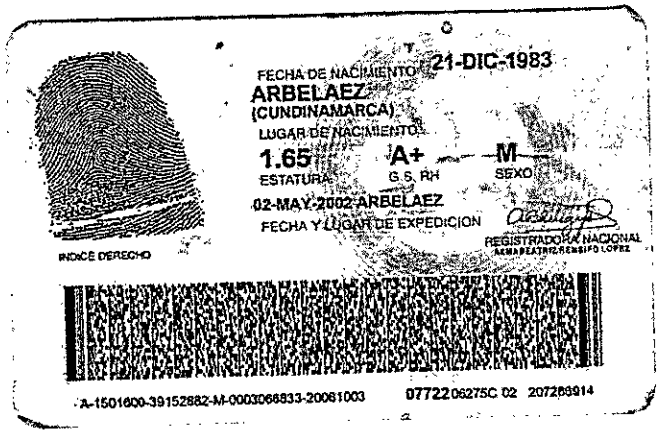
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

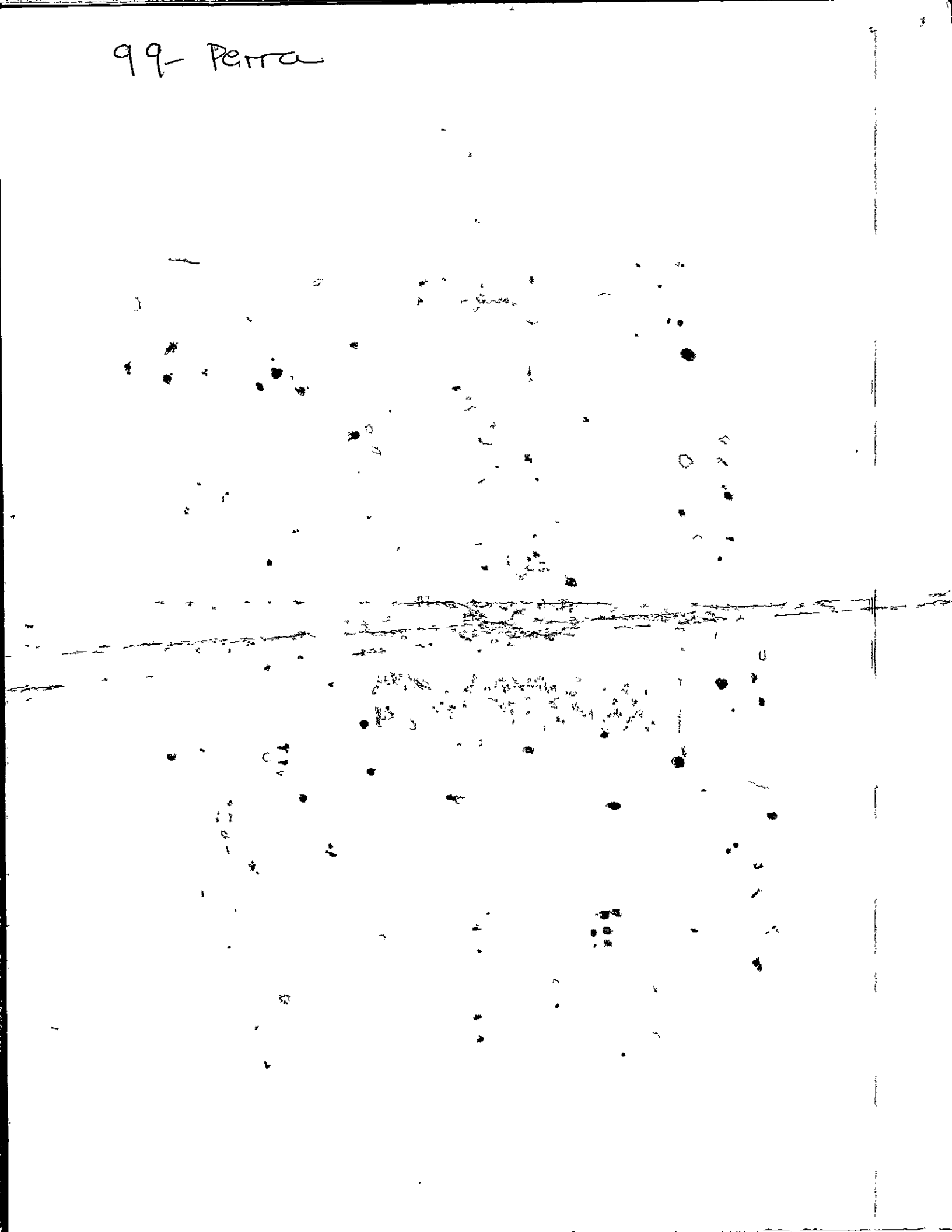
DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
3.066.833
APELLIDOS
VIGOYA HILARION
NOMBRES
DIEGO MAURICIO
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
21-DIC-1983
ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-MAY-2002 ARBELAEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1501600-39152882-M-0003066833-20061003
07722 06275C 02 207269914

99- Petta



enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2022960-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347673509-8

CLIENTE

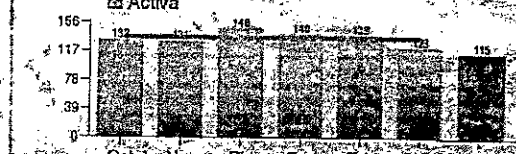
ORLANDO CARO MACIAS
KR 7 A ESTE NO 100 B SUR 52
B NUEVO PORVENIR
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3550 / 018-19490550

¿Prefieres tu factura digital? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh FACTURADO: $343,71
CONSUMO DIARIO: 4.37 kWh
VALOR DIARIO: $148

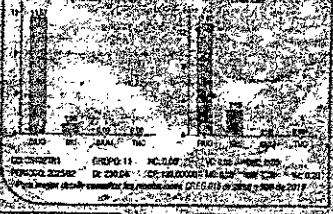
PERIODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025 | DÍAS FACTURADOS: 29 | CONSUMO: 115 kWh | CONSUMO PROMEDIO: 115 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y CONSUMO de energía se encuentra dentro de la Red "Lo"

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	100000301735501
RUTA LECTURA:	10030170593
MANZANA DE LECTURA:	MS00281557
MEDIDOR NO:	018-19490550
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Reporta tu caso gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 6 115 115
Otras ciudades 115
Desde celulares 601 5180055
Línea de servicio al cliente
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html
defensor@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. TV 4 No. 51A-25
CIUDAD LIMPIA BOGOTA S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6B - 20
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-39/40 Local 123-124
Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Banco, Internet Bancario, Débito Automático, Débito Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botones de Pago de Bancos, Botones de Pago Billeteras
Billeteras Virtuales: daviplata, MOVII, nequi, tpaga
Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servi, Supergiros, MOVIRED, Punto Red, Otros
Red Distrital: RED CADE
Centros de Servicio: enel
Almacenes de Cadena: Jumbo
Código QR

Si vences en el mes en curso, tarifa al inicio del mes. Si vences en el mes siguiente, tarifa a mitad de mes.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2025
CU $561,70 | T $49,85 | D $272,98 | CV $76,38 | PR $69,99 | R $12,90 | CF $0,05 | $843,7 / Costo kWh $/kWh

GRUPO: 31 CIRCUITO: UR09 33 | NIVEL DE TENSIÓN: PROPIEDAD: Cliente | Subsidio: 0%

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1.1.04 por pol. (Costos actualizados según Resolución No. 0567 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 reclamo previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 9 115 115, fuera de Bogotá al 01 9000 912 115 o en nuestras Centros de Servicio al Cliente / Canales de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No 0061 de 30 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición (con efecto suspensivo) el cual deberá presentarse ante la Empresa para 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 modifico el Código de Medida, se pone en conocimiento a los usuarios, generadores y comercializadores autorizados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Servicio al Cliente [illegible] sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115 fuera del Bogotá al 01 9000 912 115 o en nuestros Centros de [illegible]

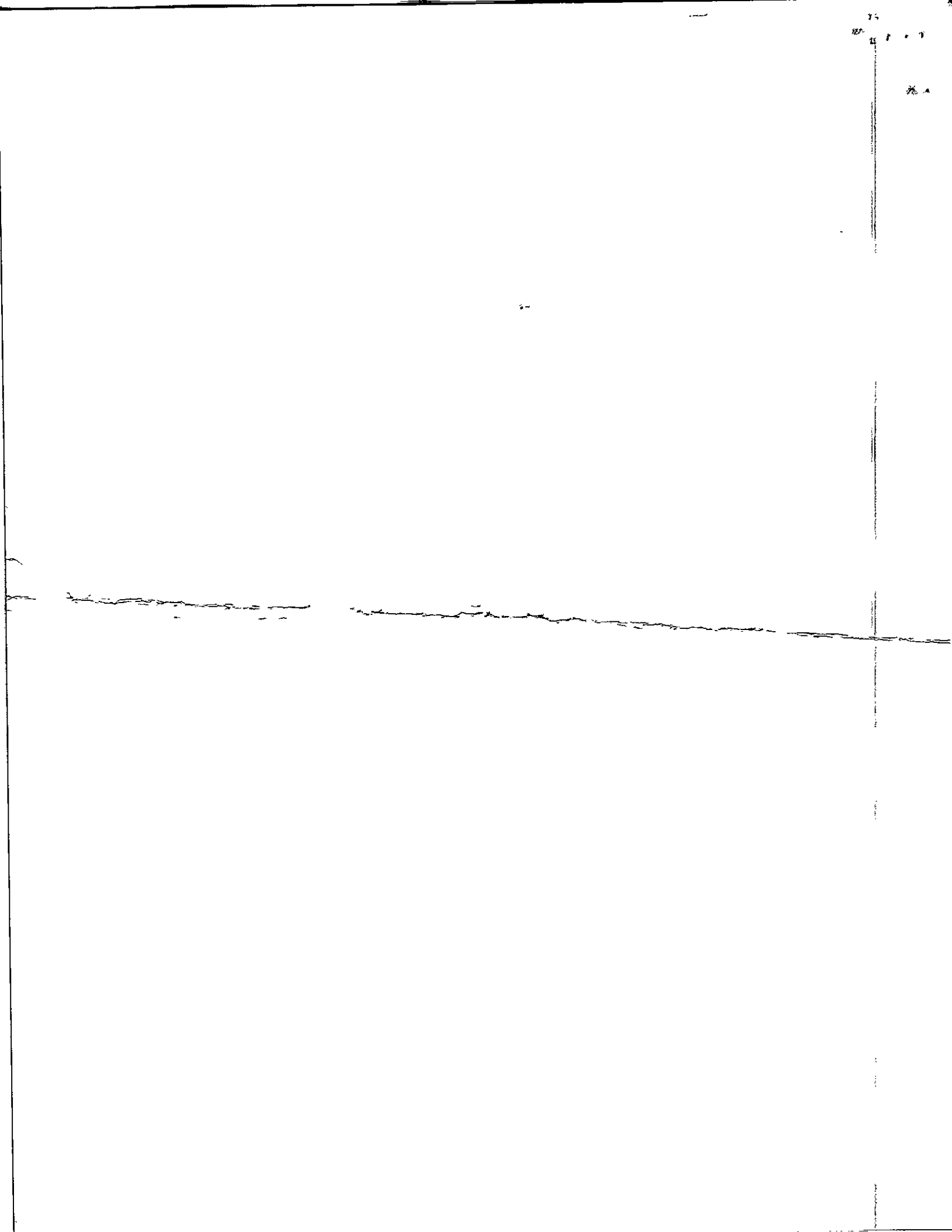
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como medio de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A.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

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

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:18:39
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:45:15

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación con NIT 800.226.116-6

4741497850700d1976177de57ef471b5b349f5a577455b516cd553d217e24a871e0009fb2a3695b532946567a404cd



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 25 | MICROCHIP: 900255002405884 | FECHA: 30-04-2025

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Zoe | COLOR: Blanco - Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA: Husky siberiano | EDAD: 8 meses | PESO: 14.4 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 X ____ CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO ____

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Orlando Munera Garzon | DIRECCION: Kr 7A este #100B sur 62 | TELEFONO: 3197698120

CEDULA: 12 186 131 | CORREO ELECTRÓNICO: 3197698120 @sincorreo.com

BARRIO O VEREDA: El Nuevo portal | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: primaria | NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NO Reporta | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: NO Reporta | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X

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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego castellanos | TARJETA PROFESIONAL: 09582 | FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | TARJETA PROFESIONAL: 36964 | FIRMA

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:
Stefania Mineva G	1214181

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

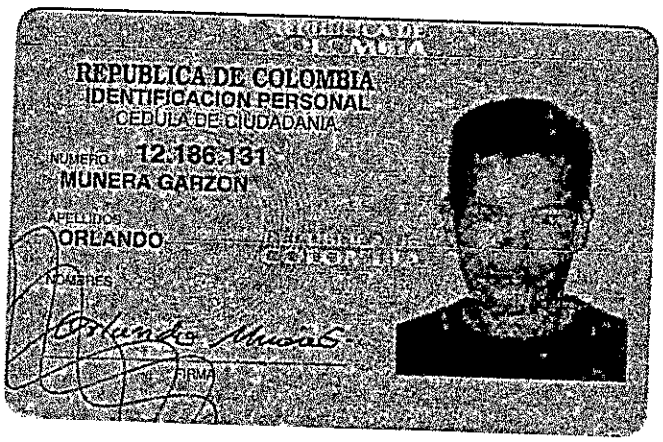
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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:



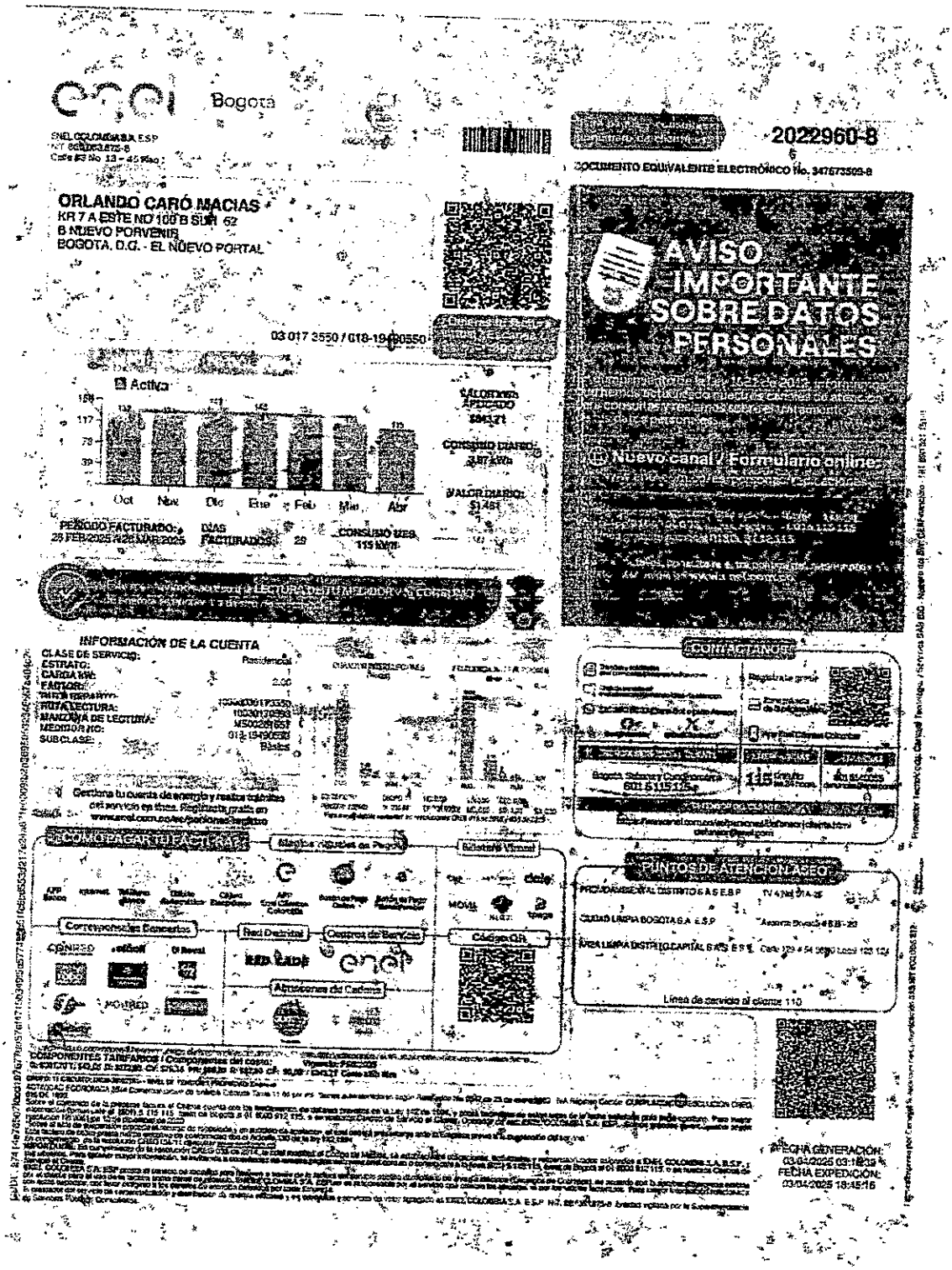
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.186.131
MUNERA GARZON
APELLIDOS
ORLANDO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1952
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-SEP-1974 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013501-M-0012186131-20060616 0000480893A 1 1310013425



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P
NIT 860063875-8
Calle 82 No. 13 – 45 Piso 1

2022960-8

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347673503-8

ORLANDO CARÓ MACIAS
KR 7 A ESTE NO 100 B SUR 62
B NUEVO PORVENIR
BOGOTA, D.C. - EL NUEVO PORTAL

03 017 3550 / 018-19-80550

Activa

VALOR MES APROBADO	$94.121
CONSUMO DIARIO:	3,87 kWh
VALOR DIARIO:	$1.461
PERIODO FACTURADO:	25 FEB 2025 A 26 MAR 2025
DIAS FACTURADOS:	29
CONSUMO MES	115 kWh

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal / Formulario online:

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	
RUTA LECTURA:	
MARCA Y/O DE LECTURA:	
MEDIDOR NO:	
SUBCLASE:	Bimestre

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro

CONTÁCTANOS

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 6115115

115 Gratis

Línea de servicio al cliente 115

PUNTOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL

PROMOTORA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.

Línea de servicio al cliente 115

RECOMIENDA PAGAR TU FACTURA EN

Ventanillas Bancarias | Cajeros Automáticos | Oficinas Bancolombia | Corresponsales Bancarios | Red Dadivas | Centros de Servicio | Código QR

Sucursal Virtual

Puntos de Pago

Corresponsales Bancarios

Red Dadivas

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes del Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 03:12:33
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 18:45:16

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 26	MICROCHIP: 900255002405836	FECHA: 30-04-2025

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Winny			COLOR: Negro - cafe	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: yorkshire terrier	EDAD: 2 años	PESO: 3,5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: María Elizabeth Florez Rojas	DIRECCION: Kr 5 este 91 sur 57 03		TELEFONO: 313 896 4028
CEDULA: 52 286 078	CORREO ELECTRÓNICO: Florezrojaselizabeth@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: Alfonso lopez	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: secundaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa NOV 2024	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Febrero 2025	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR X
		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. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA	F. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TLLC	MUCOSAS
96 l/m	36 r/m	38,1 °c	2 seg	Rosado

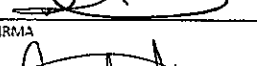
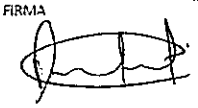
OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,35 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,35 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: Ninguno

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	Diego castellanos 09582	FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA	

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:
Yuli Elizabeth Perez	52286078

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

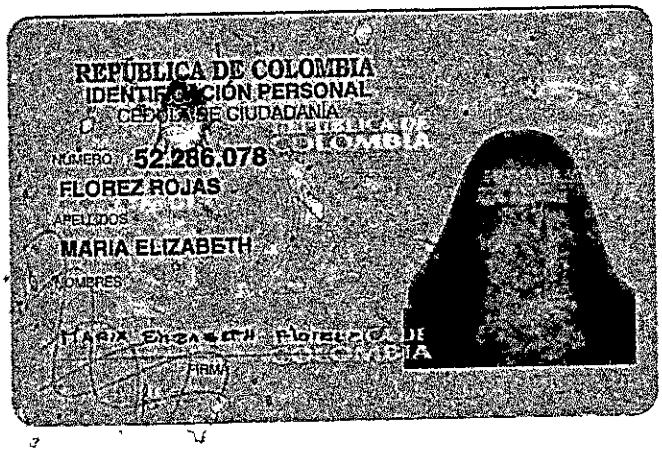
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

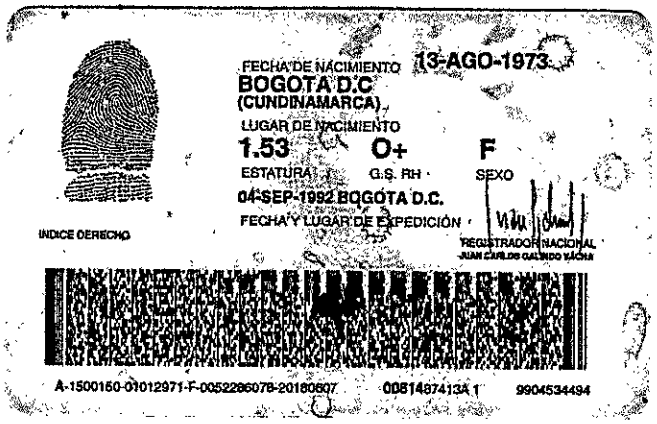
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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 52.286.078
FLOREZ ROJAS
APELLIDOS
MARIA ELIZABETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-SEP-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-01012971-F-0052286078-20160607 0081487413A 1 9904534494

112 - Petra

113 - Gateway

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

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025
¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicas que conforman el Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección inscrito ante la ONAC. Consúltalos en ahoraygt.vl

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 Daviplata · Dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Puntos Presenciales

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

*Si cancelas con cheque, 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. 800.096.212-5 - DAV/23072024

¡Hola!

MARIA SONIA MENDEZ TAPIERO
KR 5 ESTE 91 SUR 57 03 - ALFONSO LOPEZ
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP
Medidor Gas No. 5007117-3266627

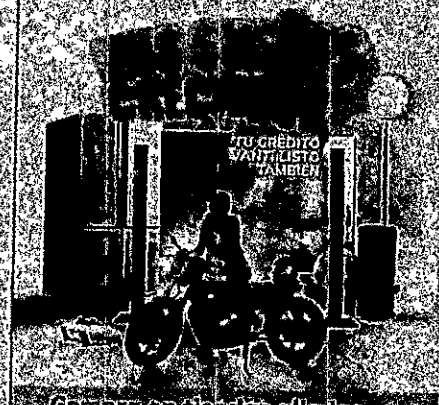
Lote: P08GN **Ruta:** 0011640294390005100 **Código del Sector:** 111

Cuenta o referencia de pago **62896279**

vanti Listo

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

¡TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:



vanti Listo

Ahora tu **cupo de crédito** va desde los **$4.000.000** hasta **$9.000.000**

Y un **extracupo de hasta**

$12.000.000

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

Auteco · Honda · Bajaj

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

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.

P08GN 0011640294390005100 111 70032

1/2

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta(no) referencia de pago: 62896279

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800 007 813-5
Vanti S.A ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

(1) Pago oportuno	(2) Fecha de suspensión	(3) Período facturado	(4) Emisión de tu factura
28 Abr. 2025	29 Abr. 2025	Mar. - Abr. 2025	14 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.282,01	0,00	65.640,20
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	35.320,99	0,00	-35.320,99
AJUSTE DECENA	1UN	0,79	0,00	0,79
Intereses Moratorios Base Recargo	1UN	50,00	0,00	50,00

PAGO POR NEQUI

① Total: $30.370,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota Nº	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

② Total: $0,00

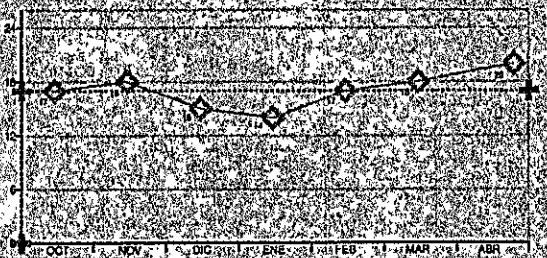
③ Valor facturas vencidas: $0,00

Total a pagar (1+2+3): $30.370,0

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat: Uno — Días de consumo: 30

Fecha	Lectura	Tipo
11 Mar. 2025	1631	REAL
09 Abr. 2025	1657	REAL

m³ corregidos = 1657 - 1631 Factor de corrección = 20

Tu próxima lectura será: Entre 07 y el 12 de Mayo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2942,68

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2027

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: $2943

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

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

Componentes tarifarios

Gm: 1692,68 Tm: 673,01 Dm: 621,53 Cm: 0,0
Pa: 55,71 Cvm: 0,0 Cvt: 0,0 Cfm: 0,0 Cfnm: 0,0
Ccm: 0,0 Fpcm: 42,475 DAUR: 0,0 DAUNR: 0,0

Kwh: Tu consumo en m³ de gas equivale: 236 kWh y el precio unitario del kWh es: $123,47

Factor de corrección

Vm: 26 Kr: 0,76727 Kt: 1,00487 Pc: 0,7710
Vc: 20 Tm: 14,16 Tc: 15,56 Pe: 1,01009
Pcr: 0,752 Fm: 0,023 Fz pv: 1,0
Factor de corrección: 0,77101

Indicadores de calidad

IRST: 100,0 DES: 0,0 IC: 100,0 IPH: 100,0



(415)7709998026025(8020)62896279(3900)00000000030370

Factura No. F1551057888 C1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 27

900255002404565

SI NO Número de Microchip

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO ANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Mia

COLOR: Negro - café

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Yorkie EDAD 6M PESO: 2-3 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alfonso Cubillos

DIRECCION: D6 100 D sur #6-22 Este

TELEFONO: 322 3442273

CEDULA: 1.022.951.007

CORREO ELECTRÓNICO: luis-alfonso-cubillos-1989@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Puerta al llano

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Bachiller

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud.

ULT. CELO: dd/mm/aaaa

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Enero-15-25

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS: PARVO dd/mm/aaaa TRIPLE dd/mm/aaaa PENTAVALENTE dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: Febrero 25 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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3 /5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 40 i/m TEMPERATURA: 38.1 gc TLLC 1 seg MUCOSAS rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACIÓN

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.25 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.25 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.2 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.25 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICÁM	0.1 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Fida Cardenas 11628	FIRMA: fidce
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 38954	FIRMA:

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 inclusó 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:
[illegible]	[illegible]

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

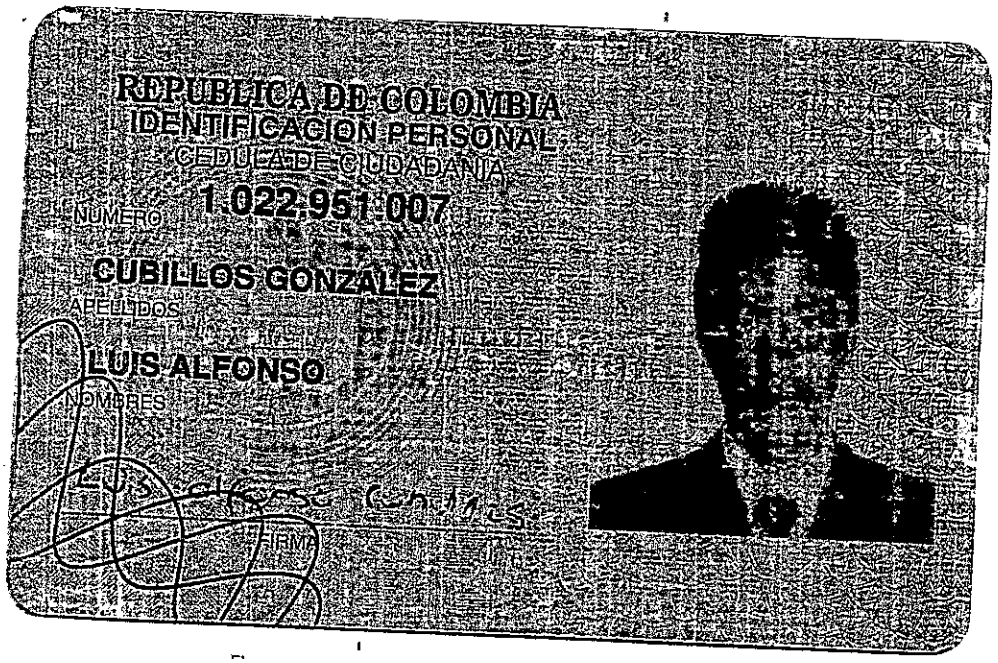
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

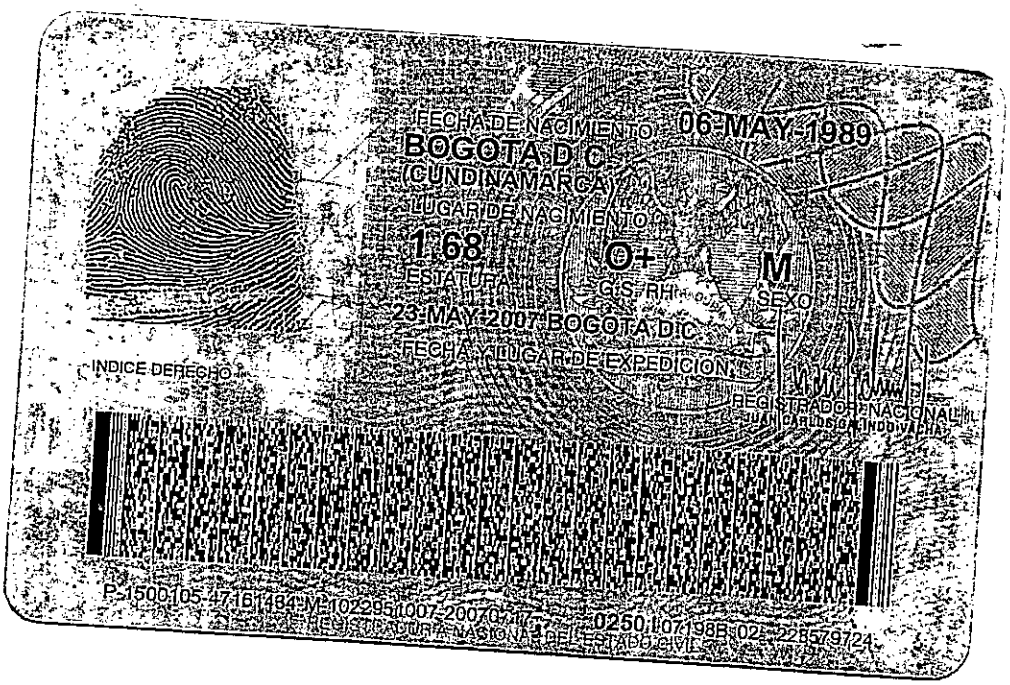
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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

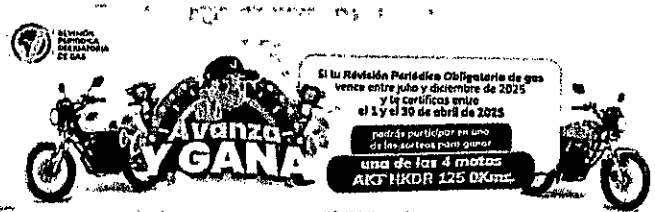

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.022.951.007
CUBILLOS GONZALEZ
APELLIDOS
LUIS ALFONSO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-MAY-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0250
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banca AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · Grupo Aval Pay · 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.

Si no te llegó el servicio por falta de pago y cuenta se requiere, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y/o consumo de gas natural, de conformidad con lo establecido en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994, el suscriptor o usuario podrá presentar los recursos de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARNAVAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-6 T540212697/2024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

JORGE ALBERTO JAMIOY
DG 100D SUR 6 ESTE 22 00001 - PUERTA DEL LLANO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5117103-300010273

Lote: P02GN Ruta: 0011640453930005000 Código del Sector: 112

Cuenta o referencia de pago **61888278**

vanti Listo

Compra lo que necesites, cuando lo necesites. Vanti Listo te da hasta $4.000.000 para que pagues a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.000.000**



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.

0011640453930005000 112 6217 C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Factura de gas — Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago: 61888278 — BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.013-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti — Más formas de avanzar

Fechas importantes

1 Pago oportuno	2 Fecha de suspensión	3 Periodo facturado	4 Emisión de tu factura
17 Mar. 2025	18 Mar. 2025	Feb. - Mar. 2025	05 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	7M3	2.825,91	0,00	19.781,37
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.167,28	0,00	63.345,60
MENOS SUBSIDIO (53%)	1UN	-33.370,46	0,00	-33.370,46
AJUSTE DECENA	1UN	-1,51	0,00	-1,51
RECAUDO TERCEROS Coospark Proteco	0	21.015,00	0,00	21.015,00
Vanti Max Antiguo	1UN	11.294,12	2.145,88	13.440,00

1 – Total $84.210,00

Tus financiaciones

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

2 – Total $0,00

Valor facturas vencidas

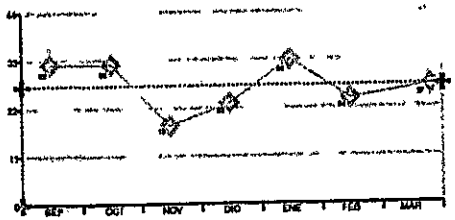
3 – $0,12

Total a pagar 1 + 2 + 3 $84.210,12

Paga por: pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 Feb. 2025	2122	REAL
03 Mar. 2025	2157	REAL

m³ corregido= 2157 - 2122 - Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será Entre 01 y el 05 de Abril

Novedades de tu factura

Curva 2 2825.91

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

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

30 Abr. 2029

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 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes us de $2825.

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1804.97 Tm: 826.67 Dm: 621.22 Cm: 0.0

P: 72.75 CVmt: 0.0 CuDm: 0.0 CuVm: 0.0

Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

kg/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 319

kWh y el precio unitario del kWh es: $158.877

Factor de corrección

Vmr: 55 Kpr: 0.79628 Kt: 1.0055 Pr: 0.77049

Vb: 27 Tm: 10.56 Tb: 15.56 Pz: 1.01008

Pm: 0.781 Pmt: 0.023 F pvc: 1.0

Factor de corrección: 0.77040

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIt: 100.0



(415)7709998026025(8020)61888278(3900)00000000084210

6217

C1

Factura No. F162826547004

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 28 | 900255002405832 | NO chip: | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES | PROTECCION | CALLE | ASENTAMIENTO | BARRIO

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Banby | COLOR: Arena

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestizo | EDAD: 3 años | PESO: 8.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ___ CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gilma Viviana | DIRECCION: Kr 7F este 90A sur 48 | TELEFONO: 3224467719

CEDULA: 28 637 166 | CORREO ELECTRÓNICO: 3224467719@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Alfonso lopez | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: 3ro primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR: ___

3. ANAMNESIS

buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/R. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: Febrero 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: diciembre 2025

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

4. EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.85 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.85 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.85 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.34 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: fido Cardenas | FIRMA: fidoC.

TARJETA PROFESIONAL: 11628

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | FIRMA:

TARJETA PROFESIONAL: 36954

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:
Firma Aceptada	28637766

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 28.637.166
URUEÑA MORENO
APELLIDOS

GILMA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1960
COELLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

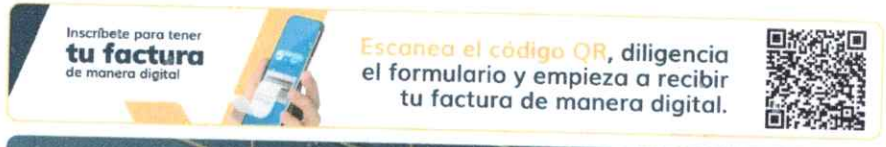
1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

14-MAR-1985 COELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00215923-F-0028637166-20100218 0021050757A 1 1980604978

Por favor dobla y rasga para abrir la factura





Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pago único de varias facturas

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancolombia · BBVA* · Banco AV Villas* · GNB Sudameris · Bancolombia* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Davivienda* · Daviplata · Rappi pay

*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. Como consumidor 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 señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704820122020

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

GILMA URUENA
KR 7F ESTE 90A SUR 45 01 00001
000000

vanti
Más formas de avanzar

Medidor Gas Nº 5007109-467931

Cuenta o referencia de pago **61375460**

vanti LISTO

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
0

Lote P08G Ruta 00116402804200O Código del sector 111



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

Oficina virtual
www.grupovanti.com/oficinavirtual

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

115 - Perra

Factura de gas

Marzo 2025

Cuenta o referencia de pago **61375460**

Vigilado Superservicios

NIT:8000076135
VANTI S.A. ESP

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1. **Pago oportuno** 26 Mar. 2025
2. **Fecha de suspensión** 27 Mar. 2025
3. **Periodo facturado** Feb. - Mar. 2025
4. **Emisión de tu factura** 13 Mar. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	12M3	2.825,91	0,00	33.910,92
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.167,28	0,00	63.345,60
MENOS SUBSIDIO (53%)	1UN	-33.370,46	0,00	-33.370,46
AJUSTE DECENA	1UN	-2,27	0,00	-2,27
Intereses Moratorios Base Recargo por Mora (1.87 %	1UN	136,21	0,00	136,21

1 — Total 64.020,00

Tus financiaciones

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

2 — Total 0,00

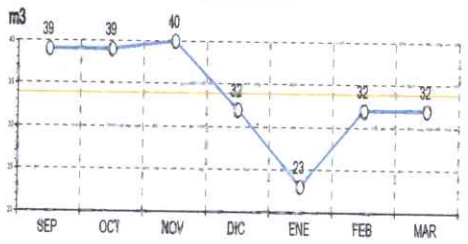
3 — Valor facturas vencidas 0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 = 64.020,00

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencia Estrato/Cat. Uno Días de consumo 30

Fecha	Lectura	Tipo
10 Feb. 2025	36.495	REAL
11 Mar. 2025	36.537	REAL

m³ corregido = 38537 - 36495 * Factor de corrección = 32

Tu próxima lectura será

Entre 06 y el 11 de Abril

Novedades de tu factura

CuVe $ 2825.91

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

31 Oct. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años (Resolución 059 de 2012).

Tarifas

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

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

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

Componentes tarifarios

Gm: 1.604,97 Tm: 526,97 Dm: 621,22 Cin: 0,00
Pr: 72,75 Cvm: 0,00 Cufm: 0,00 Cuem: 0,00
Ccm: 0,00 Fpcm: 42,48 DAUR: 0,00 DAUNR: 0,00

1 kpi/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 376 kWh y el precio unitario del kWh es: 169,01

Factor de corrección

Vm: 42 Kp: 0,76667 Kt: 1,00896 Pc: 0,77078
Vc: 32 Tp: 14,02 Tc: 15,56 Pe: 1,01096
Pa: 0,75100 Pm: 0,02340 F pv: 1,00
Factor de corrección: 0,77078

Indicadores de calidad

IRST: 100,00 DES: 0,00 IC: 100,00 IPU: 100,00



(415)7709998026025(8020)61375460(3900)00000000064020

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764067156808 del 12/03/2024. Facturación electrónica desde Nº 00000001 hasta 50000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURF #-110010006. VANTI S.A. ESP. NIT: 860.007.813-5 - Revisor Fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

Código Único de Facturación Electrónica 9324a79e146c05ebaa4c35c586d18af1266cd7ef7b5aa4ee3e7c446ab1ba11b4482ad223d87ae166cd2886cc0570245 Fecha de generación 13 Mar. 2025 a 07:32:18

Forma de pago Crédito 13 días

Factura electrónica de venta F1#829458815

Fenoge - Transferencia S.A. Nit 830.031.155-4

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 29 | 900255002405729 | NO chip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: lluvia | COLOR: beige

ESPECIE: CANINO X FELINO ____ SEXO: HEMBRA X MACHO ____ | RAZA mestiza | EDAD 3 meses | PESO: 5.2 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: zobeyda rojas | DIRECCION Kr 80 76 Sur 16 | TELEFONO 3212066855

CEDULA: 51.980 907 | CORREO ELECTRÓNICO: 3212066855@sincorreo

BARRIO O VEREDA la andrea | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: 2do primaria | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ____ RURAL ____

NS/NR: ____

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: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado.

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.55 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.55 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.55 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.22 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	fida Cardenas 11628
FIRMA	fidoc
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 38954
FIRMA	

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:
Sabida Rojas	51980907 BOTA

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 51.980.907
ROJAS

APELLIDOS
ZOBEYDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1969
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-OCT-1988 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00253492-F-0051980907-20100903- 0023727959A 2 1170923171

118 - Perra

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: T4 RUTA:744726A

BIMESTRAL

10323420
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

39385128218
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ORLANDO BARBOSA MARIN

Dirección del predio
KR 6D 76 SUR 16

Barrio: LA ANDREA **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/29/2025	MAR/28/2025

Pago oportuno	MAY/02/2025	Suspensión	MAY/07/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/24/2025	ABR/16/2025 06:53:26	ABR/16/2025 11:31:48

¡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 900.933.514-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

Expiry – Date: 2030/02/07

HC Número de Historia clínica: 30 | 900255002405740 | SI ___ NO ___ Número de Microchip | FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Morita | COLOR: Blanco.

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 7m. | PESO: 4.5 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 ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gimy Esperanza Valero | DIRECCION: cr 8D Sur #76-16. | TELEFONO: 305 8954587

CEDULA: 52.950.450 | CORREO ELECTRÓNICO: amy-2903vale@gmail.com.

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

ESCOLARIDAD: Tecnóloga | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 20-04-25 | 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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC: 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.45 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.45 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.45 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.18 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Fdo Cardenas 11628	FIRMA: Fdo C.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
Erin Valero	1.192.804.380

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.950.450



Apellidos
VALERO

Nombres
EIMY ESPERANZA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	F
Fecha de nacimiento	**G.S.**	
16 AGO 1982	B+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2001, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
14 JUL 2031

Firma

Powered by CamScanner

.CO

000579885

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL000579885015001<<<<<<<<<<<
8208167F3107140COL52950450<<<3
VALERO<<EIMY<ESPERANZA<<<<<<<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

LAG

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: T4 RUTA:T44726A

BIMESTRAL

10323420
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

39385128218
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

ORLANDO BARBOSA MARIN

Dirección del predio

KR 8D 76 SUR 16

Barrio: LA ANDREA **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/29/2025	MAR/28/2025

Pago oportuno	MAY/02/2025	Suspensión	MAY/07/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/24/2025	ABR/16/2025 06:53:26	ABR/16/2025 11:31:48

¡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 ↓

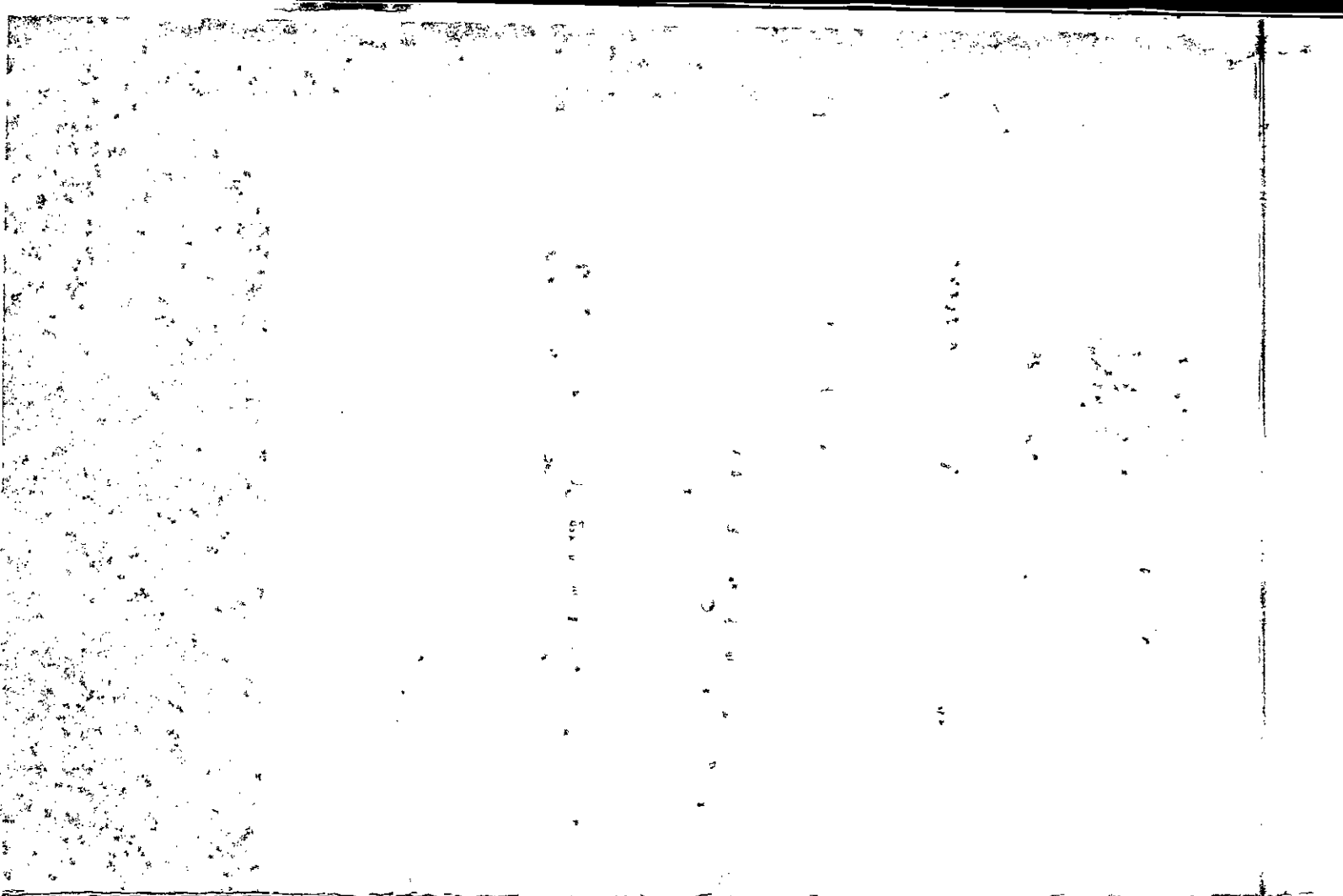
Llámanos **116** Acueducto

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.

10192

132647 65629 1/2



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 31	NO Microchip: 900255002405717	FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: cuna				COLOR: Negro cafe blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Criollo	EDAD 1 años	PESO: 11.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X CRIO ___		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julio cesar Sisa Sisa	DIRECCION Asentamiento	TELEFONO 3103304421
CEDULA: 1022 966 625	CORREO ELECTRÓNICO: 310 330 4421 @ sin correo	
BARRIO O VEREDA la esmeralda	ESTRATO:	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: bachiller	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO RURAL	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:
Febrero 2025	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 12/2024
		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: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2. seg	MUCOSAS: Rosadas.
OBSERVACIONES: Ninguno				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.4 ml.	5-7mg/kg IV
	___	___ ml.	___
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Diego castellanos TARJETA PROFESIONAL 09582.	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL 369814	FIRMA

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:
Julio CESAR SISA SISA	1022966625

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

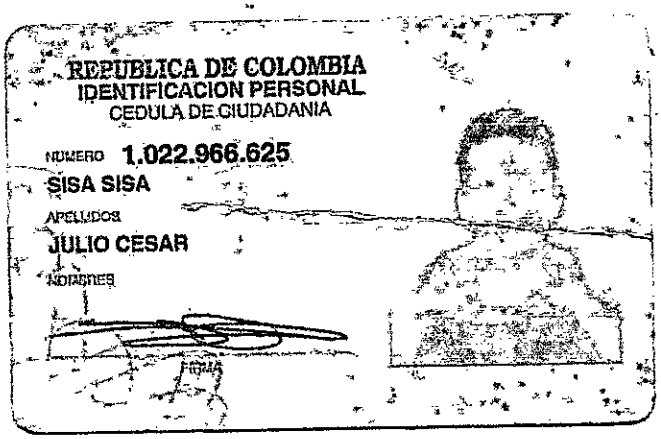
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

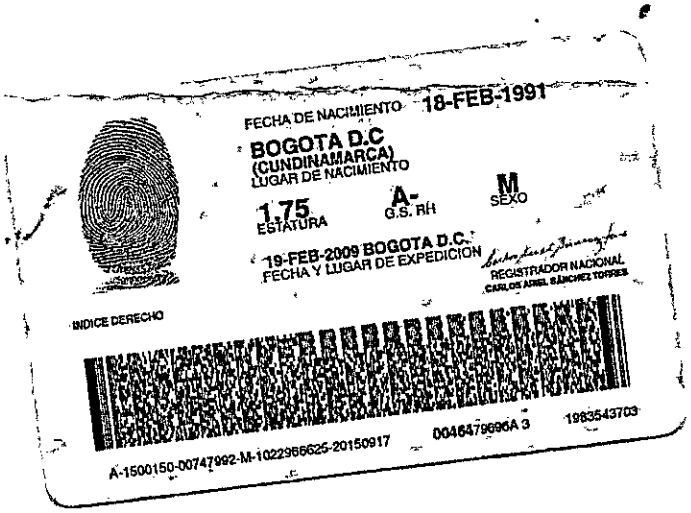
DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.966.625
SISA SISA
APELLIDOS
JULIO CESAR
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A-
G.S. RH
M
SEXO
19-FEB-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00747992-M-1022966625-20150917 0046479696A 3 1983543703

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 32 | 900255002405748 | SI / NO Número de Microchip | FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Luna | COLOR: Negro

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: Mestiza | EDAD: 1año | PESO: 13-2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO | 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 Alberto Cardenas | DIRECCION: Vereda Olarte. | TELEFONO: 3133027910

CEDULA: 19.269.628. | CORREO ELECTRÓNICO: 3133027910@sincared

BARRIO O VEREDA: Vereda Olarte. | ESTRATO: | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnologo | TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL X

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: NR | 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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 40 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego castellanos | TARJETA PROFESIONAL: 09582. | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | TARJETA PROFESIONAL: 36954 | FIRMA:

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: 19.269.528

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 **19.269.628**

CARDENAS AMPIQUE
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1955**

GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

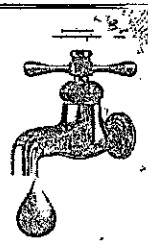


A-1500105-42120365-M-0019269628-20041103 03527 04308A 02 50154513

ASOCIACIÓN DE USUARIOS ACUEDUCTO AGUAS CLARAS VEREDA OLARTE - ASOAGUASCLARASOLARTE ESP

Nit. 900.121.724-8 Cel.: 320 950 6966

Factura de Servicio Público Domiciliario de Acueducto



FACTURA DE VENTA

ACO 24212

CODIGO SUSCRIPTOR	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	ESTRATO	USO	FACTURA DE VENTA Nº
154	LUIS ALBERTO CARDENAS AMPIQUE	2	Residencial	

DIRECCION	SECTOR	NUMERO DEL MEDIDOR	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR
Finca el Cortijo	0	4633	210	207

CONSUMO MENSUAL (m3)	CONSUMO ULTIMOS 6 MESES						PROMEDIO m3
3	3	5	2	0	1	6	

PERIODO DE CONSUMO

DESDE			HASTA		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	mar	2025	31	mar	2025

DIAS DE CONSUMO: 31

FECHA DE PAGO

OPORTUNO			SUSPENSION		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	abr	2025	24	abr	2025

Fecha expedición factura: 08 abr 2025

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	(-) SUBSIDIO (-) APORTE	VALOR A PAGAR ($)
Cargo Fijo	1	$ 10.590	$ 10.690	-40% -$ 4.276	$ 6.414
Cargo Por Consumo	3				$ 4.255
Básico (1 A 11 m3)	3	$ 2.364	$ 7.092	-40% -$ 2.837	$ 4.255
Complementario (12 a 22 m3)	0	$ 2.364	$ 0	0% $ 0	$ 0
Suntuario (más de 23 m3)	0	$ 2.364	$ 0	0% $ 0	$ 0
Beneficio Mínimo Vital	3	$ 2.364	$ 7.092	-60% -$ 4.255	-$ 4.255

OTROS COBROS			
Cargo por conexión	$ 0	Cargo por reconexión	$ 0
Cargo por reinstalación	$ 0	Multa Reunión	$ 0
Cargo por corte	$ 0	Pago anticipado del servicio	$ 0
Factura(as) anterior(es)	$ 6.414	Intereses de mora	$ 0
Otros cobros (MEDIDOR)	$ 0		

Tasa de uso	$ 101,00

Vigilado:

VALOR DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO	$ 10.669
BENEFICIO DEL MINIMO VITAL	-$ 4.255
OTROS CARGOS	$ 6.414
TOTAL A PAGAR	$ 12.828

RECLAMOS Y ENVIO DE FACTURAS

asoaguas2013@gmail.com

SUPERSERVICIOS
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

Documento Autorización Numeración de Facturación DIAN No. 18764053056489, 2023/08/04 Autoriza del ACO 20,001 AL ACO 25,000

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994

CONSIGNAR EL VALOR DE ESTA FACTURA A NOMBRE DE ASOAGUASOLARTE EN LA CUENTA DE AHORROS **No. 40890300045-6** DEL **BANCO AGRARIO** - SUCURSAL USME Y ENTREGAR RECIBO DE CONSIGNACION A TESORERÍA y/o SECRETARIA DE LA ASOCIACIÓN

COPIA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 33	900255002405743	SI / NO Número de Microchip	FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lili				COLOR: Café - blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___	SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestizo	EDAD: 7m	PESO: 4.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO X MIXTO OTRO ___	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Soledad Cifuentes	DIRECCION: Cr 1A Este. 97 A 48 Sur	TELEFONO: 3224735431
CEDULA: 20.800.468	CORREO ELECTRÓNICO: 3224735431 @ sincorreo	
BARRIO O VEREDA: La Orquidea	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R.
	Enero - 2025	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. EXAMÉN CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 100 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC: 2 seg	MUCOSAS: rosadas
OBSERVACIONES: Ninguno				

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos 09582.	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
	1.20.400.368

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

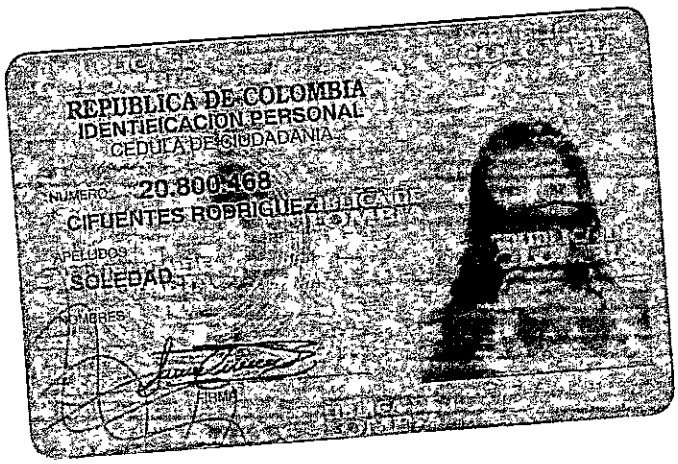
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

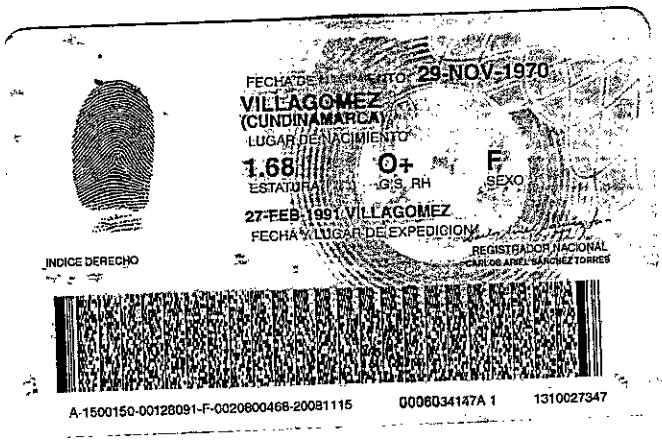
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

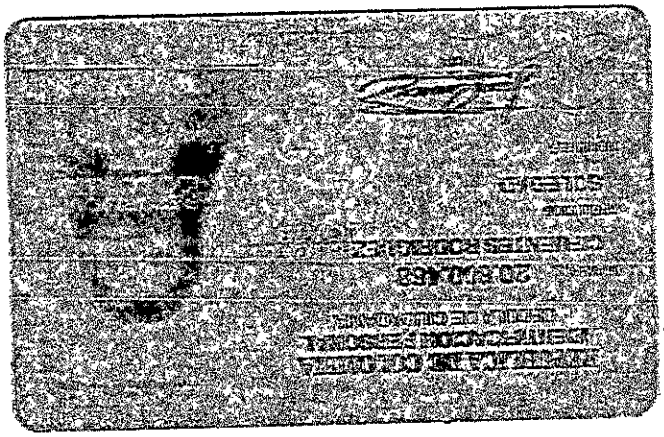
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

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
20.800.468
CIFUENTES RODRIGUEZ
APELLIDOS
SOLEDAD
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1970
VILLAGOMEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-FEB-1991 VILLAGOMEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00128091-F-0020800468-20081115
0006034147A 1
1310027347



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: E4 RUTA:E44185A

BIMESTRAL

11400475
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

40704395918
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
SOLEDAD CIFUENTES RODRIGUEZ

Dirección del predio
KR 1A ESTE 97A SUR 48

Barrio: LA ORQUIDEA **Localidad:** USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	DIC/21/2024	FEB/18/2025

Pago oportuno	MAR/25/2025	Suspensión	MAR/28/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
MAY/19/2025	MAR/08/2025 09:41:19	MAR/08/2025 16:24:10

¡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 consu[mo] este período

En los períodos ante[riores] el promedio de consumo fue 18



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este período	Promedio al día
16.000	267

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este período 1445
Lectura anterior 1429
Tu consumo este período 16

Facturado con Consumo Normal
Base promedio
Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca FLODIS DE ACTARIS
Serie A11S584442

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 $22.408,90 (1) + Alcantarillado $20.676,86 (2) + Otros cobros $22.327 (3 4 5 6)

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

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pag virtuales o presenciales final de la página

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

= Total a pagar $65.412

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): bef932749331c763ee64a4c1a7c57b8fe922107cc58c4512d4e9260a02fe17f42e[illegible]

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

	Cant.	× Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= Total (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$9.195,79		-70	$-12.874-	$2.758,74	$5.517,58
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$3.519,02		-70	$-39.413-	$1.056,71	$16.891,32
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$-52.287-		$22.408,90

2 Alcantarillado

	Cant.	× Valor unitario	×	Aporte (+) o Subsidio (-)** %	= Valor	Tarifa***	= T (Tarifa x Cant.)
Cargo fijo residencial (mes)	2,00	$4.370,95		-70	$8.119-	$1.311,29	$2[illegible]
Consumo residencial básico (m³)	16,00	$3.761,31		-70	$42.127-	$1.128,39	$18[illegible]
Consumo residencial superior básico (m³)							
Cargo fijo no residencial (mes)							
Consumo no residencial (m³)							
Subtotal					$48.246-		$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 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 %.

1 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)	$6,56	$26,39
Tarifa consumo superior a básico ($/m3)	$0,00	$57,97
Total por consumo facturado	$137	$422

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distri[to] Bogotá brinda un apoyo económico de hasta [illegible] mensuales (12 m³ por cada período facturado) a usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 937 de 2023)

3 Otros conceptos

Concepto	Valor
Ajuste a la decena	$5
D-ben. min. vital total	$12.569-
Intereses de mora	$250
Subtotal	12.414-

4 Saldos anteriores

Concepto	Valor
Deuda anterior	$34.741
Subtotal	$34.741

5 Conceptos financiados

Concepto	No. Cuota	Valor Cuota	Interés	Total	Sal
Subtotal					

Deudas en estudio

Concepto	Valor
	$0
	$0
	$0
Subtotal	$0

6 Cobros a terceros

Concepto
Subtotal

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieran desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto de Pago puntored

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

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

Acueducto y Alcantarillado
Valor a pagar
$65.412

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)407043959184(3900)000000065412

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

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 34		NO de Microchip: 900255002404673	FECHA: 30-04-25
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO		CALLE	

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: bella				COLOR: Negra / blanco	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Criollo	EDAD 1 año	PESO: 18.9 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ___ NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO ___		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ___ CONCENTRADO ___ MIXTO X		

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Amelia Tobar Cuervo	DIRECCION Kr 9 este # 108 Sur 50	TELEFONO 3125556557
CEDULA: 52 437 376	CORREO ELECTRÓNICO: 3125556557@ sin correo	
BARRIO O VEREDA el refugio	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___	
NS/NR:		

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Febrero 2025	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 CLÍNICO

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA:	96	l/m	F. RESPIRATORIA:	36	r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.9 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.9 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.0 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Diego Castellanos TARJETA PROFESIONAL 09582.	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO Diego Alvarez TARJETA PROFESIONAL 36954	FIRMA

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:
Rosa Amelia Tabar Guerrero	52437676

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 52437376

TOBAR GUERRERO
APELLIDOS

ROSA AMELIA
NOMBRES

Rosa Amelia Tobar Guerrero
FIRMA





INDICE DERECHO

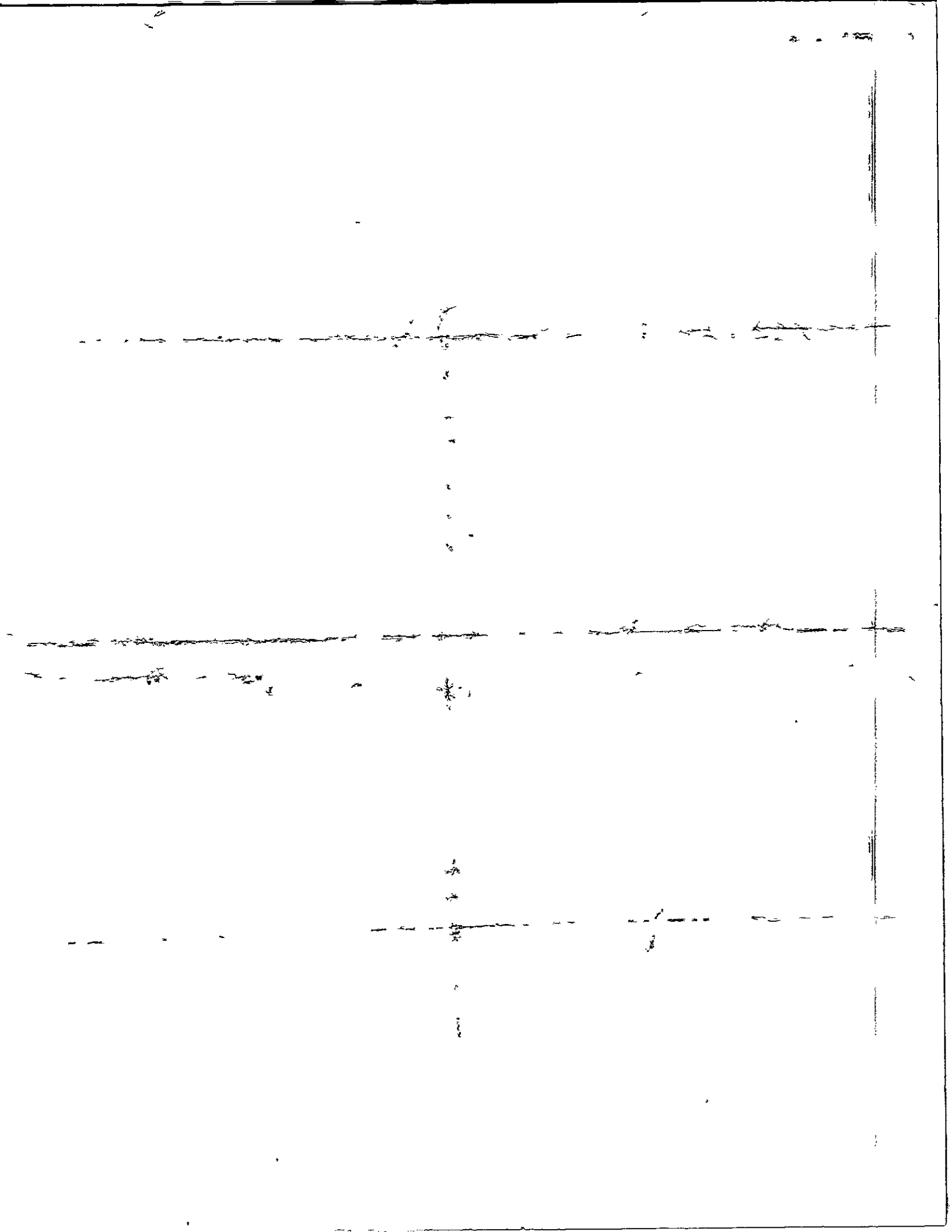
FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1970
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500105-42099785-F-0052437376-20020422 04475 02112B 02 114548092



enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

Para trámites y consultas tu número de cliente es: **2425959-6**

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 347820194-5

CLIENTE

LUIS ANTONIO MENDOZA
KR 9 ESTE NO 108 SUR 50
EL REFUGIO
BOGOTA, D.C. - EL REFUGIO I

03.015.5167 / 074-939004

¿Obtener tu factura virtual? Escanea el código

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, informamos que hemos actualizado nuestros canales de atención para consultas y reclamos sobre el tratamiento de tus datos personales.

Nuevo canal / Formulario online:
www.enel.com.co/es/personas/radicaciones

También puedes comunicarte a través de Enel WhatsApp 3135606003, línea de servicio 6015 115 115 o línea gratuita nacional 018000 912 115.

Para conocer más sobre nuestra política de tratamiento de datos visita: www.enel.com.co

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



V/UNIT kWh APLICADO: $ 643,71

CONSUMO DIARIO: 8,67 kWh

V/R DIARIO: $ 5.581

PERIODO FACTURADO: 28 FEB/2025 A 28 MAR/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 2 kWh

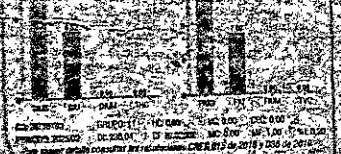
LECTURA DE TU MEDIDOR | PROXIMA LECTURA presentada

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	1,05
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000030155167
RUTA LECTURA:	10030150333
MANZANA DE LECTURA:	MS00261751
MEDIDOR NO.:	074-939004
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)



DIC: 0,00 | NC: 0,00 | CREG: 0,00
ENE: 0,00 | NC: 0,00 | CREG: 0,00
FEB: 0,00 | NC: 0,00 | CREG: 0,00
MAR: 0,00 | NC: 0,00 | CREG: 0,00

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

CONTÁCTANOS

Registrate gratis
Chat conectate con nuestros asesores
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
323 860 6003 Llama Gratis o pasa a Asesor
Redes Sociales
Servicio Web

SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Condominios: 601 6 115 115*

EMERGENCIAS
115 Opción 1 las 24 horas

QUEJAS
601 6140066
denuncias@enel.com

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

OFICINA PRIVADA DE CATEGORÍA

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en: www.enel.com.co/es/personas/registro

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Enel Clientes Colombia | Internet | Débito Automático | Débito Bancario | Oficina Electrónica | APP Red Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
daviplata | MOVII | NEQUI | Tpaga

Corresponsales Bancarios
CONRED | eficil | Te Raval | MOVIRED

Red Cliente
RED CADE

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

Línea de servicio al cliente 110

CONCEPTOS Y TARIFAS / Componentes del costo — Vigencia: FEB/2025
G: $321,79 T: $49,85 D: $272,98 CV: $76,39 PR: $59,89 RI: $12,90 CF: $8,00 / $643,71 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 1 | 04 por est. Somos autorretenedores según resolución DIAN 0047 del 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el cliente tiene un (1) mes para reclamar ante la Empresa prestadora del servicio. Pasado este término se entenderá aceptada por el cliente. Para mayor información comunicarse al: (601) 5 115 115; hasta de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operadores de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP - Sonda grandes consumidores según resolución No 9081 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 prestadora la suspensión del servicio.

Esta factura se cobra previa visita efectiva de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se notificaciones aclaraciones, solicitudes y reclamos relacionados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se notificaciones aclaraciones, solicitudes y reclamos relacionados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. tus 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, hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, con nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de tasaso para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Cargos de Comercio) de acuerdo con las normas vigentes. Para mayor información relacionada 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 presta los terceros. Si por los mismos aspectos, por favor participa a los canales de atención dispuestos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 03/04/2025 09:12:43
FECHA EXPEDICIÓN: 03/04/2025 19:09:15

CUDE: 1b581d39c5868822bf63e01180e02b894861342d31b572a79bac7c15e2c6b19053e83f1860f50d238c3b6c40e1a3bdcd3

Factura impresa por Carvajal S.A. Línea de Facturación (ais.nm) Modelo 225

Panel Terminal y Sellos

3201622683

Línea Nacional 01 8000 www.movilred.co

$750	Portafolio Enel X $0	+	3 Total Aseo $20.770	=	Total a Pagar $21.520

PAGO OPORTUNO 14 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ② 16 ABR/2025

ENERGÍA

CUENTA No. 2425959-6

FECHA LÍMITE 29 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Ajuste	−	Energía Exportada kWh	=	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	−	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	22.027		22.025		2		1		2		2		$543,71		$1.687
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0		0		$272,86		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh	X	Valor kWh $543,705	X	Beneficio 55,73 %										-$940
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $26 DIARIOS													SUBTOTAL		$747

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la Decena	$3
SUBTOTAL	$3

① TOTAL ENERGÍA $750

Otros cobros de productos y servicios

Tu factura ya no incluye el cobro de los productos y servicios a través de la APP. Estación Su Casa y en la página web. Si tienes alguno activo, puedes consultar el detalle en la sección "Mis productos" de la APP.

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 $193.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones, Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas 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 -55,73 %

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP

ASE No. 1 NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA		DÍAS FACTURADOS
CUENTA CONTRATO	11630411	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347820194-5	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	28.02.2025 a 27.03.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
19611	18562	19753	18652	19983	22177

DATOS DEL USUARIO			
TIPO PRODUCTOR: Residencial			
VOLUMEN: 0.0000	ESTRATO: 1		
DENSIDAD:	FREC. RECOLECCIÓN: 3		
% PARTICIPACIÓN: 0%	FREC. BARRIDO: 3		
UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas	
Residenciales	2	0	
No residenciales	0	0	

COSTOS PARA TARIFAS		
COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$34.672,63	$12.698,79	$152.831,36

MENSAJES POR SUSCRIPTOR	
BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0,05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,03
AFORO NO APROVECHABLE:	0,00

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$63.002
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-44.102
ASEO - CONTRIBUCIÓN RESIDENCIA	$582
ASEO - DESC NO RECOLECC PUERTA	$-832
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CRED	$-2
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.122

MESES EN MORA 0

③ TOTAL ASEO $20.770

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 70%

MENSAJES DE INTERÉS

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio

NÚMERO DE CUENTA 2425959-6

Documento Equivalente Electrónico No: 347820194-5

(415)7707209914253(8020)012425959634782019 45(3900)000000000021520

PAGO OPORTUNO 14 ABR /2025

TOTAL A PAGAR $21.520

122

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 35 — 900255002405890 — SI / NO Número de Microchip — FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Kira			COLOR: Amarillo	
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA Mestiza	EDAD 5m	PESO: 9.7 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 OTRO X	

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Rosa Cañón	DIRECCION cr 2A # 91-59 sur		TELEFONO 3125540754
CEDULA: 52.276.462	CORREO ELECTRÓNICO: 3125540754@sincorreo		
BARRIO O VEREDA Comuneros	ESTRATO: 1	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria	TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___		
NS/NR:			

3. ANAMNESIS

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R
N.R	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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m	F. RESPIRATORIA: 36 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °C	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.9 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.9 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.9 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.36 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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 Diego Castellanos 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
Ana Rosa Cano Cano	52.231.469

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 52.276.462

CANON CANON

APELLIDOS

ANA ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1974

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209669-F-0052276462-20100119 0020125895A 1 1450603252

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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:U44769A BIMESTRAL

11360783
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173540216
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA IRENE PALACIOS CASAS

Dirección del predio
KR 2A 91 SUR 59 PI 1

Barrio: **COMUNEROS** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025

Pago oportuno **MAY/07/2025** Suspensión **MAY/12/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:56:16	ABR/22/2025 16:19:16

¡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 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

141205 69992

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 36

900255002405886

SI NO Número de Microchip

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Lassie

COLOR: Negro

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

RAZA: Mestiza EDAD: 1 año PESO: 14-9 KG MANEJO ESPECIAL: SI ___ NO X

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

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

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Rosa Cañón

DIRECCION: Cr 2B # 91-59 sur

TELEFONO: 3125540754

CEDULA: 52.276.462

CORREO ELECTRÓNICO: 3125540754@gmail.com

BARRIO O VEREDA: Comuneros

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 36 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLLC 2 seg MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.5 ml.	5-7mg/kg IV
	___	___ ml.	___
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos
TARJETA PROFESIONAL: 09582

FIRMA

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez
TARJETA PROFESIONAL: 36954

FIRMA

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:
Ana María Cano CC	52.214.462

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 52.276.462
CAÑON CAÑON

APELLIDOS
ANA ROSA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

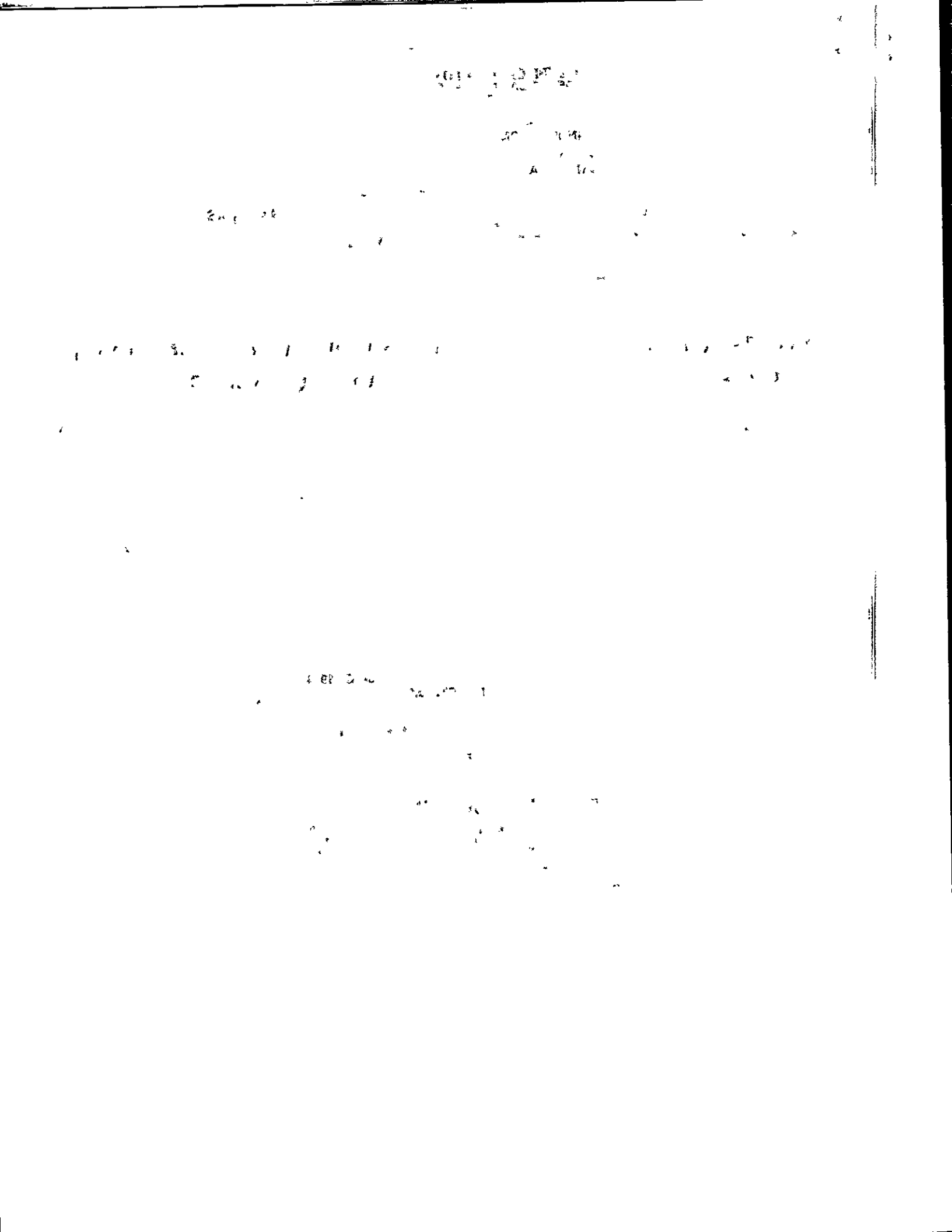
FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00209689-F-0052276462-20100119 0020125896A 1 1450603358



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:U44769A BIMESTRAL

11360783
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173540216
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA IRENE PALACIOS CASAS

Dirección del predio
KR 2A 91 SUR 59 PI 1

Barrio: COMUNEROS **Localidad: USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	ENE/31/2025	ABR/01/2025

Pago oportuno **MAY/07/2025** Suspensión **MAY/12/2025**

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:56:16	ABR/22/2025 16:19:16

¡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. 830.059.534-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 37

900255002405733

SI ___ NO ___ Número de Microchip

FECHA: 30-04-25

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

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: La Negra

COLOR: Negro Amarillo

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

RAZA: Mestiza EDAD: 1año PESO: 23-2 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: Ana Rosa Cañón

DIRECCION: cr 2A # 91-59 sur

TELEFONO: 3125540754

CEDULA: 52.276.462

CORREO ELECTRÓNICO: 3125540754@sincorreo

BARRIO O VEREDA: Comuneros

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Primaria

NS/NR: ___

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Estado general bueno

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: U.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. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m F. RESPIRATORIA: 32 i/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLLC: 2 seg MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.3 ml.	5-7mg/kg IV
		ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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	Ildo Cardenas 11628	FIRMA	IldoC.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Diego Alvarez 36954	FIRMA	

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: Ana Rosa Cano	Nro de Identificación: 52.276.462

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

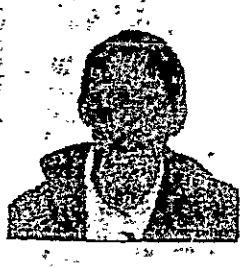
ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

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 52.276.462
CAÑON CAÑON
APELLIDOS
ANA ROSA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

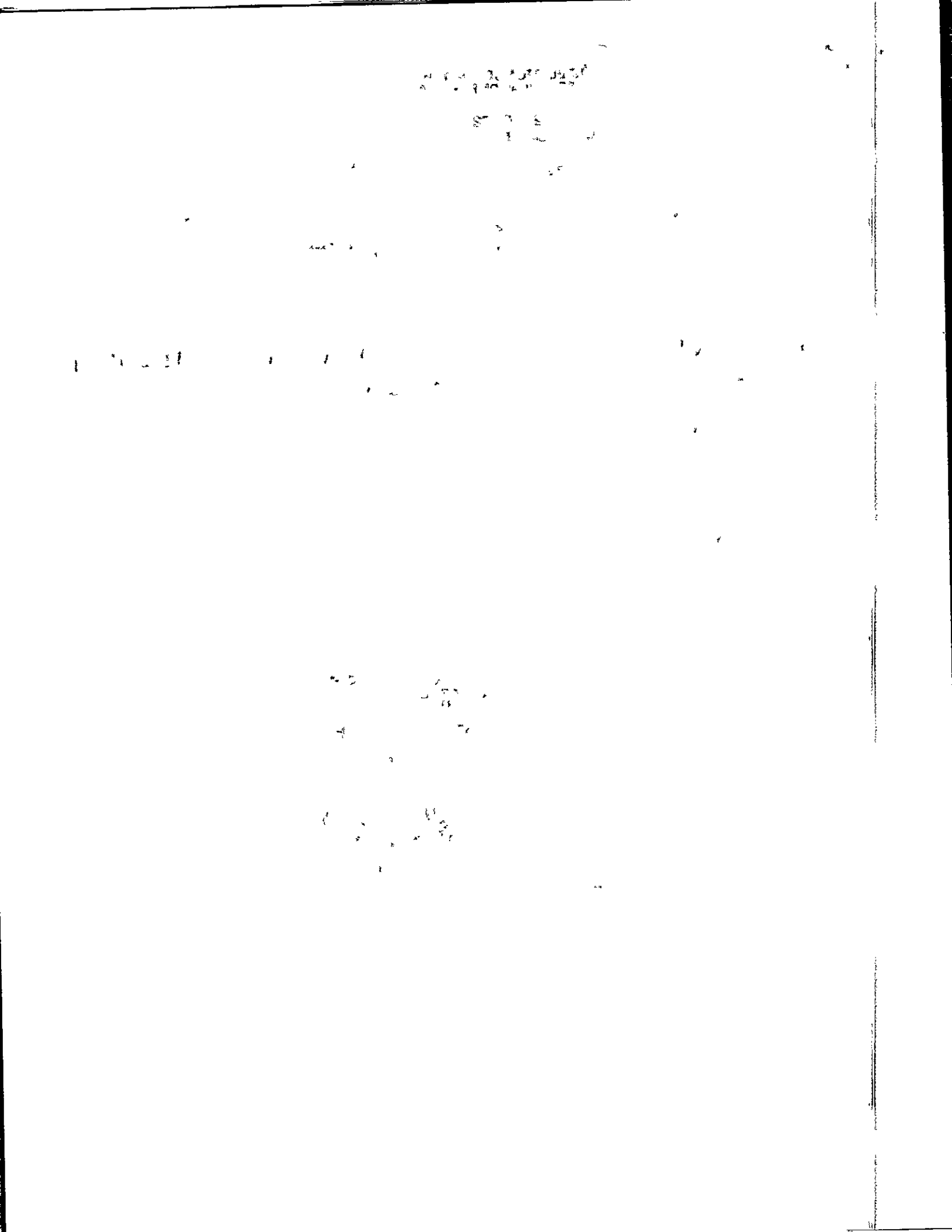
FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00209689-F-0052276462-20100119 0020125896A 1 1450603352



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:U44769A BIMESTRAL

11360783
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

17173540216
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA IRENE PALACIOS CASAS

Dirección del predio
KR 2A 91 SUR 59 PI 1

Barrio: **COMUNEROS** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Periodo facturado		
	ENE/31/2025	ABR/01/2025

Pago oportuno		Suspensión	
	MAY/07/2025		MAY/12/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUN/28/2025	ABR/22/2025 07:56:16	ABR/22/2025 16:19:16

¡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.8903000544-0.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 38

900255002404681

SI NO ¡Número de Microchip

FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Shelby

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA Mestizo EDAD 1año COLOR: blanco

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

EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X

PESO: 15 -3 KG MANEJO ESPECIAL: 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: STEPHANIE serrano aldana

DIRECCION: Cr 5A Este # 97 D 46 sur

TELEFONO: 3202688589

CEDULA: 1.012.414.184

CORREO ELECTRÓNICO: Serranoaldanastephy@gmail.com

BARRIO O VEREDA: El Progreso

ESTRATO: 1

LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Técnico

NS/NR:

TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buen estado de Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa: enero 25.

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 1 - Abril - 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: dd/mm/aaaa

4. EXAMÉN CLÍNICO

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ___ NO X

SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

CONDICION CORPORAL: 3/5

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m

F. RESPIRATORIA: 36 r/m

TEMPERATURA: 38.1 °C

TLC 2 seg

MUCOSAS: Rosadas

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	1.5 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Iván Cardenas 11628	FIRMA: Ivan C.
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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: 1.012.114.184

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

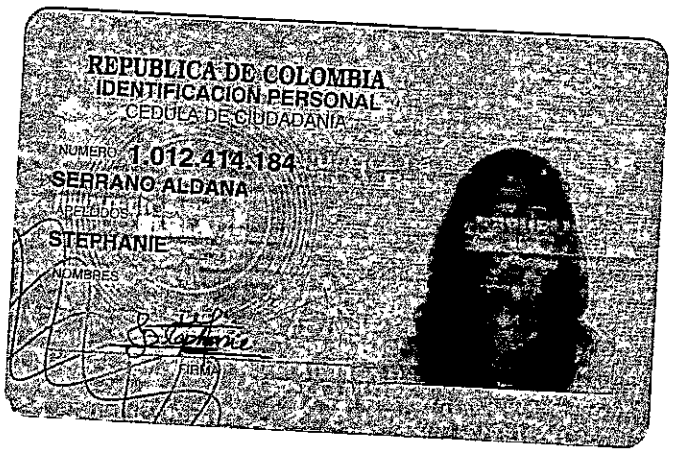
SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

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 1.012.414.184

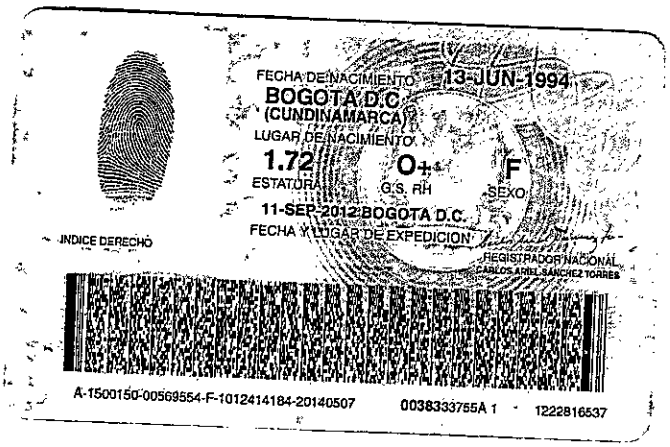
SERRANO ALDANA

APELLIDOS

STEPHANIE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1994

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

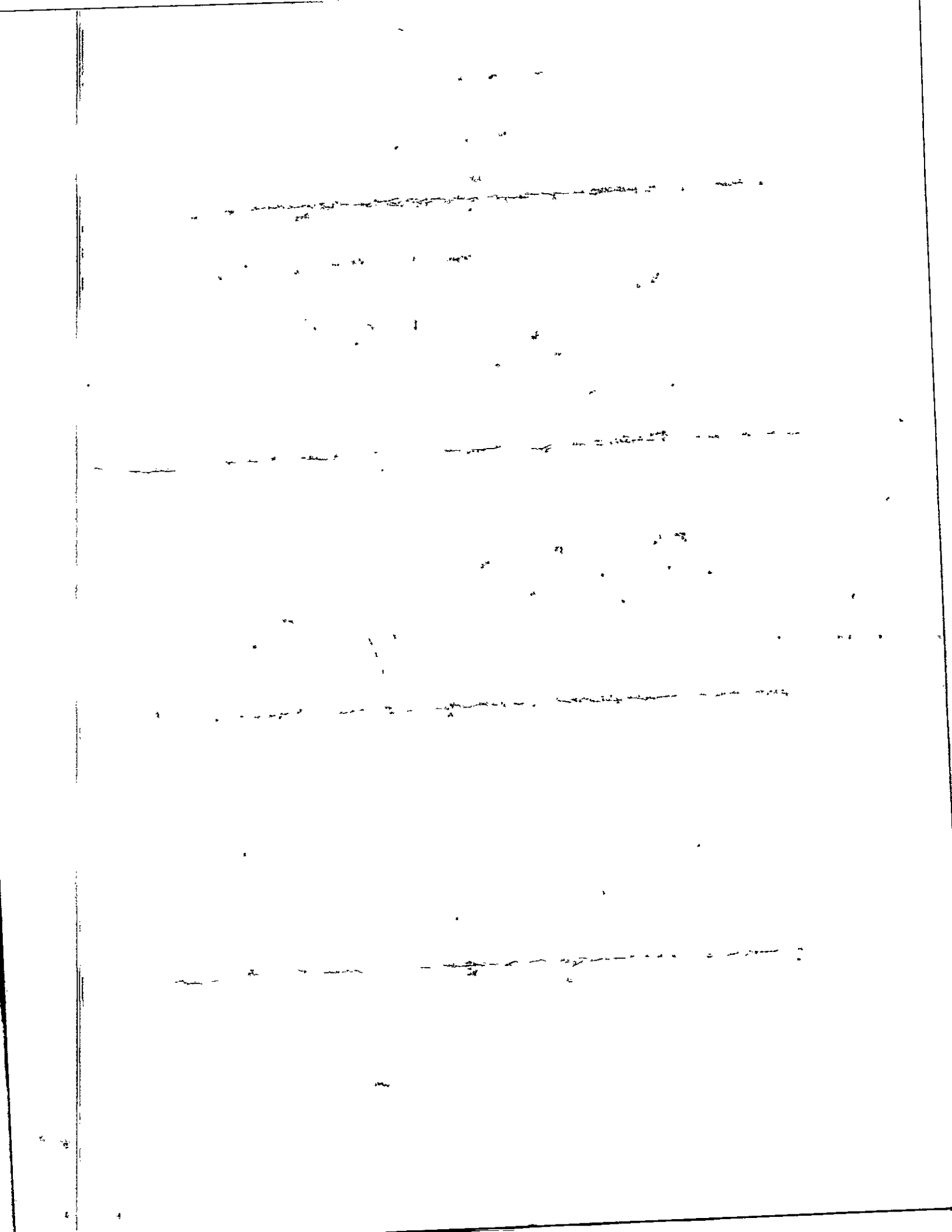
F SEXO

11-SEP-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00569554-F-1012414184-20140507 0038333755A 1 1222816537



enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 19 - 46 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas indique su número de cliente es:

2438270-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 344382149-3

CLIENTE

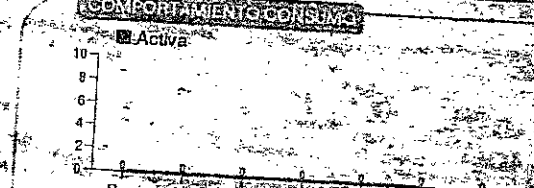
ECCEHOMO DURAN MARENTES
KR 5 A ESTE NO 97 B SUR 46
BOGOTA, D.C. - EL PROGRESO USME

03 021 5662 / 074-939866

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $853,92

CONSUMO DIARIO: 0,00 kWh

VALOR DIARIO: $0

PERIODO FACTURADO: 30 ENE/2025 A 27 FEB/2025 | DIAS FACTURADOS: 28 | CONSUMO MES: 0 kWh

¡Este mes habilitamos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía en nuestra oficina virtual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	
FACTOR:	4,00
RUTA REPARTO:	
RUTA LECTURA:	1000030215662
MANZANA DE LECTURA:	10030210864
MEDIDOR NO:	MSD0261394
MEDIDOR NO:	074-939666
	074-939665

CALIDAD DE SERVICIO



CONTÁCTANOS

Escríbenos y radica tu PQR en nuestra oficina virtual
Con Enel Colombia
Con Enel Colombia
318 690 6000 Elena Bot o pasa Asesor
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS	PQR	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140066 denunciasenel.com

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

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.

¿COMO 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

Corresponsales Bancarios

CONFECOOP | efecty | Red Servi | Baloto | MOVIRED

Red Distrital | Centros de Servicio | RED CADE | enel | Almacenes de Cadena

Masters Virtual

Visa | MasterCard | MOVIL | PSE | Transfiya

Código QR

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

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. — TV 4 No. 61A-25

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

ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. — Calle 129 # 54 38/40 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 1107

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: — Vigencia: ENE/2025

G: $336,49 T: $56,03 D: $280,91 CV: $75,33 PR: $70,22 R: $12,94 CF: $3,20 | $853,92/ Costo kWh Base

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica hasta 11,24 por ml. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002 - IVA Régimen Común - CUMPLIMIENTO RESOLUCION 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 hacerlos valer dentro de los términos establecidos en la resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consulte www.xm.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual establece el código de tarifas, se establecen los componentes de la factura de energía eléctrica. Para mayor información, le invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115 Nuestros Canales de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros. La fecha de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Escenarios de Cobranza), de acuerdo con la regulación aplicable, será la fecha en la cual ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. emite la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A.E.S.P. no se responsable por el suministro de bienes y/o servicios prestados por terceros y/o por el valor facturado. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

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

FECHA GENERACIÓN: 04/03/2025 07:40:50
FECHA EXPEDICIÓN: 04/03/2025 15:13:09

Factura Prestada por Enel Soluciones de Comercialización S.A.S. NIT 901.341.151-0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturo - NIT: 800.341.151-0

11222 - Pagina 1 de 2

CUDE: 8fd6b805293100b579ea03d26db11b969d70e2b5546f04d200e8170894ed03f8256f8445f3abc0806f4c9b2d3116ca1e74

4030

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 39 | MICROC: 900255002405837 | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Sahori

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ RAZA: Bulling EDAD: 18 Meses COLOR: Negro / blanco

PESO: 23.9 KG MANEJO ESPECIAL: SI X 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 OTRO ___

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: edwin guillermo pineda

DIRECCION: 86.98 C sur Este 21 TELEFONO: 3228263553

CEDULA: 1033.722.410

CORREO ELECTRÓNICO: edwinrappers@gmail.com

BARRIO O VEREDA: puerta al llano ESTRATO: 1 LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: bachiller

NS/NR: TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

3. ANAMNESIS

Buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa Febrero 2025

ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Abril 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 Enero 2024

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

4. EXAMÉN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 96 l/m F. RESPIRATORIA: 40 r/m TEMPERATURA: 38.1 °c TLC 2. seg MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.4 ml.	5-7mg/kg IV
	—	___ ml.	—
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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/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: Diego Castellanos
TARJETA PROFESIONAL: 09582 FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez
TARJETA PROFESIONAL: 36954 FIRMA:

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: 1033722410

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 1.033.722.410

PINEDA RAMIREZ
APELLIDOS

EDWIN GUILLERMO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-MAY-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00377483-M-1033722410-20120522 0029996411A 1 1301856292

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

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



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en grupovanti.com y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Valido hasta el 17 de marzo al 30 de julio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que debes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC, consúltalos 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 otros entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Grupo Aval · 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 efecto invernadero principal causa

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

CANALES SOLUCIONES DE CANALIZACIONES S.A.S. NIT: 830058313-8 704220072024

¡Hola!

MARICEL VASQUEZ
DG 98C SUR 8 ESTE 21 00011 - PUERTA DEL LLANO
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-161874

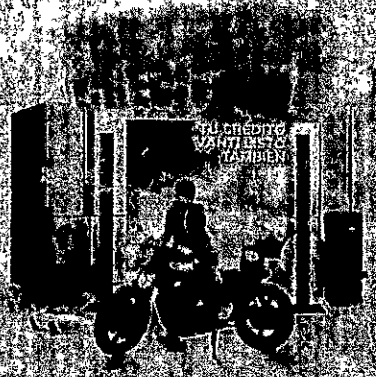
Lote: P02GN Ruta: 001164048002900500 Código del Sector: 112

Cuenta o referencia de pago 61839952

vanti Listo

Compra: televisor, refrigerador, moto, mueble, pago de tu factura de gas...

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.000.000



vanti Listo

Ahora tu cupo de crédito va desde los $4.000.000 hasta $9.000.000

Y un extracupo de hasta $12.000.000

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

ÉXITO · Banco Falabella · HONDA · BAJAJ

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. 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.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.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/

112 0011640480029005000 P02GN 89337 C1

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800.007.815 5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

Fechas importantes

1. Pago oportuno: 22 Abr. 2025
2. Fecha de suspensión: 23 Abr. 2025
3. Periodo facturado: Mar. - Abr. 2025
4. Emisión de tu factura: 07 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	11M3	3.282,01	0,00	36.102,11
MENOS SUBSIDIO (54%)	1UN	-19.426,55	0,00	-19.426,55
AJUSTE DECENA	1UN	4,44	0,00	4,44

(1) Total $16.680,00

Tus financiaciones

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

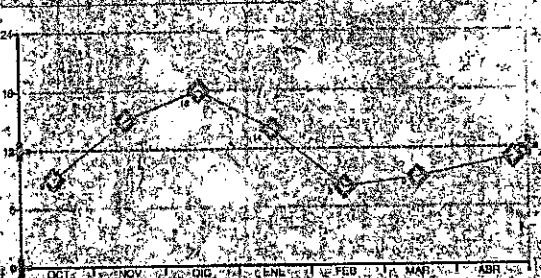
(2) Total $0,00

(3) Valor facturas vencidas

Total a pagar (1) + (2) + (3) $16.679,67

Pago por

Tus últimos consumos



Datos de medición

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

Fecha	Lectura	Tipo
03 May. 2025	2727	REAL
02 Abr. 2025	2741	REAL

m³ corregidos 2741 - 2727 Factor de corrección = 11

Tu próxima lectura será: Entre 01 y el 06 de Mayo

Novedades de tu factura

Cuota $ 2942,88

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

Revisión

Vencimiento Periódica Ob

30 Nov.

La revisión de la instala responsabilidad y debe plazos establecidos en la (Resoluciones 059 de 201

Tarifas

El valor del m

Ene. $2480 Fe

Tarifa regulada por la C de Energía y Gas (CREG

Compl

Gm: 1692,63 Tm: 15

C: 59,71 Gm:

Cm: 0,0 Fecha

Mom: Tu consumo en m KWh y el precio unitario

Facto

Vm: 14 Kr: 0,7

Vc: 11 Tm: 14

Pc: 0,792 Pm: 0,0

Factor de corrección: 0,7

Indica

JRST: 100,0 Dic

Sabemos que siempre piensas en el bienestar de quienes amas. LA LUZ DE vanti

Somos parte de COOSERPARK

Este espacio puede ser tuyo. Más información en la oficina virtual de atención.

ACTÚALE PREVISIÓN EXEQUIAL

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Cooserpark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales bajo la actuación como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 40 | 900255002404680 | NO Microchip | FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martha 1 | COLOR: canela

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA: criolla | EDAD: 4 Meses | 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 X COMPRADO ___ ADOPTADO ___ REGALADO ___ PERRO DE CUADRA ___ OTRO ___

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha lucia Rosas Parra | DIRECCION: Kr 4 # 93 Sur 17 | TELEFONO: 3202709210

CEDULA: 51745099 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210 @ Sincorreo

BARRIO O VEREDA: comuneros | ESTRATO: 1 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

buena salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R. | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Febrero 2025 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS: PUPPY: dd/mm/aaaa DHPPI: 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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m | F. RESPIRATORIA: 32 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °C | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosado

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0,35 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0,35 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0,3 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0,35 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0,15 ml.	0,2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos. | TARJETA PROFESIONAL: 09582. | FIRMA:

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | TARJETA PROFESIONAL: 38954 | FIRMA:

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:
Sandra Lucia Rojas Ponce	51745099 R/c

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 51.745.099
ROSAS PARRA

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

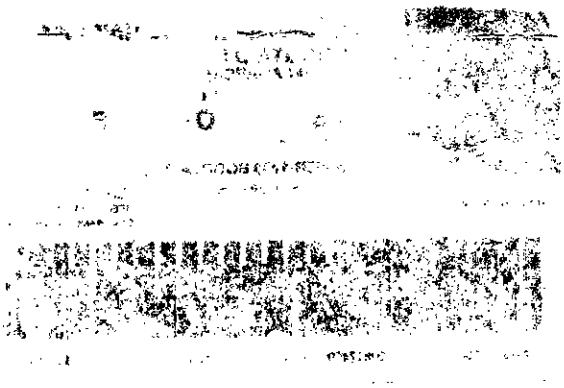
1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

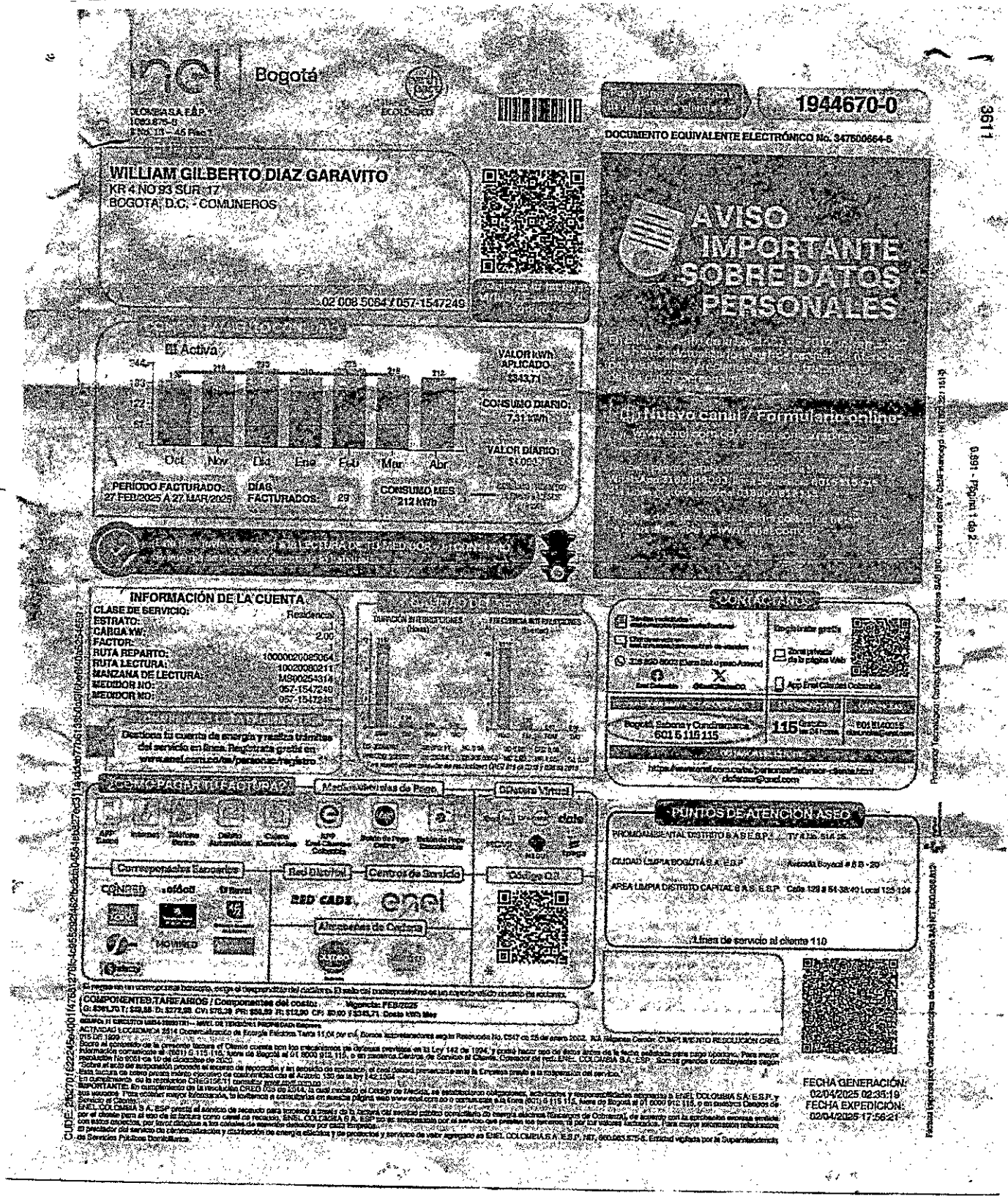
28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007402-F-0051745099-20080507 0000253875A 1 1660013751







Bogotá

1944670-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347500564-5

WILLIAM GILBERTO DIAZ GARAVITO
KR 4 NO 93 SUR 17
BOGOTA, D.C. - COMUNEROS

02 008 5084 # 057-1547249

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

Nuevo canal Actualización de datos

Activa

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
193	122	82	211	293	223	212

VALOR kWh APLICADO: $343,71

CONSUMO DIARIO: 7,31 kWh

VALOR DIARIO: $4.053

PERIODO FACTURADO: 27 FEB 2025 A 27 MAR 2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 212 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	1
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	100000200S064
RUTA LECTURA:	100200802117
MANZANA DE LECTURA:	M8900254314
MEDIDOR NO:	057-1547249
MEDIDOR NO:	057-1547249

Gestione su cuenta de energía y realice trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en: www.enel.com.co/es/personas/registro.html

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)

CONTÁCTANOS

Escríbenos por Chat

Línea gratuita de la página Web

App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuito las 24 horas

601 5 400 115

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

CENTROS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.S. Tv 4 No. 54A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 29

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 54-38 40 Local 125-104

Línea de servicio al cliente 110

¿CÓMO PAGAR ESTA FACTURA?

Medios Alternativos de Pago

Débito Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo — Vigencia: FEB/2025

G: $361,70; T: $28,88 - D: $272,88 CVI: $76,39 PR: $58,89 R: $12,90 CN: $0,00 | $315,71 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA régimen Común. CUFE/CUDE/RECIBO/CREG

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:35:19
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:56:21

CUDE: 2fa2701f222456e400114761279fc4e85ab2f46f1e6d0454a3e27ed31fa4dda07706189b0ac8f0e8f20a534e69

Factura Impresa por Computador Autorizada por la DIAN mediante Resolución No. 18764007081644 de 2024/01/15 desde el No. 1944671 hasta el No. 1944671 Prefijo 1 de 2

3611

8891 - Página 1 de 2

$117.740 + $0 + $21.090 = $138.830

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN O.
15 ABR/2025

ENERGÍA

1944670-0

28 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA	49.634	49.422	212	1	212	212		$343,71	$175.660
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	0	0	0		$277,88	$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh		Valor kWh $943,7051	X	Beneficio -55,73 %				$61.126

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 0 SIN SUBSIDIO

SUBTOTAL $117.740

Otros Cobros y Productos y Servicios

Te ofrecemos nuestra línea de productos y servicios a través de la APP "Mi Sistema" o en la página web a nombre de la FACTURA VIRTUAL. Activa este beneficio en la factura. Financiamos

Promoción y descuentos diferentes a los precios de energía y aseo

2 OTROS CARGOS $0

$117.740

Tenga 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 $162.883

Recuerde que es su responsabilidad el pago de sus obligaciones. Debido Fact. COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO. Antes evitando así intereses de mora. Ante la mora se reporta negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza en la etapa temprana 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 -55,73 %

ASEO | PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | NIT 1 | 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO	11400869	USO USUARIOS
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347500664-6	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.02.2025 a 26.03.2025	

CONSUMO PROMEDIO (M3)

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
22.396	19684	18842	20006	18933	20222

22398

DETALLE DE LA FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$63.210
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-44.247
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEB	$5
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.122

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: 0,0000 ESTRATO: 1

DENSIDAD: 1 FREC. RECOLECCIÓN: 3

% PARTICIPACIÓN: 0% FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

CARGOS FIJOS Y COMUNES

COSTO FIJO TOTAL	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE	VALOR BASE APROVECHABLE
$34.704,69	$13.580,75	$152.831,36

CARGOS VARIABLES

BARRIDO:	0,00263999
LIMPIEZA URBANA:	0,00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0,00001600
EFECTIVALSIENTE APROVECHADAS:	0,05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0,03
APOZO NO APROVECHABLE	0,00

MESES EN MORA: 0

3 VALOR ASEO $21.090

APORTE NO RESIDENCIAL 0%
APORTE RESIDENCIAL 0%
SUBSIDIO 70%

MENSAJES

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE
1944670-0

Documento Equivalente Electrónico No.
347500664-6

(415)7707209914253(8020)011944070034750066466(3900)00000006)38830

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$138.830

No. Cuenta 1944670-0 3011

9.822 Hoja 2 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica 41 | NO 900255002404674 | FECHA: 30-04-25

ORIGEN CES | PROTECCION | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITA

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Martina 2 | COLOR: canela

ESPECIE: CANINO X FELINO ___ | SEXO: HEMBRA X MACHO ___ | RAZA criollo | EDAD 5 Meses | PESO: 4.7 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 OTRO X

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

2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha lucia Rosas parra | DIRECCION Kr 4 93 Sur 17 | TELEFONO 3202709210

CEDULA: 51745099 | CORREO ELECTRÓNICO: 3202709210@sincorreo

BARRIO O VEREDA Comuneros | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: USME

ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO ___ RURAL ___

NS/NR:

3. ANAMNESIS

Buena Salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Febrero - 2025

ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:

CANINOS: Parvo dd/mm/aaaa TRIPLE ~~CANINA~~ 2025 TRIVALENTE: 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: 96 l/m | F. RESPIRATORIA: 36 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosados

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	0.5 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	0.5 ml.	5-7mg/kg IV
	___	___ ml.	___
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.5 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.5 ml.	20.000 UI/kg IM
	MELOXICAM	0.2 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Hdo Cardenas | FIRMA: HdoC.
TARJETA PROFESIONAL: 11628

NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO: Diego Alvarez | FIRMA:
TARJETA PROFESIONAL: 36954

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:
Yamila Judith Rosas Pinto	3174509718

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 51.745.099
ROSAS PARRA

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

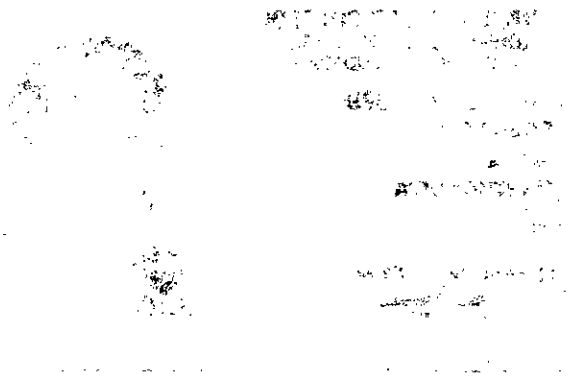
FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

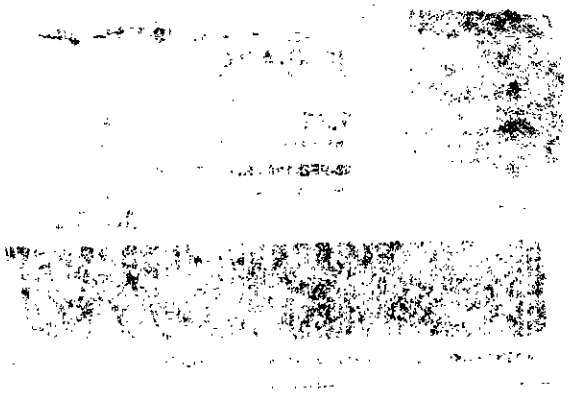
1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007402-F-0051745099-20060507 0000253875A 1 1860013751





PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN ①
15 ABR/2025

$117.740 + $0 + $21.090 = $138.830

ENERGÍA — 1944670-0 — 28 ABR /2025

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CONCEPTO	Lectura Actual	Lectura Anterior	Diferencia de Consumo	Factor	Consumo Facturado	Tarifa $/kWh	Valor $
ENERGIA ACTIVA	49.234	49.022	212	1	212	814.71	$172.660
ENERGIA REACTIVA	0	0	0	1	0	$272.08	$0
SUBSIDIO	Consumo subsidiado 130.00 kWh	X	Valor Unit $643.705	70%	Beneficio 56.73 %		$81.120

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.069 DIARIOS

SUBTOTAL= $117.740

① DETALLE DE LA FACTURA — $117.740

Tarifa aplicada a los consumos de subsistencia

Concepto	Valor
Cargo Fijo	$1.000
Cargo Variable	$116.740

② OTROS CONCEPTOS FACTURADOS — $0

Tarifa aplicada a los consumos complementarios

Concepto	Valor
Cargo Fijo	$1.000
Cargo Variable	$20.090

Tenga acceso a consultar el historial de sus pagos y servicios a través de la APP de Enel Colombia o ingresando a la página web y dando clic en FACTURA VIRTUAL. Usted también puede consultar en la misma página:

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — $0

Tenga 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 un (1) día hábil después de la fecha de pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión en esta es $103.363

Información que usted requiere: el pago de sus obligaciones Cargo Fijo, CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas ingresan en mora, esta la cual se realiza reporte negativo a las bases de información financiera y cobro por gestión de cobranza si la deuda supera los 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh mes) es del: 56.73 %

ASEO — PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP — NIT 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

		DÍAS LIQUIDADOS
CUENTA CONTRATO	11400869	
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	347500664-6	28
PERIODO DE FACTURACIÓN	27.02.2025 a 26.03.2025	

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN

Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
18664	18842	20006	18933	20222	22398

22.196 / 16.797 / 11.198 / 5.599 / 0

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial
VOLUMEN: 0.0000 — ESTRATO: 1
CICLO: — FREC. RECOLECCIÓN: 3
% PARTICIPACIÓN: 0% — FREC. BARRIDO: 3

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTO PASO A PASO

COSTO FIJO TOTAL:	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	VALOR BASE APROVECHABLE:
$34.794,69	$13.580,75	$152.831,36

BARRIDO:	0.00263999
LIMPIEZA URBANA:	0.00105817
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00001600
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.05347277
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFO20 NO APROVECHABLE	0.00

DETALLE DE LA FACTURA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$63.210
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-44.247
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBI	$5
ASEO - RELIQUIDACIÓN APROVECHA	$2.122

TARIFAS — $21.090

MESES EN MORA	
0	

APORTE NO RESIDENCIAL	0%
APORTE RESIDENCIAL	0%
SUBSIDIO	70%

MENSAJES

En cumplimiento de la Circular Conjunta 01 del 04 de agosto de 2021 de la SSPD y la CRA, se realizaran reliquidaciones en la tarifa de aprovechamiento, que pueden ocasionar incrementos en el valor del servicio.

NÚMERO DE CLIENTE
1944670-0

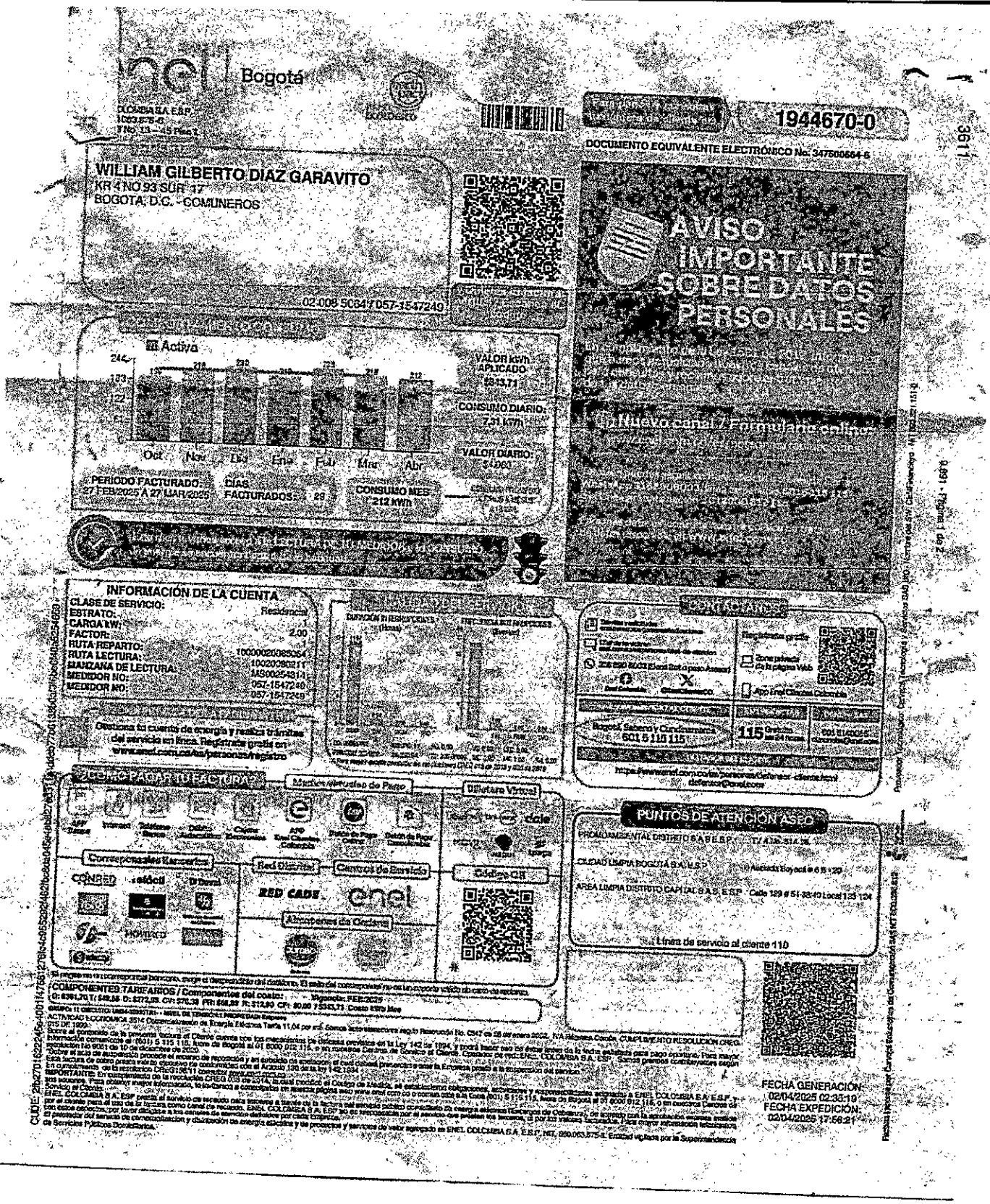
Documento Equivalente Electrónico No.
347500664-6

(415)7707209914253(8020)011944670034750066462(3900)000000000138830

PAGO OPORTUNO
11 ABR /2025

TOTAL A PAGAR
$138.830

No. Cuenta 1944670-0 - 3611 - Página 2 de 2



Bogotá

COLOMBIA S.A. E.S.P.
1023.875-6
Nit 13 - 45 Piso 3

1944670-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 347600664-6

WILLIAM GILBERTO DIAZ GARAVITO
KR 4 NO 93 SUR 17
BOGOTA D.C. - COMUNEROS

02-006 5064 7 057-1547249

Activa

VALOR kWh APLICADO: $813,71

CONSUMO DIARIO: 7,31 kWh

VALOR DIARIO: $4.900

PERIODO FACTURADO: 27 FEB/2025 A 27 MAR/2025

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 212 kWh

AVISO IMPORTANTE SOBRE DATOS PERSONALES

¡Nuevo canal! Formulario online

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA kW: 2,00
FACTOR:
RUTA REPARTO: 100000020853064
RUTA LECTURA: 10020080217
MANZANA DE LECTURA: MB00254314
MEDIDOR NO: 057-1547249
MEDIDOR NO: 057-1547249

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro

PUNTOS DE ATENCIÓN

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gestiones en 24 horas

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

defensor@enel.com

MEDIOS HABILITADOS PARA PAGAR TU FACTURA

Medios alternativos de Pago

Oficinas Virtuales

Corresponsales Bancarios

Red Baloto

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: - - Vigencia: FEB/2025

G: $361,70 | T: $49,58 D: $272,59 CV: $76,38 PR: $68,89 R: $12,90 CF: $0,00 | $840,71 Cruz otra línea

ACTA/AUTO E-CORCOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Cuenta actualizamos según Resolución No. 0347 de 28 de enero 2022. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Dentro del contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos dentro de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente. Contamos con certificación ISO 9001 de 10 de diciembre de 2000.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de 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 015 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, el establecimiento subsiguiente, Almacenes y especificaciones asignado a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, el establecimiento subsiguiente, Almacenes y especificaciones asignado a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus sucursales. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la Línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestras Oficinas de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP pone al servicio de terceros esta factura a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica facturada a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y con este acuerdo por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada compañía. 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 el prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 900.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROACTIVA AMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P. - TEKAM S.A. E.S.P.

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 29

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P. Calle 129 # 51-33/49 Local 123 124

Línea de servicio al cliente 110

FECHA GENERACIÓN: 02/04/2025 02:33:10
FECHA EXPEDICIÓN: 02/04/2025 17:56:21

CUDE: 2fbc7016222456a4001f47561276fd4d9530204d07bc88a045a4b6b27e837 | 3613 - Página 1 de 2

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACIÓN- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINSCIÓN DE SERVICIO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC Número de Historia clínica: 42	Expiry – Date: 2030/02/07 900255002404568	SI / NO Número de Microchip	FECHA: 30-04-25

ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Pecas			COLOR: Negro - blanco
ESPECIE: CANINO X FELINO ___ SEXO: HEMBRA X MACHO ___	RAZA: Mestiza	EDAD: 5años	PESO: 23.K 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: Luis Enrique Mariño.	DIRECCION: Asentamiento Refugio.	TELEFONO: 3123794331
CEDULA: 19-767 424	CORREO ELECTRÓNICO: 3123794331@sinrale.co	
BARRIO O VEREDA: Asentamiento Refugio / ESTRATO:	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Primaria / NS/NR:	TIPO DE VIVIENDA: CASA ___ APTO ___ RURAL	

3. ANAMNESIS

Buen estado de salud

ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N.R
N.R	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 CLÍNICO

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

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

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

5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS

F. CARDIACA: 92 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 38.1 °c	TLLC 2 seg	MUCOSAS: Rosada

OBSERVACIONES: Ninguno

7. MEDICACION

FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES
PREANESTESIA	XILACINA	2.3 ml.	1-2mg/kg IM
	KETAMINA	2.3 ml.	5-7mg/kg IV
		___ ml.	
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.0 ml.	0,5mg/kg IV
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20,000 UI/kg IM
	MELOXICAM	1.0 ml.	0.2mg/kg SC

HALLAZGOS ANORMALES: Ninguno

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: Diego Castellanos. 09582	FIRMA
NOMBRE DEL MVZ ANESTESIOLOGO / TARJETA PROFESIONAL: Diego Alvarez 36954	FIRMA

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:
[illegible]	1926[illegible]

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

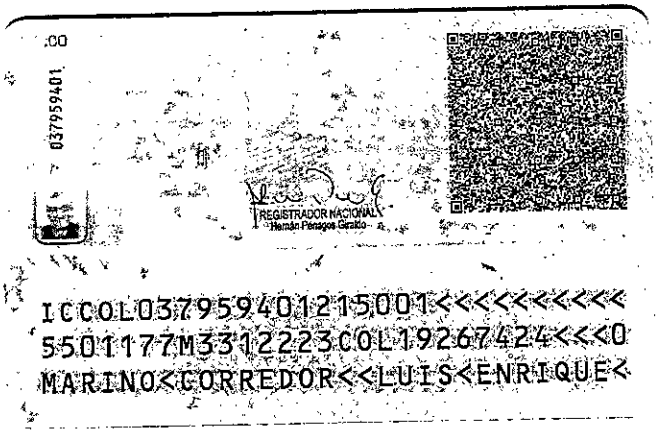
SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

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
REPUBLICA DE COLOMBIA
NUIP 19.267.424
Apellidos
MARIÑO CORREDOR
Nombres
LUIS ENRIQUE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.58
Sexo
M
Fecha de nacimiento
17 ENE 1955
Lugar de nacimiento
TUNJA (BOYACA)
Fecha y lugar de expedición
17 ENE 1978, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
22 DIC 2033


.00
037959401
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL037959401215001<<<<<<<<<<<
5501177M3312223COL19267424<<<0
MARINO<CORREDOR<<LUIS<ENRIQUE<